



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE POSGRADO EN CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

## **El primer uso de métodos anticonceptivos en tres cohortes de nacimiento**

### **TESIS**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRO EN DEMOGRAFÍA SOCIAL

PRESENTA:

DIANA IBETH RAMOS GONZÁLEZ

Director de Tesis:

Dra. Caterine Menkes Bancet

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), UNAM

México, D.F.

Enero 2020



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice

Introducción .....	11
Capítulo 1. Marco teórico .....	18
La institucionalización de la sexualidad .....	19
Género .....	20
Teorías, enfoques y marcos explicativos de los cambios de la fecundidad y el uso de métodos anticonceptivos.....	23
Explicaciones económicas .....	23
Explicaciones sociológicas.....	25
Confluencia de explicaciones sociológicas y económicas.....	31
Explicaciones desde la psicología social.....	32
Aspectos que se rescatan de las explicaciones anteriores .....	33
Campo y habitus.....	35
Perspectiva de curso de vida.....	37
Salud Sexual y Reproductiva.....	40
Adolescencia y juventud.....	42
La sexualidad en los jóvenes como transgresión normativa .....	45
Capítulo 2. Antecedentes.....	48
Capítulo 3. Contexto Histórico.....	55
Política de población nacional .....	56
Inicio de los programas de planificación familiar en los años setenta .....	60
Conservación de los programas de planificación familiar en los años ochenta. ....	63
Surgimiento de los programas de salud sexual y reproductiva en los años noventa .....	64
Programas y normas en los años dosmil.....	68
Capítulo 4. Metodología .....	73
Objetivos de la investigación .....	73
Unidad de Análisis.....	73
Fuente de datos empleada .....	74
Características de la fuente de datos.....	74
Estrategias de análisis.....	76
Índice de Origen Social (IOS).....	77

Análisis descriptivo.....	77
Análisis de historia de eventos.....	86
Estimador Kaplan Meier (KM) .....	89
Capítulo 5. Análisis.....	92
Fecundidad acumulada de mujeres por cohorte y cuartil .....	92
Intensidad en el uso de métodos anticonceptivos de acuerdo al sexo, cohorte de nacimiento, origen social y transiciones relacionadas con la formación de familias ...	96
Edad de uso del primer método anticonceptivo.....	96
Primer método anticonceptivo utilizado por origen social .....	98
Primer método anticonceptivo utilizado por origen social y sexo. ....	99
Primer método anticonceptivo utilizado por cohorte de nacimiento. ....	101
Primer método anticonceptivo utilizado por cohorte de nacimiento y sexo. ....	104
Primer tipo método anticonceptivo utilizado por cohorte de nacimiento. ....	105
Primer tipo método anticonceptivo utilizado por cohorte de nacimiento y sexo. ....	106
Primer tipo método anticonceptivo utilizado por cohorte de nacimiento y origen social. ....	107
Primer tipo método anticonceptivo utilizado por cohorte de nacimiento. ....	108
Primer tipo de método anticonceptivo utilizado por origen social.....	109
Primer método anticonceptivo utilizado por transiciones de formación de familias y cohorte de nacimiento. ....	110
Primer método anticonceptivo utilizado por transiciones de formación de familias y sexo. ....	112
Primer método anticonceptivo utilizado por transiciones de formación de familias y origen social. ....	114
Primer tipo de método anticonceptivo femenino utilizado por cohorte de nacimiento. ....	115
Primer tipo de método anticonceptivo masculino utilizado por cohorte de nacimiento. ....	117
Primer tipo de método anticonceptivo femenino utilizado por origen social. ....	119
Primer tipo de método anticonceptivo masculino utilizado por origen social.....	121
Orden de experiencia del uso de métodos anticonceptivos en relación con las transiciones de formación de familia. ....	124
Orden de eventos por cohorte de nacimiento.....	130
Orden de eventos por cohorte de nacimiento y sexo. ....	132

Orden de eventos por origen social.....	135
Orden de eventos por origen social y sexo .....	137
Orden de eventos por cohorte de nacimiento y origen social. ....	140
Orden de eventos experimentados por hombres por cohorte de nacimiento y origen social .....	144
Orden de eventos experimentados por mujeres por cohorte de nacimiento y origen social.....	148
Análisis de historia de eventos. Método Kaplan Meier.....	153
Primer uso de métodos anticonceptivos por edad .....	153
Primer uso de métodos anticonceptivos por sexo.....	155
Primer uso de métodos anticonceptivos por cohorte de nacimiento.....	156
Primer uso de métodos anticonceptivos por origen social.....	157
Primer uso de métodos anticonceptivos por tipo de método utilizado.....	159
Primer uso de métodos anticonceptivos por proceso de transición de formación de familias .....	165
Observaciones por cohorte de nacimiento.....	169
Primer uso de métodos anticonceptivos por sexo. ....	169
Primer uso de métodos anticonceptivos por tipo de método.....	172
Primer uso de métodos anticonceptivos por transiciones de formación de familias.....	179
Primer uso de métodos anticonceptivos por sexo .....	189
Primer uso de métodos anticonceptivos por cohorte de nacimiento. ....	191
Primer uso de métodos anticonceptivos por tipo de método.....	193
Primer uso de métodos anticonceptivos por transiciones de formación de familias.....	200
Conclusiones.....	214
Anexo .....	227
Referencias .....	376

## Índice de cuadros

Cuadro 1. Distribución porcentual de uso de métodos modernos y tradicionales hasta los 29 años por cohorte de nacimiento. ....	105
Cuadro 2. Distribución porcentual de uso de métodos modernos y tradicionales hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por sexo. ....	106
Cuadro 3. Distribución porcentual de uso de métodos modernos y tradicionales hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por cuartiles.....	107
Cuadro 4. Edad mediana del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años por sexo. ....	125
Cuadro 5. Edad mediana del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años por cohorte de nacimiento.....	125
Cuadro 6. Edad mediana del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años por origen social. ....	126
Cuadro 7. Edad mediana del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años por cohorte de nacimiento y sexo.....	126
Cuadro 8. Edad mediana del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por sexo y origen social.....	127
Cuadro 9. Edad mediana del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años por cohorte de nacimiento y origen social.....	129

## Índice de gráficas

Gráfica 1. Porcentaje de fecundidad acumulada de mujeres a los 29 años por cohorte de nacimiento. ....	92
Gráfica 2. Porcentaje de fecundidad acumulada de mujeres a los 29 años por origen social. ....	93
Gráfica 3. Porcentaje del primer uso de métodos anticonceptivos en las mujeres hasta los 29 años por edad de uso, pertenecientes a las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980.....	97
Gráfica 4. Porcentaje de primer uso de métodos anticonceptivos en las mujeres hasta los 29 años por cuartiles, pertenecientes a las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980. ....	99
Gráfica 5. Porcentaje de primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años por origen social y sexo.....	101
Gráfica 6. Porcentaje de primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por cohorte de nacimiento. ....	102
Gráfica 7. Porcentaje del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por sexo. ....	104
Gráfica 8. Porcentaje del primer tipo de método anticonceptivo usado hasta los 29 años por cohorte de nacimiento.....	108
Gráfica 9. Porcentaje del tipo de método anticonceptivo usado hasta los 29 años por cuartiles.....	109

Gráfica 10. Porcentaje del primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por cohorte de nacimiento y si han experimentado previamente la unión y el nacimiento del primer y segundo hijo.....	111
Gráfica 11. Porcentaje del primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años por sexo....	113
Gráfica 12. Porcentaje de primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años por cuartiles. .....	115
Gráfica 13. Porcentaje del tipo de método anticonceptivo al primer uso, según las características de las mujeres por cohorte de nacimiento.....	117
Gráfica 14. Porcentaje del tipo de método anticonceptivo al primer uso, según las características de los hombres por cohorte de nacimiento. ....	119
Gráfica 15. Porcentaje del tipo de método anticonceptivo al primer uso, según las características de las mujeres por origen social y tipo de método anticonceptivo. ....	120
Gráfica 16. Porcentaje del tipo de método anticonceptivo al primer uso, según las características de los hombres por origen social y tipo de método anticonceptivo. ....	122
Gráfica 17. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años por cohorte de nacimiento.....	130
Gráfica 18. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años por cohorte de nacimiento. ....	132
Gráfica 19. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres los hasta los 29 años por cohorte de nacimiento. ....	133
Gráfica 20. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años por origen social.....	135
Gráfica 21. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años por origen social.....	137
Gráfica 22. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años por origen social.....	138
Gráfica 23. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años de la cohorte 1951-1953 por origen social. ....	140
Gráfica 24. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años de la cohorte 1966-1968 por origen social. ....	141
Gráfica 25. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años de la cohorte 1978-1980 por origen social. ....	142
Gráfica 26. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años pertenecientes a la cohorte 1951-1953 por origen social.....	144
Gráfica 27. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años pertenecientes a la cohorte 1966-1968 por origen social.....	145
Gráfica 28. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años pertenecientes a la cohorte 1978-1980 por origen social.....	146
Gráfica 29. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años pertenecientes a la cohorte 1951-1953 por origen social.....	148
Gráfica 30. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años pertenecientes a la cohorte 1966-1968 antes por origen social.....	149

Gráfica 31. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años pertenecientes a la cohorte 1978-1980 por origen social.....	150
Gráfica 32. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980. Estimaciones Kaplan Meier.....	154
Gráfica 33. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por sexo. Estimaciones Kaplan Meier. ....	155
Gráfica 34. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años por cohorte de nacimiento. Estimaciones Kaplan Meier. ....	157
Gráfica 35. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por origen social. Estimaciones Kaplan Meier. ....	158
Gráfica 36. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por tipo de método.....	160
Gráfica 37. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por utilización de métodos hormonales. Estimaciones Kaplan Meier.....	161
Gráfica 38. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por utilización de Dispositivo Intauterino (DIU). Estimaciones Kaplan Meier. ....	162
Gráfica 39. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por utilización de Oclusión Tubaria Bilateral (OTB). Estimaciones Kaplan. ....	163
Gráfica 40. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por utilización de condón. Estimaciones Kaplan Meier. ....	164
Gráfica 41. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por utilización de vasectomía. Estimaciones Kaplan Meier. ....	165
Gráfica 42. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por primera unión. Estimaciones Kaplan Meier. ....	166
Gráfica 43. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por primer hijo. Estimaciones Kaplan Meier.....	167
Gráfica 44. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por segundo hijo. Estimaciones Kaplan Meier. ....	168
Gráfica 45. Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por cohorte de nacimiento. Estimaciones Kaplan Meier. ....	170
Gráfica 46. Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por cohorte de nacimiento. Estimaciones Kaplan Meier. ....	171
Gráfica 47. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos modernos y cohorte de nacimiento. Estimaciones Kaplan Meier.....	172
Gráfica 48. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos tradicionales, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier. ....	173



Gráfica 49. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos hormonales, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier. ....	174
Gráfica 50. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de DIU y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.....	176
Gráfica 51. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de OTB y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier. ....	177
Gráfica 52. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de condón y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier. ....	178
Gráfica 53. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de vasectomía y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier. ....	179
Gráfica 54. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por primera unión y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.....	180
Gráfica 55. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por primer hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.....	181
Gráfica 56. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por segundo hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.....	182
Gráfica 57. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes de la primera unión, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier. ....	183
Gráfica 58. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes del primer hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier. ....	184
Gráfica 59. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer hijo y antes de la primera unión, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier. ....	185
Gráfica 60. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes del primer hijo y la primera unión, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier. ....	186
Gráfica 61. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la unión y del primer hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier. ....	187
Gráfica 62. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y del segundo hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.....	188

Gráfica 63. Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.....	189
Gráfica 64. Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.....	190
Gráfica 65. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.....	192
Gráfica 66. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.....	192
Gráfica 67. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.....	193
Gráfica 68. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos modernos y origen social. Estimaciones Kaplan Meier. ....	194
Gráfica 69. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos tradicionales, y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.....	195
Gráfica 70. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos hormonales y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.....	196
Gráfica 71. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de DIU y origen social. Estimaciones Kaplan Meier. ....	197
Gráfica 72. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de OTB y origen social. Estimaciones Kaplan Meier. ....	198
Gráfica 73. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de condón y origen social. Estimaciones Kaplan Meier. ....	199
Gráfica 74. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de vasectomía y origen social. Estimaciones Kaplan Meier. ....	200
Gráfica 75. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier. ....	201
Gráfica 76. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por primer hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.....	202
Gráfica 77. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier. ....	203

Gráfica 78. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes de la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier. ....	204
Gráfica 79. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier. ....	205
Gráfica 80. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes del primer hijo y la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier. ....	206
Gráfica 81. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier. ....	207
Gráfica 82. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer hijo y antes de la primera unión, por origen social. ....	207
Gráfica 83. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y el segundo hijo por origen social. Estimaciones Kaplan Meier. ....	209

## Introducción

El uso de métodos anticonceptivos es una de las variables intermedias que en el contexto mexicano ha tenido un mayor peso en la disminución de los niveles de la fecundidad. El incremento de su uso comenzó a tener una mayor aceptación, cobertura y difusión desde la ejecución del Programa de Planificación Familiar a mediados de la década de los setenta (Juárez & Valencia, 2009).

Sin embargo, la cobertura total de métodos anticonceptivos ha sido una meta difícil de lograr desde hace cuarenta años, ya que las medidas ejecutadas al respecto se han concentrado en una perspectiva homogénea de la población, generando un impacto desigual, como lo evidencian los grupos en los que se ha tenido mayores retos, entre ellos el correspondiente a los adolescentes de entre 15 y 19 años, pues la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos para este grupo etario es de 28.2 %, de acuerdo a la ENADID 2018 (CONAPO, 2018).

Estas cifras nos indican que aún falta trabajo en la atención de las necesidades anticonceptivas de la población joven entre otros aspectos expresados en la diversidad de atributos de sus miembros y de las transiciones de formación de familias que experimentan durante esta edad social. Tal heterogeneidad evidencia la diferencia de patrones sexuales y reproductivos que subyacen a la práctica anticonceptiva, así como la percepción que se tiene de la sexualidad en la población joven. Es precisamente esta diversidad la que ha sido ignorada durante los últimos cuarenta años, ya que la situación actual es parte de un proceso de larga data.

Asimismo, también se ignora que los jóvenes producen y reproducen relaciones sociales asimétricas como parte del mantenimiento del orden social, por tanto no se considera la influencia macroestructural, así como de otros ordenes en el uso diferenciado de métodos anticonceptivos, tal como se puede notar en el caso de “las mujeres que no conocen ningún método de control de natalidad [las cuales] se concentran en los grupos de 15 a 19 años, que no han tenido hijos, que no cursaron la primaria, que viven en áreas rurales y las hablantes de lengua indígena” (Espinosa & Paz, 2004: 146) y que además viven en condiciones de pobreza (Gómez & Hernández, 2002).

Los resultados de estos estudios muestran la desigualdad social de la sociedad mexicana expresada en los jóvenes en el aspecto regional, étnico y de género, reflejado en su comportamiento reproductivo.

Si bien el comportamiento sexual y reproductivo actual dista del correspondiente a los jóvenes de mediados de siglo, las desigualdades sociales siguen persistiendo, generando consigo la permanencia de la brecha en el uso de métodos anticonceptivos por sexo, edad, nivel educativo, estado conyugal, etnia, región y condición económica, es decir, sigue existiendo una parte de la población joven, en específico adolescente, que sigue reproduciendo el patrón sexualidad-reproducción, pues “la edad a la primera unión y al primer hijo ocurren en un lapso muy corto posterior al inicio de las relaciones sexuales” (Mendoza, 2009 :315). Este orden de transiciones es el que siguen principalmente los adolescentes de estrato socioeconómico bajo, como parte de la acumulación de atributos de desigualdad, al considerar el hecho de que las transiciones de las mujeres de 15 a 19 años de estrato socioeconómico bajo se relacionan con la salida de la escuela, a diferencia de lo que sucede con aquellas pertenecientes al estrato medio y alto cuya transición es al primer trabajo.

Entre los jóvenes de 20 a 29 años, estas desigualdades siguen manteniéndose en el primer quinquenio, pero a medida que aumenta la edad se homogeniza la experimentación de transiciones, entre ellas las que se relacionan con el proceso de formación de familias (Mendoza, 2009).

Las diferencias en las transiciones por edad y estrato permiten percatarnos que no todos los jóvenes se encuentran en igualdad de condiciones para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, ya que en dichas diferencias se reafirma su desigualdad social, pues el orden de intervalos temporales de experimentación de las transiciones de formación de familias se encuentran relacionados con el seguimiento del patrón actividad sexual-procreación (Mendoza, 2009).

Estas peculiaridades en el comportamiento sexual y reproductivo de la población joven observadas en el uso diferenciado de métodos anticonceptivos y su relación con las transiciones de formación de familias, reflejan necesidades

diversas, dadas las desigualdades sistémicas y contextos de las cuales son resultado.

Este trabajo aborda el primer uso de métodos anticonceptivos entre los 12 y 29 años de edad de los hombres y mujeres pertenecientes a las cohortes de nacimiento, 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980.

La pertinencia de esta investigación se encuentra fundamentada en el hecho de poder observar el uso de los métodos anticonceptivos como un proceso social, es decir, como parte de un proceso de transformación de los patrones sexuales y reproductivos, dado que brinda un acercamiento al estudio del proceso de inicio de la vida sexual y de los patrones reproductivos seguidos por los jóvenes de diferentes contextos sociohistóricos.

De esta manera esta investigación abarca desde los primeros años de la puesta en marcha de los programas iniciales de planificación familiar, en los cuales comienzan a difundir el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, hasta la primera década del siglo XXI, tomando como muestra a los flujos de población durante una etapa de la vida en la cual se comienza la vida sexual y las transiciones hacia la vida adulta ligadas con la formación de familias.

Tomando en cuenta las variaciones por cohorte de nacimiento, el sexo y el origen social, es posible observar diferencias en el calendario de uso ligadas con la intensidad en el control de la fecundidad y los niveles en que ésta ha cambiado por cohorte de nacimiento y por grupo de edad.

La observación longitudinal resulta necesaria para observar este proceso, ya que nos indica cómo varía el primer uso de métodos anticonceptivos a través del tiempo de acuerdo con las características de las cohortes de nacimiento, en su interior y entre éstas, además de relacionar este evento con otros que implican transiciones en el proceso de formación de familias. De la misma manera, este tipo de observación, complementa los trabajos que en materia de fecundidad se han venido realizando desde la demografía desde los años setenta, permitiendo a su vez la evaluación de los programas de planificación familiar y de salud reproductiva desde su inicio, así como la explicación de la situación actual acerca de los niveles de fecundidad y uso de métodos en la población joven.

Asimismo, resulta relevante esta tesis al utilizar el Índice de Origen Social (IOS) específicamente creado para la estratificación socioeconómica de la muestra poblacional de la cual se extrae la información estadística, para dar cuenta de la estratificación social entre e intracohorte, diferenciándose así, del resto de indicadores construidos por otros investigadores para trabajos similares.

Es por ello que el objetivo general de esta tesis es observar el primer uso de métodos anticonceptivos de hombres y mujeres entre los 12 y 29 años como proceso social que reproduce el orden sexual y reproductivo, y por tanto, desigualdades sistémicas. Asimismo tiene como objetivos específicos examinar la relación entre el calendario de primer uso de métodos anticonceptivos en el periodo en que las cohortes de nacimiento 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 experimentaron su juventud con los cambios sociohistóricos y atributos de estas cohortes. Al igual que observar las diferencias de intensidad, tipo de método utilizado y edad de experiencia de las transiciones de formación de familias como parte de las diferencias de calendario en el primer uso de métodos anticonceptivos y su relación con el cambio sociohistórico y atributos de los miembros de las cohortes de nacimiento señaladas.

Teniendo en cuenta estos objetivos las preguntas que se quiere responder son las siguientes: ¿El primer uso de métodos anticonceptivos, observado a través del tiempo como proceso social, puede ser un evento que muestre desigualdades sistémicas?, ¿Cómo influye el tiempo histórico social y familiar en el primer uso de métodos anticonceptivos entre los 12 a los 29 años en los miembros de las cohortes de nacimiento 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980?, ¿De qué manera el tiempo histórico y el social a través de la cohorte de nacimiento, el sexo y el origen social, intervienen en la definición del calendario al primer uso de algún método anticonceptivo entre los 12 a los 29 años de edad de las cohortes de nacimiento 1951-1953, 1966-1968 y 1978 -1980?, ¿Cuáles son las características de los miembros de las cohortes de nacimiento 1951-1953, 1966-1968 y 1978 -1980, por tipo de método anticonceptivo utilizado por primera vez? y ¿Cuáles son las características de los miembros de las cohortes de nacimiento 1951-1953, 1966-

1968 y 1978 -1980, en relación con el calendario de primer uso y el orden de experimentación de las transiciones de formación de familias?

Retomando los conceptos básicos sobre el curso de vida, se puede entender que el tiempo histórico, social y familiar interaccionan para conformar el curso de vida de un individuo cuyo comportamiento se circunscribe en un marco institucional correspondiente a una sociedad en particular. Este comportamiento reproductivo se traduce en patrones producidos y reproducidos por el conjunto social para mantener el orden social, los cuales son impuestos por la coerción social de manera homogénea.

Entre los patrones de comportamiento se encuentran aquellos relacionados con el plano sexual y reproductivo, de los cuales depende la reproducción social. Dichas pautas al ser el resultado de una interacción estructurante, se encuentran en una transformación constante, lo cual se traduce en un cambio de contextos sociohistóricos, a los cuales les corresponde un determinado comportamiento sexual y reproductivo.

De esta manera en esta investigación se considera como parte de sus hipótesis que las cohortes de nacimiento pertenecen a tres formas distintas de experimentar la juventud, la sexualidad, las asimetrías sociales, el control de la fecundidad y su relación con las transiciones de formación de familias. Estas diferencias pueden notarse a través de variaciones en la intensidad y el calendario de primer uso de métodos anticonceptivos entre cohortes de nacimiento, así como del tipo de método anticonceptivo utilizado por los jóvenes de las cohortes a comparar, al considerar las diferencias de apertura, difusión y acceso a la variedad de métodos.

También se consideran diferencias al interior de las cohortes de nacimiento, tomando en cuenta los atributos de sus miembros, ya que éstos refieren a relaciones sociales desiguales, por esta razón los usuarios de métodos anticonceptivos se distinguen de los no usuarios por una posición jerárquica mayor, de acuerdo con los atributos de estratificación social que determinan asimetrías sociales.

Asimismo como parte de los supuestos de los que parte esta investigación se encuentra que el tipo de método anticonceptivo utilizado puede variar



dependiendo de la edad de primer uso y por tanto, su relación con las transiciones de formación de familias, siendo los más veteranos los que utilicen métodos definitivos.

La estructura de este trabajo se dividió de la siguiente manera. En el primer apartado se abordó el marco teórico conceptual utilizado como referencia para la interpretación de los resultados. Éste comprende el enfoque de curso de vida complementado con algunos conceptos de la teoría de la acción de Pierre Bourdieu, algunos aspectos de los marcos explicativos de la fecundidad de la demografía que vinculan la interacción entre la macro, meso y micro estructura con los cambios en los niveles y patrones de fecundidad, al igual que la perspectiva de la Salud Sexual y Reproductiva como derecho humano.

En la segunda parte se realiza una revisión de los trabajos demográficos que fungen como antecedentes para esta investigación al abarcar la temática de uso de métodos anticonceptivos relacionados con las características de los usuarios como sexo, cohorte, escolaridad, estratificación social, zona de residencia así como su vinculación con las transiciones a la adultez.

El tercer apartado se aborda el contexto sociohistórico en México durante el siglo XX correspondiente al cambio en los niveles y patrones de fecundidad y al uso de métodos anticonceptivos experimentados por hombres y mujeres.

En el cuarto capítulo se describe la metodología utilizada. Se aborda el tipo de análisis requerido para trabajar con datos cuantitativos longitudinales, así como la descripción de la base de datos sobre la que se trabajó (EDER 2011), la conformación de la unidad de análisis, los métodos empleados para la obtención de los resultados, así como la construcción de variables e indicadores necesarios para la realización del análisis descriptivo.

En el capítulo quinto se lleva a cabo el análisis descriptivo de los resultados obtenidos, el cual incluye el análisis de intensidad del primer uso de anticonceptivos en relación con los criterios de cohorte de nacimiento, sexo y origen social, así como las transiciones de formación de familias, el orden de experimentación del primer uso de anticonceptivos por parte de hombres y

mujeres entre los 12 y 29 años de edad y el análisis de historia de eventos en relación con las variables señaladas.

## Capítulo 1. Marco teórico

A lo largo del presente capítulo se muestra que esta tesis se sostiene sobre la perspectiva de la Salud Sexual y Reproductiva como un derecho humano, sobre la explicación del enfoque dualista y estructuralista que aborda la relación entre lo macrosocial con el primer uso de métodos anticonceptivos. De igual manera, la investigación retoma el enfoque de las instancias mediadoras de la fecundidad, resaltando la importancia de éstas como filtro de los condicionantes macrosociales que inciden en la vida sexual de los miembros de las cohortes de nacimiento bajo estudio (1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980) y reflejan un uso de métodos anticonceptivos diferenciado.

Igualmente, se retoman las explicaciones que resaltan las características individuales y los espacios de socialización del primer uso de anticonceptivos, de acuerdo con las explicaciones de contextuales de la perspectiva institucional, la interacción, la demanda insatisfecha, las trayectorias reproductivas y la psicología social.

Por otra parte, las explicaciones desde la microeconomía resultan relevantes al incorporar aspectos relacionados con el cálculo racional de ventajas presentes y futuras para el hogar como parte del comportamiento reproductivo diferenciado resultante de las mediaciones individuales. Asimismo, resulta conveniente la incorporación de los principios que Coale (1977) considera para el descenso de la fecundidad, ya que éstas relacionan la perspectiva macrosocial con la racionalidad instrumental de la visión microeconómica.

De igual manera, las explicaciones sociológicas resultan relevantes para explicar la interacción entre el uso de métodos anticonceptivos con la dinámica sociohistorica, principalmente al considerarse que el orden social se encuentra sustentado en relaciones sociales asimétricas que se basan en atributos sociales que toman la forma de individuales pero cuyo origen es sistémico.

Con base en ello, se retoma la perspectiva del construccionismo social desde la teoría de la acción de Bourdieu. Asimismo, esta teoría se relaciona con el enfoque de Curso de vida en sus conceptos básicos, ya que éstos pueden ser

incorporados al carácter y dinámica del campo y el habitus en la experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos.

## **La institucionalización de la sexualidad**

El comportamiento sexual y reproductivo se encuentra determinado por una serie de condicionantes contextuales que dan forma a la sexualidad como un hecho social, de acuerdo a expectativas sociales que son impuestas de manera institucional.

Esta institucionalización de la sexualidad, a través de su poder normativo, indica la legitimidad del calendario de inicio de la vida sexual, así como su vinculación con la edad socialmente aceptada de la procreación y unión, inclusive el tipo de ésta última, lo cual ocurre en la lógica de la reproducción del orden social.

La institucionalización de la sexualidad ha sido el resultado del proceso de secularización que forma parte de la modernidad, ya que es en este periodo en el que surge la sexualidad, de acuerdo con Foucault “la sexualidad fue inventada por la burguesía europea en los siglos XVIII y XIX y no es más que un dispositivo de poder que ha permitido regular tanto a los cuerpos individuales como a las poblaciones, es decir, ha favorecido la ‘administración de la vida’ por parte de las sociedades” (Brachet-Marquez, 1985:550), todo ello a partir de la práctica coital, es decir, la relación sexual heterosexual como normativa y, por tanto, sana (Brachet-Marquez, 1985).

A partir de este referente la diversidad de instituciones manifiestan su poder coercitivo, como la familia, la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, las asociaciones gremiales, religiosas, jurídicas, administrativas, los centros de trabajo, las instituciones de salud y recreativas, a través de la difusión de valores, actitudes e información, con el objeto de afirmar un cierto modelo de comportamiento sexual y reproductivo, y por tanto, de legitimar y legalizar o no la práctica anticonceptiva (Camarena, 1990).

Se ha planteado que algunas de las formas en las cuales las instituciones ejercen su poder normativo sobre el comportamiento sexual y anticonceptivo, son a través de “los costos y beneficios económicos de los hijos; los valores internalizados respecto a la familia, el matrimonio y la fecundidad; y las presiones sociales y administrativas relacionadas con el comportamiento reproductivo de los individuos y las parejas....[y el] aprovisionamiento de la infraestructura material, humana y de servicios” (Camarena,1990:30), con la finalidad de incentivar o desestimular éste.

Los aspectos que pueden ser modificados de la sexualidad por la vía institucional son, entre otros: los roles sexuales; los patrones y costumbres acerca de las uniones; las relaciones familiares, su tamaño, organización y distribución de posiciones jerárquicas en su interior; las prácticas sexuales; la regulación de la fecundidad y la anticoncepción, con su respectiva legitimación de métodos anticonceptivos; el aborto, su legitimidad y legalidad; la gestación, embarazo y puerperio, y la sobrevivencia de los hijos. (Camarena 1990).

Entre el aparato institucional coercitivo, las instituciones de salud han sido actores clave en la adopción de valores, actitudes, conocimiento y comportamientos relacionados con la sexualidad y la procreación, como puede notarse con las acciones que de manera deliberada se emplean para generalizar la práctica de la anticoncepción, como en la difusión de ideales de formación de familias y las acciones programáticas para la reducción de la fecundidad (Camarena, 1990; Zavala & Rabell, 2002).

## **Género**

Entre las instituciones que moldean la sexualidad y que rigen al cuerpo se encuentra el género, el cual se refiere a la construcción sociocultural de lo masculino y lo femenino (Lamas, 1999).

Es por ello que a hombres y mujeres, considerando solo las diferencias anatómicas, es decir, lo biológico relacionado con la anatomía y la fisiología, se les relaciona con construcciones sociohistóricas sobre lo que se considera lo

femenino o lo masculino de manera hegemónica, interviniendo en ello aspectos como el económico, social, jurídico, político y psicológico (Lagarde, 1996).

En la categoría de género confluyen el aspecto biológico y social tanto en su producción como en su reproducción, así como en los determinantes y las repercusiones que a nivel macro y micro tiene para los hombres y las mujeres. Por lo que si bien al sexo se le asigna un cierto género, ésta no es una categoría dada, sino una construcción continúa, de tal manera que el género no es ser sino un hacer que genera experiencias e interacciones sociales diferentes para hombres y mujeres.

De acuerdo con Bourdieu en general, se establece una predominancia de lo masculino sobre lo femenino que tiene su referente en la producción simbólica que la sustenta, es decir, en las ideologías de género implícitas en el acervo cultural contextual que constituyen esquemas de pensamiento socialmente compartidos, el cual se produce y reproduce materialmente en la objetividad de las estructuras sociales a través del proceso de socialización, generando estructuras sociohistóricas de dominación con base en el género sustentadas sobre un sistema institucionalizado (Bourdieu, 2000).

Es por ello que con base en el prestigio y estatus que otorga lo femenino y lo masculino, se sustenta el sistema de género, pues éste es un sistema de prestigio de acuerdo con Otner y Whitehead (Lamas, 1997), lo cual se expresa en diferencias en las oportunidades de obtención de capitales en las relaciones que se establecen en el campo de la sexualidad, teniendo un papel predominante lo masculino, ya que a dicho sistema le corresponde una distribución de recursos, y por tanto, de poder, desigual.

Las diferencias entre sexos que entrañan su desigualdad, pueden notarse en el imaginario cultural de lo que se considera ser una mujer y un hombre, ya que se espera que las mujeres mantengan una posición subordinada mediante la atribución social de características como modestia, pureza, dependencia, obediencia, debilidad, condescendencia, vulnerabilidad y abstinencia. Por otra parte, a los hombres se les atribuye las características opuestas con la finalidad de producir y reproducir su posición superior, como proveedor, independiente, fuerte,

dominante, heterosexual, viril, promiscuo, agresivo y poseedor de conocimiento (Salinas, 2011)

La posesión de estos atributos entre hombres y mujeres, tiene repercusiones en su curso de vida, y por tanto en las transiciones a la adultez y de formación de familias, siendo marcada la diferencia. En cada caso, las diferencias por sexo se acentúan en la influencia institucional en el ejercicio de los roles sexuales, ya que en el caso de las mujeres la familia es la principal institución que ejerce su poder coercitivo (Tuirán 2002) con la finalidad de garantizar la reproducción de las desigualdades entre hombres y mujeres, a través de la perpetuación de los roles de esposa/madre/ama de casa y marido/padre/proveedor. Esto parece explicar la idealización de la institución familiar, en la que el papel de la reproducción es de suma importancia, la cual se establece en el imaginario cultural a través de considerar a los hijos “como un regalo y como una manera de fortalecer la relación entre los padres.” (Tuirán 2002:150)

No obstante, las transformaciones culturales y sociales que devienen de la modernidad, como mayor acceso a la educación, aumentos en la tasa de participación de la mujer, desvinculación de las relaciones sexuales con la reproducción y la identidad, así como la separación del proyecto de vida de la mujer respecto a la maternidad (Tuirán 2002), han intervenido en la reproducción de dichos roles sexuales y expectativas de la familia y la descendencia.

Las transformaciones señaladas vienen aparejadas de un aumento en la práctica anticonceptiva por parte de las mujeres, lo cual ha provocado una reducción del tiempo que las mujeres destinan a su reproducción y crianza de hijos. (Tuirán 2002)

Cabe señalar que el incremento de las prácticas anticonceptivas no ocurre con el universo de mujeres, lo cual se relaciona con la acumulación de desventajas sociales devenidas de los atributos de lo femenino, ya que “las inequidades de género están articuladas con otras desigualdades sociales”(Lerner, Quesnel & Yanes, 1994:132), es decir, además de ser mujer, la edad, el origen étnico, la región de residencia, así como el sector socioeconómico en el que se sitúe, confluyen en una posición de subordinación específica que dificulta o bien,

aumenta las probabilidades de poder tener cierto nivel de empoderamiento y de negociación frente a los hombres.

### **Teorías, enfoques y marcos explicativos de los cambios de la fecundidad y el uso de métodos anticonceptivos.**

Los niveles bajos en la fecundidad se encuentran estrechamente ligados con otros aspectos como el uso de métodos anticonceptivos y la experiencia de los eventos de formación de familias, dando como resultado transformaciones en el comportamiento sexual y reproductivo.

Las explicaciones adoptadas por la demografía acerca de la fecundidad y sus cambios a lo largo del tiempo son tanto de carácter económico como sociológico, ambas recuperan aspectos relevantes desde su campo disciplinario para dar respuesta a los distintos niveles de fecundidad que se han observado en conjunción con los cambios históricos.

#### **Explicaciones económicas**

Las explicaciones respecto a los bajos niveles en la fecundidad van desde el enfoque dualista hasta propuestas interdisciplinarias. El enfoque dualista o de modernización basa su explicación en la Teoría de la Transición Demográfica (TTD), la cual parte de que la industrialización y urbanización imponen pautas modernas sobre todas las relaciones económicas y sociales, al extrapolar la racionalidad instrumental al campo valorativo, las cuales actúan de manera conjunta con el desarrollo científico y tecnológico en el campo de la medicina, creando condiciones en las que la mortalidad desciende y mantiene su nivel, principalmente en los grupos etarios más vulnerables, como los niños, y aumenta la esperanza de vida (Thompson 1929, Patarra 1973).

Las poblaciones que experimentan estos cambios son llamadas modernas, mientras que aquellas que no, son denominadas tradicionales, de ahí el nombre de este enfoque al proponer una visión dual de las poblaciones de acuerdo a la



transición de niveles altos de fecundidad y mortalidad a bajos, observado desde una perspectiva lineal del crecimiento económico y desarrollo social (Rubin, 1989).

El binomio entre desarrollo económico y fecundidad seguido por la TTD se replica en el caso del enfoque estructuralista, al considerar el cambio en el nivel de la fecundidad como resultado de la transformación en el modo de producción (Rubín, 1989) y el impacto de los avances de la racionalidad instrumental aplicada a la ciencia y la tecnología al igual que en la percepción social del individuo como mercancía cuya finalidad es el aumento de su capital en términos multidimensionales con el objetivo de poseer un status y prestigio socialmente reconocido.

Desde la microeconomía, el cambio en los niveles de fecundidad es explicado por un comportamiento racional, es decir, “se hallan regidos por los intereses calculados y conscientes de los actores” (Schoumaker & Tabutin, 2002: 55), por lo que se toma a consideración la relación entre

*la oferta de hijos (nacimientos en ausencia de control deliberado en función de la mortalidad infantil, la edad a la unión y la lactancia materna) y la demanda de hijos (número deseado de hijos en función del estatus de la mujer) ...mediatizada por el costo de regular la fecundidad (costo psíquico, social, monetario) (Medina & Do Carmo, 2005:72).<sup>1</sup>*

De esta manera se toma como referencia la idea de los beneficios de los hijos en detrimento de sus costos. (Schoumaker & Tabutin, 2002). Entre las ventajas que se refieren en la literatura se encuentran las relacionadas al trabajo de los hijos como parte de las estrategias de supervivencia de los hogares, seguridad física o en la vejez de los padres (Schoumaker & Tabutin : 2002).

Entre las teorías económicas que relacionan los cambios de la fecundidad con un cálculo racional se encuentra la teoría de la demanda, la cual se basa en el costo de los hijos y su inversión como parte del cálculo en el razonamiento instrumental que lleva a cabo el hogar.

---

<sup>1</sup> En la perspectiva de Easterlin el equilibrio entre la oferta y la demanda de hijos está regulado por el control de la fecundidad para reducir la fecundidad no deseada. Ver: Medina, M & Do Carmo, M. (2005). Trayectoria de paradigmas que explican la fecundidad. *Desarrollo y Sociedad*, (55), 57-100. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169114664002>, p.74

Desde esta teoría se establece la decisión del número de hijos que desea tener con la finalidad de aumentar el grado de satisfacción subjetiva del hogar. Dicha satisfacción deviene de la comparación entre hijos y comodidades, bienes consumidos por la pareja, el costo de restricción, el costo del tiempo de cuidado de los hijos y los bienes consumidos por éstos (Easterlin, 1973).

La decisión del número de hijos considerada por la pareja se encuentra mediada por otros factores como la mortalidad, condición que genera un mayor deseo de hijos, por lo que se les prefiere a otros bienes. Sin embargo, esta situación cambia en poblaciones con una transición demográfica avanzada, ya que en ellas el costo de la vida es mayor, en un contexto en el que se prioriza el desarrollo y consumo personal.

Este tipo de razonamiento instrumentalista, fue adaptado por Coale (1977) para dar cuenta de las condiciones necesarias para el descenso de la fecundidad: racionalidad (*readiness*), apertura (*willingness*) y acceso (*ability*) (RWA). La primera condición se refiere a "...las condiciones que legitiman la adopción de nuevos comportamientos, sobre la base de las estructuras normativas interiorizadas por los individuos de la sociedad en cuestión" (Quilodrán & Juárez, 2009:69).

La segunda condición hace referencia a la disposición de la población a la aceptación de nuevas ideas relacionadas con el cambio cultural acerca de la sexualidad y su escisión respecto a la reproducción, como parte del proceso de secularización que caracteriza a la modernidad, las cuales se refuerzan a través de la legitimación institucional. La tercera condición hace referencia a la existencia, disponibilidad y generalización de tecnología anticonceptiva. (Quilodrán & Juárez, 2009).

### **Explicaciones sociológicas**

La perspectiva sociológica centra su explicación en los llamados *determinantes de la fecundidad o variables intermedias*, los cuales se refieren los determinantes

biológicos y tecnológicos que están afectados por el comportamiento social, los cuales influyen en los niveles de fecundidad al situarse entre ésta y las características sociodemográficas de las mujeres. Estos determinantes afectan tres momentos claves del proceso reproductivo: el coito, la concepción y el embarazo (Medina y Do Carmo, 2005).

De acuerdo con Davis y Blake, las variables intermedias por las cuales la estructura social influye en la fecundidad son: edad de iniciación de las uniones sexuales, celibato permanente, intervalo de pérdida del periodo reproductivo trascurrido después de la uniones o entre ellas, abstinencia voluntaria e involuntaria, frecuencia del coito, la fertilidad o la esterilidad, afectadas por causas involuntarias, uso o no uso de contracepción, fertilidad o esterilidad afectadas por causas voluntarias y la mortalidad fetal por causas voluntarias e involuntarias. Estas variables no son constantes en contextos específicos, si no que su intensidad e interrelación varían contextualmente (Davis & Blake, 1967).

De esta manera, los determinantes de la fecundidad repercuten en la frecuencia de las relaciones sexuales y la capacidad reproductiva, particularmente en los métodos de regulación de la descendencia como la abstinencia, los anticonceptivos y el aborto<sup>2</sup>, los cuales inciden de manera diferenciada en la fecundidad natural y en el control de la fecundidad dependiendo el contexto social y cultural<sup>3</sup>, ya que “son susceptibles de ser afectadas de una manera directa o indirecta, deliberada o accidental, con mayor o menor grado de intensidad y en diferentes sentidos, por una multiplicidad de influencias institucionales” (Camarena, 1990:16).

---

<sup>2</sup>. La estructura social y la fecundidad. Un sistema analítico. En Freedman, R., Kingsley, D. y Blake, J. *Factores sociológicos de la fecundidad*. (155-197). México: El Colegio de México (Colmex)/CELADE.

<sup>3</sup> Entre los factores determinantes de la fecundidad, los más importantes en México son, la nupcialidad y la anticoncepción, siendo menor el papel de la lactancia y el aborto o la mortalidad intrauterina. Ver: Gómez, J. & Rabell, C. (2001). *La población en México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. México: Consejo Nacional de Población (CONAPO), p.157. y Mendoza, M. & Tapia, G. (2010). Situación Demográfica de México 1910-2010. En Consejo Nacional de Población (CONAPO). *La situación demográfica de México 2010*. México: Consejo Nacional de Población, Sociedad Mexicana de Demografía, p.15.

Bongaarts (1978) retoma las explicaciones y simplifica el modelo propuesto por Davis y Blake para explicar las relaciones de las variables intermedias y los niveles de fecundidad, que en dicho modelo se centró en los determinantes más influyentes, como las uniones conyugales, la contracepción, el aborto inducido e infecundabilidad posparto. En la propuesta de Bongaarts se clasifican en tres tipos de factores los determinantes de la fecundidad, los cuales son: la exposición al embarazo, que comprende la proporción de casadas; factores del control deliberado, como contracepción y aborto inducido y factores de la fecundidad natural marital, como infecundabilidad por lactancia, frecuencia de las relaciones sexuales, esterilidad, mortalidad intrauterina espontánea y duración del período fértil (Medina y Do Carmo, 2005).

El aporte más pertinente de Bongaarts es que a partir de su modelo se puede establecer el peso de las distintas variables intermedias en el nivel de fecundidad y se puede estimar la tasa de fecundidad total para comparar subgrupos de una misma población, o comparar poblaciones diferentes (Medina y Do Carmo, 2005).

A los determinantes de la fecundidad también se les denomina determinantes directos diferenciándose de los indirectos, como los individuales y contextuales. Los determinantes indirectos ejercen influencia en la fecundidad a través de los directos (Bongaarts, 1978), los individuales incluyen la educación, la ocupación femenina, el lugar de residencia, la ocupación de la pareja y el conocimiento y acceso de anticonceptivos (Salazar, 2003).

La educación se encuentra negativamente relacionada con la fecundidad, ya que la educación se asocia con la incorporación de comportamiento moderno, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, se pospone la unión y el primer hijo, asimismo se relaciona con el desarrollo de actividades económicas en el caso de las mujeres, principalmente en el sector terciario (Salazar, 2003).

La ocupación femenina también tiene una relación negativa con altos niveles de fecundidad, pero ésta comprende empleadas en el sector terciario, es decir, profesionales y técnicas, ya que las mujeres empleadas en el sector agropecuario poseen altas tasas de fecundidad, lo cual también puede relacionarse con la ocupación de la pareja. El lugar de residencia también posee influencia sobre los

niveles de fecundidad, al estar relacionadas con la socialización en las zonas urbanas con la vida moderna. El conocimiento de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres, tiene una relación positiva con su acceso y uso, su motivación depende de la aceptación de valores modernos (Salazar, 2003).

Por otra parte se encuentran los determinantes socioeconómicos contextuales, como el status de la mujer, el rol económico de los niños, la mortalidad infantil, el acceso a Instituciones y servicios de salud, la urbanización, la prevalencia de uniones consensuales, la distribución del ingreso y los programas políticos y gubernamentales de salud.

El estatus de la mujer se relaciona con la educación, participación laboral y autoridad decisoria en la familia por parte de la mujer, influyendo así en la fecundidad a través de la postergación al matrimonio y en el uso de métodos anticonceptivos.

El rol económico de los hijos se vincula a su vez con las explicaciones de la microeconomía sobre la fecundidad al referirse al costo de oportunidad de la participación de la madre en la crianza del hijo, los costos directos, como comida, techo, educación, entre otros, así como la manera en que el hijo es considerado un activo económico para la unidad familiar.

A su vez, la mortalidad infantil se relaciona con la fecundidad, al considerar que la mayor ocurrencia de dicho evento incrementa la fecundidad para asegurar la supervivencia del número esperado de hijos.

El acceso a instituciones y servicios de salud también se relaciona con la fecundidad al estar vinculado con la distribución y el uso de anticonceptivos. La urbanización también guarda esta relación al estar enlazada con la modernidad. Por otra parte las uniones consensuales se relacionan con una mayor fecundidad.

En el caso de la distribución del ingreso, se relaciona con una menor fecundidad si existe una mayor equidad. Asimismo, los programas y políticas gubernamentales se relacionan con la fecundidad al desalentar o promover nacimientos, uso de anticonceptivos o abortos (Salazar, 2003). Estos son los aspectos mencionados por la literatura relacionados con una baja fecundidad y uso de métodos anticonceptivos.

Entre las explicaciones sociológicas se encuentra la explicación de Caldwell (1978) que considera que el costo económico y de oportunidad de los hijos influye en la fecundidad al incidir en el cambio en el campo valorativo de la moralidad familiar.

La idea principal de Caldwell (1978) se basa en los cambios en la estructura económica de la familia a través de una elección racional la cual se explica por el “reverso del flujo intrafamiliar de bienes” (Kothari & Krishnaswamy, 2002), es decir, que los hijos son beneficiarios económicos de la vida familiar, y no los padres. De esta manera, el resultado de este flujo es que la demanda de los hijos “...sería mucho más alta ente los pobres y tendería a retroceder conforme aumenta el nivel de vida, con los subsecuentes cambios culturales en torno a los anhelos y expectativas de población” (Schoumaker & Tabutin, 2002:55).

Tomando en cuenta lo anterior, se evidencia la relación que existe entre la escolaridad y el uso de métodos anticonceptivos con la finalidad de regular la fecundidad, principalmente en el caso de las mujeres, si se considera que la asistencia a la escuela y el nivel educativo alcanzado tienen una influencia positiva en la incorporación en el mercado de trabajo, la cual se efectúa con cierto costo que deriva del precio de tres factores: precio relativo de los hijos, costos de bienes y servicios, y costos de ocio (Rubín, 1989).

La educación provee a los miembros de la familia subordinados (hijos y esposa), como diría Caldwell (1978), la posibilidad de obtener capital cultural que ayude a redefinir sus posiciones respecto a las autoridades familiares tradicionales, representadas por el esposo o familiares de éste, transformando el campo de interacción y por tanto el habitus de cada sujeto.

Asimismo, dentro de estas explicaciones se encuentra el enfoque de las instancias mediadoras de la fecundidad que considera no solo la macroestructura sino también la mesoestructura y los procesos de interacción, al tomar en cuenta las instancias individuales y colectivas como unidades domésticas, grupos sociales, etnia, religión, redes culturales locales y familiares, medios de comunicación, servicios de planificación familiar (Rubín, 1989, Bravo, 1993). Es decir, las instancias mediadoras o filtro por las cuales las determinaciones sociales

dejan de ser tales y dan paso a la diversidad de comportamientos sexuales y reproductivos.

Para ello, la difusión del material simbólico de las instancias mediadoras es primordial ya que es mediante la reproducción de éste, a través de la interacción social, que se logra esta influencia en los patrones de fecundidad y su regulación. Dicha difusión puede tener diferentes modalidades dependiendo de las relaciones entre generaciones, como la vertical, que es transmitida de padres a hijos; la horizontal, cuya difusión tiene lugar entre pares generacionales y oblicua, caracterizada por la transmisión de los padres de un grupo de hijos hacia otros (Rubín, 1989)

Entre las teorías y enfoques que explican no solo el cambio de la fecundidad, sino también en el uso de métodos anticonceptivos se encuentra el enfoque contextual, el cual consiste en “considerar a los individuos de acuerdo a con su pertenencia a determinadas clases sociales y, en consecuencia, como partícipes de las relaciones existentes entre ellas y en su interior, así como en identificar a la familia como instancia mediadora entre los niveles micro y macro”(Lerner & Quesnel, 2002:29), de esta manera el uso de anticonceptivos se diferencia mediante características individuales.

Otro enfoque que enfatiza el uso diferenciado de métodos anticonceptivos es el institucional, para el cual el nivel de infraestructura institucional relacionada con las políticas sociales, de planificación familiar y educación, principalmente dirigidas a las mujeres (Lerner & Quesnel, 2002), explica el nivel de fecundidad y uso de anticonceptivos a nivel individual.

El enfoque transaccional “centra su explicación en el análisis de relaciones entre individuos e instituciones, a través de transacciones entre éstos, estos espacios de transacción pueden ser la familia de origen, el espacio conyugal y familiar, instituciones de salud” (Lerner & Quesnel, 2002:34).

Dichas transacciones pueden ser tanto ideológicas, simbólicas o económicas, éstas al igual que las condiciones de transacción depende de “la posición de los individuos en la estructura social, de la condición de desigualdad que prevalece entre los géneros, así como la asimetría de roles y de los poderes identificados

entre los actores y las instituciones (Lerner & Quesnel, 2002:34). En este enfoque las transacciones entre actores generan nuevas normas biomédicas de procreación, entre ellos, edad la unión, intervalos de intergenésicos, temporalidad, ideales de tamaño de familia y uso de métodos anticonceptivos acordes a la lógica institucional (Lerner & Quesnel, 2002).

Otro enfoque es el biográfico, el cual se basa en la observación de trayectorias reproductivas, a través de diferentes espacios de socialización en el transcurso de su vida reproductiva, ya que se observa la manera que en la que interaccionan los individuos con estas instancias sociales (familia, comunidad, etcétera), pues es en dicha interacción sobre la cual se construyen estas trayectorias (Lerner & Quesnel 2002).

Entre los enfoques que explican el uso diferenciado de métodos anticonceptivos y diferentes niveles de fecundidad, se encuentra en la necesidad insatisfecha, lo cual relaciona con un problema de oferta, por lo que dichas diferencias dependen de la falta de conocimiento y acceso a anticonceptivos (Schoumaker & Tabutin, 2002).

Otros enfoques, refieren las dificultades en la movilidad social para explicar los diferentes niveles de fecundidad en la población y por tanto de uso de métodos anticonceptivos, ya que, desde esta perspectiva, entre más hijos se tenga aumenta la probabilidad de que al menos un hijo logre movilidad social ascendente (Schoumaker & Tabutin, 2002).

### **Confluencia de explicaciones sociológicas y económicas**

Tanto el campo económico, desde la microeconomía, así como el sociológico, brindan herramientas para la interpretación del comportamiento sexual y reproductivo de una población en una sociedad específica desde el análisis que realizan a la fecundidad. Al respecto, Easterlín (1973) integra las explicaciones de ambas disciplinas al retomar los determinantes de la regulación de la fecundidad, las nociones de control del tamaño de la familia, la motivación, actitudes y acceso



a dicha regulación, interrelacionados de acuerdo al contexto político, social y económico, por parte de la sociología y la decisión de tener hijos, por parte de la economía, a través del cálculo instrumental de bienes e hijos teniendo como puntos de equilibrio dos extremos: el máximo de hijos en la fecundidad no está regulada, y la contracepción perfecta, en el que hay control de la fecundidad.

Otras explicaciones en las que confluye la explicación económica y sociológica es la perspectiva marxista a partir de la cual la fecundidad es considerada un fenómeno social. En ésta la familia es una institución en la que se reproduce la fuerza de trabajo y transmite la situación de clase de los individuos, en la reproducción de la fuerza de trabajo comprende la creación de nuevos trabajadores con un determinado grado de calificación, la cual varía dependiendo del contexto económico, ya sea creando una fuerza de trabajo de alta o baja calidad, siendo estos últimos los que se organizan en un régimen familiar para atender los aspectos de la reproducción de la fuerza de trabajo, a través de la cooperación de todos sus miembros con el objetivo de sobrevivir, en ellas los hijos son vistos como un bien económico, a diferencia del capitalismo desarrollado, donde los hijos son considerados una carga económica. Desde esta perspectiva la decisión racional sobre el número de hijos es llamada estrategia reproductiva, cuya finalidad es la sobrevivencia de la familia, teniendo lugar las decisiones al respecto en circunstancias diversas y conflictivas (Rosero, 1987).

### **Explicaciones desde la psicología social**

Entre las teorías y enfoques para explicar el uso de métodos anticonceptivos, se encuentran aquellas que recurren a explicaciones de la psicología social entre ellas las que derivan del modelo de creencias sobre la salud, Health Believe Model (HBM), en las cuales se considera la actividad sexual como una conducta volitiva (Juárez, 2002), por tanto “las racionalidades subjetivas en el comportamiento relacionado con la salud, están en función de los valores

subjetivos relacionados con un resultado, y de las expectativas subjetivas de que una acción particular originará dicho resultado ( Juárez, 2002:303).

De las teorías que se desprenden del HBM, se encuentra la Teoría de la acción racional (TRA), la cual parte de la racionalidad de la acción, la cual “reconoce dos determinantes de intencionalidad; las actitudes personales que afectan la conducta y la influencia de la presión social para llevar o no a la practica un cierto comportamiento”. (Juárez 2002:304). Cada uno de estos elementos se desarrolla considerando que las actitudes son el resultado de la relación entre la creencia acerca del comportamiento y la evaluación del resultado, así como la creencia normativa de las personas, es decir, “las creencias sobre lo que otros individuos o grupos específicos piensen acerca de cómo él o ella debe (o no debe) comportarse... [así como] *la motivación para cumplir* las expectativas del comportamiento y las normas de las personas clave en sus vidas” (Juárez 2002:305).

Otra teoría es la de la conducta planeada (TPB), la cual a diferencia de la anterior incluye la percepción del control del comportamiento. De acuerdo con esta teoría, la intencionalidad tiene tres determinantes: actitud, normas subjetivas y percepción del control del comportamiento. En esta teoría el control se percibe sobre el comportamiento influye en las intenciones y ejerce una influencia directa sobre la conducta (Juárez, 2002). Una variante de la teoría anterior es la teoría de la conducta planeada, la cual incorpora componentes de racionalidades subjetivas.

Por otra parte la teoría de la interacción sexual incorpora la interacción, dividida entre el centro de la interacción, centrado en lo sexual (la arena sexual) y la parte externa en la que se encuentran la conciencia de riesgo, intencionalidad de la conducta, etc., dando como resultado “un sistema de determinación recíproca entre procesos macro a instituciones, redes sociales y diadas, hasta el plano individual “(Juárez, 2002:308).

### **Aspectos que se rescatan de las explicaciones anteriores**

Considerando el bagaje de los marco explicativos que ofrece la demografía acerca de los cambios en los niveles de la fecundidad, puede rescatarse de estas

explicaciones algunos aspectos que puedan brindar una explicación en el uso diferenciado de métodos anticonceptivos por parte de la población entre 12 y 29 años considerando la heterogeneidad de ésta, además del cambio de calendario en su uso y relación con el proceso de formación de familias.

De las explicaciones macrosociales, resulta rescatable la manera en que el comportamiento sexual y reproductivo observado desde el uso de métodos anticonceptivos se interrelaciona con el contexto sociohistórico y por tanto, con otros fenómenos sociales, económicos, políticos y demográficos, otorgándole a la fecundidad y al uso de métodos anticonceptivos un carácter social y por ello, cambiante en el tiempo.

Por otra parte, el enfoque de las instancias mediadoras tanto individuales como colectivas de la fecundidad resulta relevante al incorporar al análisis, la importancia de los filtros a través de los cuales los condicionantes macrosociales inciden en la vida de los sujetos.

Las explicaciones económicas también resultan relevantes al incorporar aspectos relacionados con la incidencia del contexto mediado por las características individuales, y expuesto a través del control de la fecundidad como resultado de un cálculo racional cuya finalidad es la obtención de ventajas presentes y futuras para el hogar. Asimismo, resulta conveniente la incorporación de las condiciones que Coale considera para el descenso de la fecundidad, ya que éstas relacionan la perspectiva macrosocial con la racionalidad instrumental característica de la visión microeconómica. En tanto que la perspectiva sociológica resulta ser útil al dar cuenta de la interacción del contexto social y cultural en la fecundidad y su control.

De los enfoques que explican el cambio de la fecundidad y el uso diferenciado de los métodos anticonceptivos a partir de los usuarios, con base en el contexto, desde la perspectiva institucional, la interacción, trayectorias reproductivas y la psicología social, se rescata la importancia de las características individuales y los espacios de socialización a través de los que se interactúan e intervienen en la lógica de establecer determinado comportamiento inicial en la trayectoria anticonceptiva.

Por otra parte aquellos enfoques relacionados con la demanda insatisfecha, así como de movilidad social resultan relevantes, al incorporar la parte macro meso estructural en el análisis, vista desde el punto de las instituciones de salud y de las estrategias familiares, respectivamente.

Considerando los elementos que se retoman de estos marcos explicativos de la demografía para poder comprender el uso diferenciado de métodos anticonceptivos en tres cohortes de nacimiento diferentes, el construccionismo social sería una herramienta analítica útil para comprender la organización social de una sociedad sustentada sobre relaciones sociales desiguales basadas en atributos que refieren a relaciones de poder cuyo origen es sistémico.

## **Campo y habitus**

El marco teórico de Bourdieu resulta relevante para abordar el uso diferenciado de anticonceptivos al permitir comprender la diversidad de comportamiento sexual, dada la heterogeneidad poblacional, a través de los conceptos de campo y habitus.

Respecto a ello, hay que considerar las características de la definición de campo que proporciona Bourdieu, como una red, o configuración de relaciones objetivas entre posiciones, que son definidas objetivamente tanto en su existencia como en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, debido a su situación actual y potencial en la estructura de distribución de las diferentes especies de poder o de capital (cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo), y por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (Bourdieu, 1995).

Este concepto guarda una relación con las relaciones de poder y su estructuración, pues en él puede observarse la red de relaciones objetivas entre posiciones que configuran el campo, al presentar éstas a cada uno de los agentes que participan en él.

Las posiciones también son definidas por las determinaciones que éstas imponen a los ocupantes, pues de esta manera les otorgan ciertas características

que les hace ocupar un lugar concreto en el campo y relación entre éstos, lo cual corresponde a la posesión de una cierta forma de capital, o capitales, por parte de los actores.

Por lo que entre los atributos que determinan las posiciones sociales pueden encontrarse las instancias mediadoras que se consideran en esta investigación, para la observación del uso diferenciado de métodos anticonceptivos; ya que son estas instancias las que guían las relaciones sociales entre agentes y por tanto dan forma al campo. Así se interioriza el lugar que ocupa cada agente y se legitima las relaciones sociales al interior del campo, lo cual da forma a un “sistema estructurado de [...] prácticas y expresiones de los agentes” (Bourdieu, 1995, p. 70).

Como se puede dar cuenta, con la noción de campo de Bourdieu, se expresa la manera de cómo se estructuran las relaciones sociales. Asimismo, el concepto de campo, también es importante en tanto nos da cuenta de la dinámica del campo, pues las relaciones de fuerza entre las posiciones o jugadores dentro de un campo no solo definen la estructura de éste sino también su dinámica, ya que “la dinámica dentro de un campo radica en la configuración particular de su estructura” (Bourdieu, 1995, p. 67)

Una cierta dinámica le es particular a un cierto campo, por lo que le es distinta a otros, lo cual hace que se reafirme el campo como un espacio con una lógica propia, y con ello una estructura y dinámicas específicas.

La incorporación del campo en cada uno de los agentes que lo conforma se logra a partir de lo que Bourdieu llama habitus. Este concepto alude, “sistemas perdurables y transponibles de esquemas de percepción, apreciación y acción,” (Bourdieu, 1995, p. 87) que los agentes adquirieron mediante la interiorización de un tipo determinado de condiciones sociales y económicas, es decir, de un cierto campo, es por ello que, “es la encarnación de lo social en lo individual” (Bourdieu, 1995, p. 88).

El habitus, a su vez, permite la incorporación del concepto de agencia, al ser el habitus un sistema abierto de disposiciones, tanto es un producto de la historia como una construcción constante con nuevas categorías, ya que no es dada

determinantemente en su totalidad por el campo, sino que es una construcción que el individuo genera.

Este concepto, al hacer presente que el individuo es capaz de estructurar, además de ser estructurado, abre la posibilidad de que el sujeto sea creador, en sentido social, es decir, socialmente influenciado, y, de esta manera participe en la dinámica del campo a través de su capacidad de elección.

De allí, se considera que el individuo tiene capacidad de elección y actuación, lo cual modifica su percepción y actuar, ya que, no solo reacciona ante condicionamientos, sino que elige, de forma que el campo no es determinante.

En esta conceptualización de habitus también interviene el aspecto histórico, dado que “los agentes sociales son el producto de la historia, esto es, de la historia de todo el campo social y de la experiencia acumulada en el curso de una trayectoria determinada” (Bourdieu, 1995: 93), aspecto relevante para esta investigación al considerar las diferencias temporales en la experiencia de la juventud del objeto de estudio.

A través de la posición de los agentes dentro del campo y la forma de interiorización social y dinámica que posee éste, puede observarse la correspondencia entre campo y habitus, es decir, de interrelacionar la esfera micro con la macro en un contexto determinado.

## **Perspectiva de curso de vida**

La perspectiva del curso de vida resulta de utilidad para esta investigación, al considerar que la trayectoria de vida es un proceso dinámico en el cual se incorpora el campo a los agentes. Asimismo, comprende el cambio de roles dependiendo de la ubicación temporal e histórica del agente (Pérez, 2006). De esta manera, no se pierde la relación dialéctica del proceso estructura estructurada-estructurante del campo y del habitus así como de la agencia individual.

Asimismo, el curso de vida resulta también de utilidad al permitir el abordaje de la intersección temporal a nivel individual y contextual en el estudio de

generaciones (Elder, 1998). Lo anterior, permite analizar la asociación de eventos estructurales, la vida individual y de cohortes (Blanco, 2011), dando pauta a un habitus compartido dependiendo de los atributos de los agentes, lo que se traduce en diversidad de prácticas y trayectorias de vida posibles a seguir por éstos, al conformar los constreñimientos sociales y los espacios de agencia con los que cuentan los sujetos en estos contextos.

De esta manera, las trayectorias de vida no se producen de forma aislada sino que cambian o reproducen el contexto social al entrelazarse con otras; por lo que “...el curso de vida puede pensarse como un conjunto de trayectorias entrelazadas, marcadas por una secuencia de eventos y transiciones” (Saraví, 1998, p. 4).

La teoría de del curso de vida tiene cuatro principios básicos: *el principio del desarrollo a lo largo del tiempo, el principio del timing el principio de vidas vínculo o interconectadas y el principio de agencia humana.* (Elder, 1998).

Para esta tesis, resulta pertinente retomar el principio del *timing*, el cual se refiere a que el curso de vida de los individuos y de grupos se sitúa y desarrolla en el tiempo histórico y lugar específico (Elder, 1998), por lo que comparten características de las cuales se nutre el proceso identitario de cohorte, mediado por categorías como el género, la clase, la etnia, entre otras (Blanco, 2011).

Otro principio de utilidad es el de *vidas vínculo o interconectadas*, el cual se encuentra relacionado con las transiciones que constituyen el curso de vida, las cuales se caracterizan por una normativa secuencial y temporal de dichos eventos, este orden puede tener variaciones dependiendo de los atributos sociales con los que cuentan los individuos o grupos, cuyos efectos pueden tener lugar en su propia trayectoria, o bien, en la de otros individuos o grupos, (deviniendo en desventajas o ventajas) (Elder, 1998; Blanco, 2011).

El principio de *agencia humana*, también resulta relevante en tanto establece la libertad de elección y acción del sujeto constreñida por el contexto estructural, ya que este último establece la estructura de oportunidades con las que el agente cuenta para llevar a cabo dicha elección en la definición del su propio curso de vida (Elder, 1998; Blanco, 2011).

Además de estos principios básicos, la teoría del curso de vida se basa en tres conceptos básicos: el de *trayectoria*, la *transición* y el *turning point* (Blanco, 2011).

Este trabajo retoma el concepto de transición, al referirse a cambios socialmente definidos y significativos en la vida de los individuos que varían en su predictibilidad y por tanto en su control de dichos cambios. Las transiciones finalizan con un comportamiento habitual o estado y cambian la direccionalidad de la trayectoria<sup>4</sup> (Saraví, 2004), de esta manera le dan forma y sentido (Blanco, 2011), asimismo, forman parte del proceso identitario (Blanco, 2011; Pérez, 2006).

En el caso específico de la transición a la adultez, se refiere a un proceso multidimensional que supone la experiencia de varias transiciones clave en diferentes dominios institucionales, como lo son la familia, la escuela y el trabajo (Tuirán, 1999), cuya finalidad es la integración del individuo o grupo al orden social (Coubès & Zenteno, 2004), a través de la reproducción de roles establecidos.

Cada uno de los eventos que conforman la transición a la adultez indica la posibilidad de aparición del siguiente evento, de manera que el final de la preparación escolar establece la posibilidad de desempeñar un rol productivo, lo cual implica deseablemente autonomía financiera, la emancipación de hogar parental, relacionada con la responsabilidad personal y, en algunos casos la primera unión, que a su vez supone el inicio de la reproducción, y con ello la llegada del primer hijo (Coubès & Zenteno, 2004). El ritmo de las transiciones es socialmente variable y con base en ello se clasifican las transiciones en tempranas o tardías.

El tiempo en el curso de vida, se clasifica en tres niveles: individual, familiar y social-histórico. El tiempo histórico se refiere a la influencia del contexto en la vida personal, lo cual es observable a través de las trayectorias de vida y en el vínculo

---

<sup>4</sup> El concepto de trayectoria, se refiere a un camino a lo largo de la vida, que puede cambiar en dirección, grado y proporción. Ver: Elder, G. (1991). Lives and social change. En Walter Heinz (ed.), *Theoretical Advances in Life Course Research. Status Passages and the Life Course vol. I*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag. Las trayectorias no tienen alguna secuencia ni velocidad en particular. Asimismo se encuentran referidas a varios ámbitos que son interdependientes. Ver: Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31. Recuperado de [http://www.alapop.org/alap/Revista/Articulos/RELAP8\\_1Blanco.pdf](http://www.alapop.org/alap/Revista/Articulos/RELAP8_1Blanco.pdf)



entre éstas, lo cual puede afectar a los miembros de una cohorte o de todas, o bien tener un efecto a largo plazo (Pérez, 2006, p.8)

El tiempo social, por su parte, se refiere a la coerción social, cuya finalidad es el mantenimiento del orden normativo de las transiciones, en lo referente al calendario y la secuencia de eventos (Tuiran, 1999), el cual implica diferencias de acuerdo con los atributos de individuos y grupos. El tiempo familiar, se refiere a la ocurrencia de eventos relacionados con la formación de familias (Ojeda, 1989).

Estas tres perspectivas del tiempo se encuentran en constante interacción, dando como resultado trayectorias diferenciadas acordes a las características en las que estas perspectivas del tiempo se presenten; es decir, del contexto sociohistórico, de la organización social reflejada en la organización familiar y de los atributos sociales.

## Salud Sexual y Reproductiva

Desde la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas celebrada en la ciudad del Cairo en 1994, la sexualidad se ha tratado de conformar como un derecho humano, ya que en dicho evento se establecieron los derechos reproductivos<sup>5</sup> como derechos humanos (Ramos, & Vásquez, 2003).

---

<sup>5</sup> Los Derechos Sexuales y Reproductivos se refieren al conjunto de garantías y obligaciones que tienen las personas sobre su sexualidad y capacidad reproductiva con la finalidad de una mejor calidad de vida, los cuales ese encuentran relacionados entre sí y son universales. Ver: De León, N. (2017). *Chilangas asesinas, nosotros sí respetamos la vida. Reformas sobre el aborto, matrimonio y familia* (Tesis inédita de licenciatura). Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, p. 146. Anteriormente a la formulación de los derechos sexuales y reproductivos, la “decisión libre y responsable acerca del número y espaciamento de los hijos que se desea tener fue declarado, por primera vez, un derecho humano en 1968, en el artículo 16 de la Proclamación de Teherán”. Ver: Salles, V. & Tuirán, R. (2001). *El discurso de la salud reproductiva: ¿Un nuevo dogma?. Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación*. México: El Colegio de México (Colmex),p.130

La definición de los derechos reproductivos comienza con la lucha feminista por el derecho al aborto y la anticoncepción en los países industrializados, como puede notarse con las tres demandas del proyecto de ley sobre maternidades voluntarias de la Coalición de Mujeres Feministas de 1976, Ver: De León, N. (2017). *Chilangas asesinas, nosotros sí respetamos la vida. Reformas sobre el aborto, matrimonio y familia* (Tesis inédita de licenciatura). Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, p. 59; cuyo discurso se enmarcó en la International Women’s Health Meeting llevada a cabo en Alemania en 1984. Ver: Salles, V. & Tuirán, R. (2001). *El discurso*

Desde esta perspectiva la sexualidad ha sido definida como “el estado de bienestar físico, mental y social de la persona para todo lo relativo al aparato genital y su funcionamiento[...]supone[...]la posibilidad de llevar una vida sexual satisfactoria y de procrear libremente con tanta frecuencia como la persona lo desee”. (Lassonde, 1997, p. 66).

Es por ello que el concepto de salud sexual y reproductiva trata de trascender la visión médica que se limita a consejos y cuidados relativos a la procreación y a las infecciones sexualmente transmitidas, al comprender las relaciones de poder que subyacen en las relaciones sexuales y privilegiar las elecciones individuales (Lassonde, 1997). De tal manera que uno de los aspectos centrales del enfoque de Salud Sexual y Reproductiva (SSR)<sup>6</sup> consiste en privilegiar la equidad de género como un principio básico y dominante (Lerner y Szasz, 2003).

---

*de la salud reproductiva: ¿Un nuevo dogma?. Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación.* México: El Colegio de México (Colmex), p.130.

La naturaleza de los derechos reproductivos es multidimensional, pues en ellos confluyen los derechos individuales (la decisión de tener un hijo, de cuándo tener un hijo, de regular la fecundidad y del tipo medio o anticonceptivo que se desea utilizar) y sociales al ser el estado quien garantice su ejercicio. Ver: *Ibíd.*

Estos derechos incluyen:

- Tomar decisiones reproductivas libres de discriminación, coerción y violencia
- Tener acceso a los niveles más altos de atención y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva
- Búsqueda, recepción y difusión de información relacionada con la sexualidad.
- Educación sexual
- Respeto a la integridad y disposición corporal como parte de la definición de la persona y de la ciudadanía
- Elegir pareja
- Decidir ser sexualmente activo o no
- Mantener relaciones consensuales
- Matrimonio consensuado
- Decidir cuándo y cuántos tener hijos de manera libre y responsable
- Disfrutar de manera segura una vida sexual plena.

Ver: Glasier, A., Gülmezoglu A., Schmid G., Garcia, C. & Van Look, P. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *The Lancet Sexual and Reproductive Health Series*, (1) Recuperado de [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet\\_1.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_1.pdf), p. 3.

De Barbieri, T. (1999). Cambios sociodemográficos, políticas de población y derechos reproductivos en México. En Ortíz-Ortega, A., *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), p.104; De Barbieri, T. (2000). Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos. *Revista Mexicana de Sociología*, 62(1), 45-59. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/3541178>.

<sup>6</sup> El contenido del concepto de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), se encuentra en las 11 necesidades intermedias de Doyal y Gough en tanto en ellas se considera el derecho de las personas a reproducirse de forma segura y sin riesgos, dejando implícito el hecho de obtener información confiable, asequible y veraz, tener acceso a servicios de anticoncepción y abortos seguros y de calidad. Ver: Aparicio, R. (2008). Necesidades no satisfechas de anticoncepción. En

Dentro de la salud sexual y reproductiva se incluye el uso informado y libre de métodos anticonceptivos, lo cual implica la posibilidad de acceder a ellos, a través de una educación sexual integral. Asimismo, se incorpora la posibilidad de prevenir etapas pre y postnatales seguras y saludables, así como prácticas de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (Rodríguez, 2009).

Al reconocer la diversidad de necesidades sexuales acordes a las distintas situaciones de mujeres y hombres, también se incluye la libertad de decisión de interrumpir el embarazo, en particular en situaciones de violencia y coerción, como parte del ejercicio a la autodeterminación en el comportamiento reproductivo. En ese mismo aspecto, también implica la libertad de disfrutar el cuerpo a través del erotismo, el goce y el bienestar (Lerner y Szasz, 2003). De manera que el concepto de salud sexual y reproductiva propone la disociación del ejercicio de la sexualidad con la reproducción y la protección de esta separación ante cualquier situación de coacción (Ramos, & Vásquez, 2003).

La Salud Sexual y Reproductiva implica observar la sexualidad de manera integral, vinculando las condiciones de vida, es decir, estableciendo una relación entre vida, equidad y bienestar sexual y reproductivo, ya que “la salud reproductiva no es únicamente la consecuencia de comportamientos individuales, sino sobre todo un resultado de las condiciones de nutrición y bienestar previas a etapa reproductiva, y del tipo de relaciones sociales en que ocurren los comportamientos” (Lerner, S, Quesnel A. & Yanes, 1994:313).

De esta manera la concepción de salud sexual y reproductiva pretende incidir en el comportamiento sexual libre e informado que oriente las decisiones reproductivas individuales, de pareja y sociales. (Villa, 2003).

## **Adolescencia y juventud**

El desarrollo humano se encuentra socialmente clasificado de acuerdo a edades sociales a los cuales se les atribuyen roles, expectativas, experiencias y actividades de acuerdo con prácticas y representaciones socialmente atribuidas,

---

Lerner, S. & Szasza, I. *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos Urbanos y Ambientales, p.220.

que implican e instituciones coercitivas que normalizan las conductas (Adaszko, 2005).

Dicha clasificación genera una construcción etaria arbitraria de carácter biológico y simbólico, que implica la conformación de relaciones sociales asimétricas, al considerar la valoración diferencial de atributos de cada una ellas.

Las edades sociales, así como sus atributos, al ser socialmente imputadas, poseen un carácter dinámico, por lo que sufren cambios históricos y establecen modificaciones en las relaciones sociales basadas en éstas y con ello, la posibilidad de transformar dichas clasificaciones una vez más de los conceptos empleados para referirse a cada una de las clasificaciones etarias poseen un carácter sociohistórico a las que corresponden ciertas relaciones sociales.

El concepto de adolescencia surge en el mundo occidental como resultado de los cambios que el proceso de modernidad estaba generando en el modo de producción y en las relaciones sociales que se establecían a través de ello, lo cual se traducía en la venta de la fuerza de trabajo y la demanda de su alta calificación. Lo anterior, ocasionó el retraso a la entrada inicial al mercado laboral de las personas a favor de una mayor acumulación de capital humano a través del ámbito educativo (Genolet, et al, 2004). La edad entonces, se convierte en un factor diferenciador de la experiencia social.

Partiendo de este contexto, se conceptualiza a la adolescencia como etapa del desarrollo humano intermedia entre la niñez y la adultez (Genolet, et. al, 2004), internacionalmente definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera el desarrollo psicosocial del individuo y variabilidad cultural, como el período que transcurre de los 10 a los 21 años, la cual se divide en: adolescencia primera o temprana de 10 a 13 años, adolescencia intermedia de 14 a 17 años y adolescencia tardía de 17 a 21 años (De Jesús, 2011).

Esta etapa del desarrollo humano está caracterizada por importantes cambios físicos, psicológicos y sociales, tales como: la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios, hasta la madurez sexual y reproductiva; cambios en los procesos psicológicos del individuo, las formas de identificación y la transición

desde un estado de dependencia socioeconómica total, a otro de relativa independencia (González, 1998).

La adolescencia es una etapa que se encuentra contenida en la juventud; sin embargo, esta última se define principalmente por su carácter social<sup>7</sup>, no solo como una categoría histórico social<sup>8</sup>, sino por su impacto en diversos ámbitos, incluyendo el político y el cultural, ya que implica una posición institucionalizada dentro del orden social que se distancia del resto por una percepción social de la distancia (psicológicamente incorporada) que la separa del resto de edades sociales, aunque sin olvidar la heterogeneidad social dentro de la clasificación etaria de “joven” relacionada con las características sociales y contextuales que reflejan la diversidad de hábitos de los jóvenes, en el aspecto de clase<sup>9</sup>, sexo<sup>10</sup>, generación<sup>11</sup>, zona o de espacio social y que “representan la internalización de la

---

<sup>7</sup> Estas características conforman la moratoria social, se refiere a la permisividad social de postergamiento de entrada a la adultez que se materializa con los signos sociales de la juventud, siendo este tipo de moratoria donde tienen lugar las diferencias al interior de la juventud. Ver: Margulis, Mario y Marcelo Urresti (1996). *La juventud es más que una palabra. ¡Error! Marcador no definido.* Recuperado de: [http://perio.unlp.edu.ar/teorias/index\\_archivos/margulis\\_la\\_juventud.pdf](http://perio.unlp.edu.ar/teorias/index_archivos/margulis_la_juventud.pdf) p. 5-6

<sup>8</sup> El concepto de juventud al ser una construcción social “cambia de forma y de contenido a través del tiempo y el espacio...sujeta a diferentes marcos de interpretación entre y dentro de las culturas de diferentes épocas históricas”. Ver: Urteaga, Maritza (2013). Género, clase y etnia. Los modos de ser joven. En Reguillo, Rossana (coord.). *Los jóvenes en México*. México: Fondo de Cultura Económica y CONACULTA, p.18.

<sup>9</sup> Son precisamente los jóvenes de sectores medios y altos los que poseen una mayor moratoria social a la entrada a la adultez, ya que tienen “oportunidad de estudiar, de postergar su ingreso a las responsabilidades de la vida adulta: se casan y tienen hijos más tardíamente, gozan de un período de menor exigencia, de un contexto social protector que hace posible la emisión, durante períodos más amplios, de los signos sociales de lo que generalmente se llama juventud”, dando lugar a lo que Margulis denomina jóvenes juveniles a diferencia de los jóvenes no juveniles pertenecientes a sectores populares que carecen de tal moratoria social y no portan los signos de la juventud cuya identificación con la juventud se da en la interacción con generaciones distintas en su cotidianeidad. Ver: Margulis, Mario y Marcelo Urresti (1996). *La juventud es más que una palabra. ¡Error! Marcador no definido.* Recuperado de: [http://perio.unlp.edu.ar/teorias/index\\_archivos/margulis\\_la\\_juventud.pdf](http://perio.unlp.edu.ar/teorias/index_archivos/margulis_la_juventud.pdf), p. 2,6, 9

<sup>10</sup> Margulis menciona que la juventud depende del género, ya que para las mujeres, biológica y socialmente poseen más restricciones en la delimitación de la juventud debido a la maternidad que los hombres. Ver: Margulis, Mario y Marcelo Urresti (1996). *La juventud es más que una palabra. ¡Error! Marcador no definido.* Recuperado de: [http://perio.unlp.edu.ar/teorias/index\\_archivos/margulis\\_la\\_juventud.pdf](http://perio.unlp.edu.ar/teorias/index_archivos/margulis_la_juventud.pdf), p.9

<sup>11</sup> De acuerdo a Margulis cada generación es semejante a una cultura diferente ya que comprende particulares códigos, modos de percibir y de apreciar, hábitos y destrezas, que se adquieren en la socialización y distancian a los miembros de diferentes generaciones, con ello cada generación posee parentesco en la cultura y en la historia. Ver: Margulis, Mario y Marcelo Urresti (1996). *La juventud es más que una palabra. ¡Error! Marcador no definido.* Recuperado de: [http://perio.unlp.edu.ar/teorias/index\\_archivos/margulis\\_la\\_juventud.pdf](http://perio.unlp.edu.ar/teorias/index_archivos/margulis_la_juventud.pdf), p.4,8

cultura de su tiempo y sector social y que suponen formas de percepción, de apreciación y valoración y disposiciones para las prácticas” (Margulis, 2003, p. 25). De esta manera las distintas formas de ser joven generadas por la incorporación del campo social se reproducen en la diversidad de prácticas, entre ellas, las sexuales, que expresan dicha heterogeneidad.

La juventud a diferencia de la adolescencia, no se encuentra delimitada por un rango etario universalmente consensuado debido a que está definida como una etapa en la que tienen lugar las transiciones a la adultez. Estos eventos o transiciones varían dependiendo del contexto histórico social, por tanto, es complicado definir a la juventud en un único grupo de edad para todas las poblaciones, es por esta razón que cada país considera a la población joven en distintos rangos etarios de acuerdo con el ritmo de transición a la adultez, aunque Naciones Unidas ha definido como población joven a aquella comprendida entre los 15 y 24 años de edad (Morlachetti, 2007).<sup>12</sup>

## **La sexualidad en los jóvenes como transgresión normativa**

El campo de la sexualidad es un espacio de intersección en el que confluyen una diversidad de relaciones sociales asimétricas expresadas en habitus diferenciados dependiendo de la posición en dichas relaciones, lo cual es expresado a través de prácticas sexuales diversas y por tanto de necesidades distintas, dependiendo de la edad, el sexo, la condición socioeconómica, étnica y la zona de residencia.

La diversidad de prácticas sexuales y necesidades anticonceptivas reflejan las diferentes expectativas sociales en el comportamiento sexual y reproductivo, así como un uso diferenciado de métodos anticonceptivos, privilegiando el uso de ciertos métodos en detrimento de otros. Tal es el caso de la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o bien, esterilización femenina, que algunas veces ha sido impuesto, por las instituciones de salud, a las mujeres de baja escolaridad y de a

---

<sup>12</sup> En este trabajo se considera como juventud al periodo que abarca de los 12 a 29 años, de acuerdo con el periodo que en México se considera que abarca la juventud, cuya finalidad es operativa en la formulación de políticas públicas. Ver: Dávila, Oscar (2004). Adolescencia y juventud de las nociones a los abordajes. *Última década*,(21),diciembre, p.90-91

estratos bajos (Oliva, 2002), inclusive a adolescentes y jóvenes, muchas de las cuales poseen baja paridad y es su primer método utilizado, dando como resultado “situaciones que ilustran la falta de libertad y de opiniones que enfrentan las mujeres al elegir el método” (Camarena &Lerner, 2008:203). Esta situación puede ser resultado de la confluencia de ciertos aspectos como

*la imposición de los servicios de salud para adoptar un cierto método, principalmente el DIU y la esterilización, independientemente de la edad y paridad de las mujeres, e incluso sin el consentimiento de ésta; b) las frágiles y adversas circunstancias en que se encuentran las mujeres que son inducidas a la esterilización inmediatamente después del parto o de una cesárea; c) la escasa variedad de métodos reversibles y seguros que están disponibles en las clínicas de salud, y d) la falta o limitación de información proporcionada por los médicos acerca de las características y efectos colaterales tanto del método adoptado como de los otros existentes. (Camarena &Lerner, 2008:203)*

Las condiciones señaladas se encuentran relacionadas con la dificultades de acceso geográfico, económico, cognitivo y psicológico (UFPA, 2006) al uso de los diversos métodos de anticonceptivos, lo cual se vincula con la facilidad o dificultad de uso desde diferentes aspectos, entre ellos los relacionados con el estigma social asociado con la práctica sexual temprana, principalmente cuando se trata de adolescentes y jóvenes, con baja escolaridad y en condiciones de pobreza (UNFPA, 2016).

Otros aspectos relacionados con una práctica sesgada de ciertos anticonceptivos durante la adolescencia y la juventud se encuentran en los motivos de no uso por parte de los usuarios, entre ellos, el temor a los efectos colaterales, la desaprobación de su uso por parte de la pareja o la comunidad (en el caso de las mujeres), la creencia de esterilidad, así como la ausencia temporal de la pareja (Camarena &Lerner, 2016).

En esta situación crítica puede notarse que la sexualidad de los jóvenes se observa desde el mundo adulto como una transgresión a la normatividad, debido a la concepción de que la sexualidad es un ámbito exclusivo para los adultos al relacionar la práctica de relaciones sexuales con la aptitud biológica y social correspondiente a la procreación y la formación familiar (Oficina Nacional de Estadística (ONE), 2008).

Esta perspectiva se funda en considerar a los adolescentes se encuentran en un estado de subordinación político social y excluidos del pacto social por el mundo adulto, por lo que no son sujetos de derechos y por tanto, carecen de ciudadanía, al naturalizarse en el orden social un trato desigual y de dominación hacia ellos, lo cual dificulta su visibilización como grupo heterogéneo (Menkes & Sosa, 2013).

Ejemplo de ello, es el actuar de algunas instituciones como la iglesia católica, la cual permea a otras, como el Estado, desde las cuales se sanciona la práctica de relaciones sexuales y solamente se promueven el uso de ciertos métodos anticonceptivos, como el ritmo y la abstinencia, dentro del matrimonio.

Por lo que al no reconocer a los adolescentes como sujeto de derechos sexuales, se genera una violación a los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, al dificultar la toma de decisiones autónomas sobre su sexualidad y reproducción ( Menkes & Sosa, 2013).



## Capítulo 2. Antecedentes

La preocupación por el comportamiento sexual y reproductivo se evidencia en los trabajos demográficos realizados para identificar la edad de inicio de las relaciones sexuales, así como el uso de métodos anticonceptivos y su relación con los niveles de fecundidad por grupo etario e incluso por cohorte, como lo hace Carole Brugueilles con la Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER 1998). En el análisis comparativo realizado por la autora entre cohortes de nacimiento (1936-1938, 1951-1953 y 1966-1968), se observa un inicio más temprano de la vida sexual en la cohorte más joven, cuya característica sobresaliente de trayectoria de vida se encuentra en la mayor separación de la secuencia de eventos que definen las transiciones a la adultez, como la postergación de la maternidad, una mayor separación de intervalos intergenésicos y aumento en la intensidad de uso de anticonceptivos después del primer hijo, respecto a la cohorte antigua e intermedia.

Esta situación hace referencia a la influencia del contexto sociohistórico en el curso de vida de los miembros pertenecientes a esta cohorte, ya que los resultados de esta investigación revelan un cambio en la relación entre el inicio sexual y la procreación que se distingue respecto a las cohortes de nacimiento más antiguas, lo cual se encuentra vinculado con diferencias en las características de los usuarios, así como del tipo de métodos utilizados por esta cohorte, en la cual predomina el uso del dispositivo intrauterino (DIU).

En el caso de la comparación de los hombres usuarios de anticonceptivos por cohorte, los resultados de Brugueilles (2004) indican que los métodos que predominan son los tradicionales sin variaciones entre cohorte de nacimiento, lo cual puede relacionarse con una explicación que trasciende a la influencia contextual.

El lugar de residencia es otro aspecto diferenciador mencionado por la autora en el uso de anticonceptivos, al observar diferencias entre cohortes de nacimiento. Los resultados indican que la utilización de métodos de anticoncepción es más frecuente y temprana entre mujeres urbanas respecto de las rurales.

Las diferencias intracohorte de nacimiento obedecen a diferentes causas para cada una de las cohortes, pues en la antigua se remiten a los factores educativos, en tanto que en la más reciente se relacionan con el calendario a la primera en unión.

La relación entre el uso de métodos anticonceptivos con otras transiciones, principalmente las vinculadas con la formación de familia, también ha sido abordada por Brugeilles (2004), en cuyos resultados se observan diferencias entre cohorte. La generación más antigua posee un patrón tradicional: unión-primer hijo, en tanto que la cohorte intermedia se presenta la secuencia unión-primer hijo- uso de anticonceptivos y en la cohorte joven el orden de los eventos es: unión-uso de anticonceptivos.

Otros estudios, como el realizado por Quilodrán (1990) y Mejía (2002), reafirman la normatividad de la secuencia unión- primer hijo, así como la cercanía entre ambos eventos, es decir, entre la práctica sexual y la procreación, también revelan un cambio de patrón en el que se desliga la unión, práctica legal de la sexualidad, con la procreación.

Estos estudios han arrojado trayectorias diferenciadas por sexo, ya que en el caso de los hombres suele haber un intervalo mayor en la secuencia de eventos, lo cual se relaciona con la desvinculación del ejercicio de las prácticas sexuales y la procreación, a diferencia de lo que ocurre con las mujeres, quienes suelen reproducir con mayor frecuencia el patrón tradicional entre el ejercicio de la sexualidad y el inicio de la procreación, ligado a la unión.

En el caso de las mujeres también suelen observarse diferencias temporales en la secuencia de los eventos, en relación con la vida sexual y reproductiva. Este aspecto es abordado por Solís, Gayet y Juárez (2008) a través del estudio comparativo de las trayectorias de vida por cohorte, estratificación social, lugar de residencia y escolaridad de mujeres nacidas entre 1951 y 1975, con el objeto de observar cambios respecto a las transiciones al inicio de la vida sexual, unión y trayectoria reproductiva, teniendo como resultado el retraso de estas transiciones en las mujeres más escolarizadas.

Al respecto Tuirán (2002) también ha realizado trabajo comparativo en el curso de vida de mujeres, con la finalidad de observar el impacto de la transición demográfica sobre ellos. En este trabajo, aborda aspectos como la diferenciación de cursos de vida relacionados con la pobreza, teniendo en cuenta que ésta es un factor que retrasa la transición demográfica y persiste en la población a través de la transmisión intergeneracional.

Entre los resultados que arroja esta investigación se encuentra que las mujeres en una mayor proporción siguen un patrón normativo tradicional, es decir, casarse, tener hijos y seguir en unión a los 50 años (Tuirán, 2002). Asimismo, en este trabajo se observa que el matrimonio es una institución casi universal y tiene una mayor cobertura en las mujeres pobres que en aquellas que no lo son, asimismo son las mujeres pobres las que menos se dedican a realizar el rol de hijas con responsabilidades a diferencia de las no pobres.

Otro de los trabajos que compara trayectorias de mujeres es realizado por Lerner, Quesnel y Yanes (1994), quien toma como referencia la diversidad de trayectorias de mujeres rurales con la finalidad de analizar la interacción entre agentes de salud y las mujeres. En este trabajo, se clasifican las trayectorias de acuerdo con el momento de uso de métodos anticonceptivos durante su etapa reproductiva. De esta manera, la trayectoria “tradicional” se refiere a las mujeres que nunca usaron anticonceptivos, o bien que utilizaron métodos tradicionales; la trayectoria moderna “continua” representa las mujeres que antes del nacimiento de alguno de sus hijos utilizaron anticonceptivos sin interrupciones; la trayectoria moderna “irregular”, es seguida por mujeres que han regulado su fecundidad antes del cuarto hijo; y las mujeres de trayectoria moderna “tardía”, en la cual se encuentran mujeres que regulan su fecundidad de manera definitiva después del cuarto hijo (Lerner et al., 1994).

A cada una de estas trayectorias le corresponde una cierta caracterización de mujeres que las conforman y una determinada relación con las instituciones de salud. En el caso de la trayectoria tradicional, las mujeres cuentan con baja escolaridad, se dedican a labores domésticas, su proyecto de vida es el

matrimonio y no presentan alguna oferta de planificación familiar moderna e institucionalizada (Lerner et al., 1994).

Las mujeres de la trayectoria moderna continua la conforman quienes tienen experiencia laboral, un tamaño de familia menor al resto de las mujeres de las demás trayectorias, caracterizadas por una transacción positiva con agentes de salud, observada en la atención materno-infantil como en la práctica anticonceptiva, la cual es intensa y temprana, incluso antes de la unión.

Las mujeres de la trayectoria moderna irregular poseen experiencia laboral, con ideales de familia pequeña, cuya primera práctica anticonceptiva es temprana con la intención de espaciar o limitar su descendencia, por lo que existe una mayor cercanía con las instituciones de salud.

La trayectoria moderna tardía, se conforma por mujeres con baja escolaridad, que desempeñan labores domésticas y que escasamente acuden a atención médica prenatal, cuyo inicio de la práctica anticonceptiva coincide con su deseo de limitar su descendencia, por lo que se caracterizan por su distanciamiento de las instituciones de salud (Lerner et al., 1994).

Otros estudios se han centrado en los cambios en el calendario de inicio de las relaciones sexuales, como el realizado por De Jesús (2014) con base en encuestas transversales de salud en los últimos 40 años. Sus resultados, (a diferencia de la tendencia que revelaba la EDER 1998 respecto al inicio temprano de la vida sexual), muestran que se ha retrasado el calendario de la edad de inicio de la actividad sexual, en tanto que la intensidad en el uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado más lentamente (De Jesús, 2014).

No obstante, al comparar encuestas recientes se observa un inicio de la vida sexual más temprano, tal como en el trabajo que realizan Allen et. Al (2013) respecto a un estudio comparativo del comportamiento sexual de la población femenina con base en los datos de la Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 y 2012.

El comportamiento sexual y reproductivo de una población se experimenta de forma diferenciada de acuerdo a la heterogeneidad de ésta, tal como se observa en los resultados del trabajo de Szasz (2008) acerca de la influencia de las

relaciones de género y de la desigualdad socioeconómica en la actividad sexual, utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (Ensare) 1998.

El trabajo sugiere que existen trayectorias sexuales semejantes en los niveles socioeconómicos medio y alto caracterizados por la escisión entre sexualidad y procreación, diferenciándose de esta manera, con las trayectorias sexuales correspondientes al bajo y muy bajo, las cuales se relacionan con patrones tradicionales en la sexualidad y la procreación.

Según Szasz (2008), las diferencias por estrato, de acuerdo a este estudio, tienen un impacto mayor que las correspondientes al sexo, ya que el comportamiento sexual y reproductivo de hombres y mujeres se asemeja por nivel socioeconómico, lo cual puede traducirse en un uso diferenciado de métodos anticonceptivos por nivel socioeconómico.

En el trabajo de Gómez de León y Hernández (2002), se observa el uso diferenciado de métodos anticonceptivos de residentes en áreas rurales de México en situación de pobreza extrema. En él se expone la necesidad insatisfecha de anticoncepción y la práctica anticonceptiva tardía, con el objetivo de limitar su descendencia, la cual es explicada por los autores como resultado de la falta de comunicación de información y difusión en materia de anticonceptiva.

Otro de los trabajos que también expone diferencias reproductivas y prácticas anticonceptivas de mujeres de acuerdo con la estratificación social es el realizado por Bronfman, López y Tuirán (1986), al observar dicho comportamiento por clase social. Se observa la diferenciación de la práctica anticonceptiva por clase social, pues “mientras que la burguesía, las dos fracciones de la pequeña burguesía y el proletariado típico en establecimientos mayores muestran niveles de uso superiores a 60%, en el resto de las clases no agrícolas las proporciones varían entre 49 y 56 por ciento “(Bronfman et al, 1986 :177) .

Asimismo, los autores reportan que las diferencias de clase se profundizaron en el rango etario de los 25 a 34 años. También se observan diferencias respecto al uso de métodos anticonceptivos por edad, ya que en edades jóvenes predomina el uso de pastillas, seguido del DIU, inyecciones y mientras aumenta la edad de la

OTB, principalmente después de los treinta años de edad (Bronfman et al., 1986). Por clase social esta tendencia es seguida en cuanto a la utilización de la píldora, DIU e inyecciones, siendo la esterilización en el grupo de edad 20 a 24 años, en las que se observan diferencias en los grupos denominados “fuerza de trabajo ‘libre’ no asalariada”, esta tendencia es menos marcada en el grupo 25 -29 años, donde la esterilización comienza a aumentar en grupos como la nueva pequeña burguesía, la fuerza de trabajo “libre” no asalariada, el proletariado típico en establecimientos mayores, el proletario no típico en tareas manuales y el proletariado agrícola (Bronfman et al., 1986).

Entre los trabajos que incorporan estratificación social, también se encuentra el realizado por Bronfman (1986), Juárez, Palma, Singh y Bankole (2010), y Quilodrán (1991), en el cual dan cuenta de la diversidad de comportamientos sexuales y reproductivos por sector socioeconómico, ya que en sus resultados reportan diferencias entre sectores en la edad a la primera unión, la primera relación sexual y el primer hijo al comparar el sector medio con el agrícola, presentándose un retraso del sector medio al comparar el momento de ocurrencia de este evento en la segunda década de la vida.

Entre los trabajos que abordan la diferenciación de métodos anticonceptivos dada la diversidad de características de las usuarias es el realizado por Casique (2003), en cuanto aborda el uso de anticonceptivos en mujeres, dado su empoderamiento, el cual observa a través de su poder de decisión y autonomía, tomando como referencia la Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995. La autora observa el aumento en el uso de anticonceptivos conforme aumenta el nivel educativo de la mujer y su pareja.

Asimismo, la autora encuentra que la edad tiene un efecto significativo cuando se trata de mujeres menores de 25 años, las cuales tendrían “una razón de probabilidad de usar anticonceptivos 33 por ciento menor a la correspondiente a mujeres entre 25 y 34 años de edad (categoría de referencia)” (Casique, 2003:222). El riesgo de utilizar algún anticonceptivo aumenta conforme lo hace los años de unión, incrementándose 3 veces por cada año. De igual manera el uso se incrementa cuando la pareja está de acuerdo en ello, efecto que incluso es mayor

que el aumento observado con los indicadores de empoderamiento, autonomía y poder de decisión, los cuales tienen un mayor efecto cuando no hay acuerdo con el esposo (Casique, 2003:222).

## Capítulo 3. Contexto Histórico

El cambio en los niveles de la fecundidad ha sido clave en las transformaciones en la estructura poblacional a lo largo del siglo XX y parte del XXI (Tuirán, 2002). Como consecuencia de las transformaciones en el comportamiento sexual y reproductivo durante este periodo. Lo anterior, ha sido resultado de los cambios sociales, económicos y políticos, tales como el aumento de la escolaridad de la mujer, la incorporación a la fuerza de trabajo, incremento en sus niveles de autonomía y de poder de decisión (Juárez, 2002).

La práctica sexual se ha ligado a la reproducción en buena parte de la historia debido a su relación estrecha, la cual comienza a desvincularse en la modernidad como consecuencia del proceso de secularización y por tanto, el control sobre la naturaleza acompañado de la racionalidad de la acción.

En el siglo XIX, comienzan a observarse transformaciones en la conducta reproductiva como parte de los cambios demográficos que forman parte de la Transición Demográfica (TD), por lo que se relaciona con otros aspectos sociales que forman parte del desarrollo de las sociedades modernas (Patarra, 1973).

Esta relación se afianza en el siglo XX, lo cual es perceptible en el aspecto político, social, económico, científico e intelectual. Al respecto, el avance científico y tecnológico es incorporado al mejoramiento y desarrollo de métodos modernos de limitación de fecundidad.

En el aspecto intelectual, convergen las preocupaciones políticas, sociales y económicas del siglo XX, las cuales son una revisitación de las ideas malthusianas sobre las consecuencias negativas de sobrepoblación, las cuales dan forma a la TD y a su relación con la explicación de la desigualdad socioeconómica internacional (Patarra, 1973).

Los métodos anticonceptivos en la segunda mitad del siglo XX logran una gran difusión y cobertura en la población, aunque no total, debido a que su uso se encuentra mediado por filtros, como el sexo, la edad, el origen étnico, el sector socioeconómico de pertenencia, el nivel educativo, la condición laboral y el lugar de residencia, las cuales al ser características relacionales son propensas a crear asimetrías sociales en las relaciones que se establecen a través de ellas,



reflejando así, el uso diferenciado de métodos anticonceptivos de acuerdo con la posición de los sujetos en dichas relaciones.

No obstante, la ampliación de la cobertura en el uso de anticonceptivos forma parte de las metas programáticas de control de fecundidad desde las primeras medidas de planificación familiar en México (Lerner & Szasz, 2003), cuya finalidad era la reducción del crecimiento población a través de la disminución de las tasas de fecundidad, hasta aquellas medidas creadas desde la salud sexual y reproductiva.<sup>13</sup>

## **Política de población nacional**

El control de la fecundidad ha transitado por perspectivas opuestas sobre su finalidad, entre las que se encuentran el descenso imperativo de la fecundidad, como parte de la política estatal, con el propósito de frenar el crecimiento poblacional, como parte de la sustentabilidad económica del país, y otra perspectiva, se ha caracterizado por el reconocimiento de la diversidad de necesidades e intereses en el control de la fecundidad por parte de la población, al reconocerse el derecho a la salud sexual y reproductiva.

Ambas perspectivas, forman parte de la transición demográfica, sin embargo corresponden a contextos sociohistóricos distintos acordes con el desarrollo de ésta, cuyo impacto en la estructura poblacional es evidente en los países en los cuales se han llevado a cabo, donde el caso de México no es la excepción.

A lo largo del siglo XIX la política que reguló aspectos poblacionales en México se basó en una visión moderna acerca de la constitución de un Estado nacional basado en su cantidad de población (Leñero, 1979).

---

<sup>13</sup> Los objetivos de las metas programáticas de planificación familiar si bien se orientan al control de la fecundidad de la población, no consideran los diversos intereses de ésta, al ser considerada como una masa homogénea. A partir de la creación del concepto de salud sexual y reproductiva en los años noventa, los programas que contemplan la anticoncepción lo hacen desde la perspectiva de derechos humanos, por tanto, consideran la diversidad de la población como parte de sus medidas.

La política de población se caracterizaba por alentar la inmigración, principalmente europea (Leñero, 1979). Esta misma línea se siguió después de la revolución mexicana mediante la Ley General de Población de 1936 y se reforzó a través de diversas medidas, entre ellas la reforma agraria, la cual impulsaba la distribución de la población por el territorio nacional. Algunas otras políticas alentaban la ausencia de uso de métodos anticonceptivos y con ello la formación de familias numerosas. Esta misma línea fue seguida por los programas de salud pública de la época, que impulsaban el descenso de la mortalidad y el incremento de la esperanza de vida. Es por ello, que el periodo comprendido entre los treinta y sesenta en México es considerado como *pronatalista* (Leñero, 1979), lo cual coincidió con el aumento de la fecundidad.

La política de población, en este contexto, reflejaba el seguimiento de un patrón de fecundidad de tipo natural que se caracterizó por descendencias finales numerosas y ausencia de control natal a través de métodos modernos de anticoncepción. Esta tendencia era impulsada por el seguimiento de un patrón universal y estable de nupcialidad temprano en las mujeres (antes de los veinte años), a lo largo del tiempo. Dicho patrón de comportamiento influyó para que durante los años cincuenta y sesenta aumentaran los niveles de nupcialidad y de fecundidad en el país (Zavala, 2001).

No obstante, el comportamiento reproductivo y de formación de familias no era homogéneo entre la población. Las mujeres pertenecientes a las cohortes de nacimiento entre 1942 y 1947 cambiaron sus patrones, pues se unieron después de los veinte años, siguieron un patrón de nupcialidad homogámico y cambiaron su comportamiento reproductivo, debido a que éstas poseían una serie de características que les aportaron empoderamiento y les otorgan facilidad para desarrollar una conciencia reflexiva acerca de los riesgos de tener una descendencia numerosa. Las características que poseían estas mujeres era tener un nivel educativo más elevado que el resto de sus contemporáneas, pertenecer a un nivel socioeconómico medio o alto, experiencia laboral anterior a la ocurrencia del matrimonio (Quilodrán & Juárez, 2009).

Estas particularidades las predisponían a una resistencia menor para el uso de métodos anticonceptivos que otras mujeres sin estas características. El tipo de métodos utilizados por ellas principalmente era tradicional debido a las limitaciones tecnológicas del contexto (Juárez & Valencia, 2010).

El cambio en los patrones reproductivos por parte de estas mujeres hace que se les denomine como las pioneras, al ser la primera vez que se observa un tipo de comportamiento reproductivo alternativo a la normativa poblacional mexicana. Cabe señalar que no se trata de un comportamiento excepcional en la historia de la población en México, pero lo es en el caso de su observación y análisis.

Este tipo de comportamiento se comienza a generalizar a partir de 1965, cuando se observa una pequeña disminución del nivel de fecundidad (Quilodrán & Juárez, 2009). No obstante, éste tiene su antecedente en la población femenina nacida en el periodo que va de 1927 a 1941, la cual comparte las mismas características que las pioneras, nivel educativo alto e inserción al mercado laboral, dando como resultado el postergamiento de su nupcialidad y descendencia respecto a la de sus contemporáneas.

Las características de estas mujeres se intensifican en las pioneras, lo cual se observa en la reducción del periodo de exposición al riesgo de embarazo al ser menor el tiempo matrimonial, de manera que la probabilidad de tener más de tres hijos se reduce (Zavala, 2001).

Las transformaciones en los patrones reproductivos, como todo tipo de comportamiento demográfico, son una combinación de cambios estructurales que se reflejan en las transiciones y trayectorias de vida, en este caso de las mujeres de la primera mitad del siglo XX.

Dichos cambios tienen una fuerte incidencia en la condición femenina, ya que es a través de ellos por los que se generan una preferencia de patrones familiares distintos a los tradicionales, por lo cual relacionan el comportamiento del modelo clásico de transición con un periodo sociohistórico específico. Es precisamente en dicho período cuando confluyen los cambios macrosociales con el desarrollo instrumental, es decir, institucional de México, momento en el

que se tenía estabilidad política, económica y social como resultado del modelo de crecimiento económico hacia adentro (Leñero, 1979).

El cambio de patrones reproductivos se presentó en un momento en el que las condiciones eran propicias y fueron catalizadas por las reformas en la política de población que tuvieron lugar durante los años setenta.

Las reformas a la Ley General de Población se basaron en las posturas neomaltusianas recuperadas desde los cincuenta por desde la demografía y la economía. Esta perspectiva considera que el crecimiento poblacional es un obstáculo para el crecimiento económico, como una manera de explicar las diferencias transicionales internacionales (Thompson, 1929).

Esta base teórica de la política de población fue retomada de la presión internacional acerca de la relación población-desarrollo, expresada en las conferencias mundiales de población llevadas a cabo por las Naciones Unidas llevadas a cabo en: Roma (1954), Belgrado (1965) y Bucarest (1974) (Lerner & Szazs, 2003).

En ellas, principalmente en el caso de la conferencia de Belgrado, se hace expresa la necesidad del control de la fecundidad como una medida de limitación del crecimiento de la población y por tanto, de alcanzar el desarrollo económico (Lerner & Szazs, 2003), principalmente en el caso de los países en vías de desarrollo. Se argumentaba los efectos negativos del crecimiento de la población en el plano económico y social, la brecha con los países desarrollados, la defensa de sus propios intereses geopolíticos y en el desarrollo de anticonceptivos efectivos por parte de la biomedicina (Lerner & Szazs, 2003).

De esta manera, la influencia internacional generó conciencia acerca de los problemas que se consideraba, se desprendían del crecimiento poblacional, dando como resultado que el gobierno federal elaborara una serie de programas que garantizaran la cobertura y acceso de la población unida y en edad reproductiva a los métodos anticonceptivos modernos.

## Inicio de los programas de planificación familiar en los años setenta

En el periodo 1969-1970 se llevó a cabo el programa de planificación familiar postaborto y postparto, además de la elaboración del de planificación familiar como parte de la atención de salud materno-infantil. En el periodo siguiente, 1972-1974, se reforma el artículo 4º constitucional<sup>14</sup> y la Ley General de Población, con el objetivo de controlar la fecundidad, empleando el concepto de planificación familiar y expandiendo los servicios a nivel nacional. Asimismo, se creó el Consejo Nacional de Población (Conapo)<sup>15</sup>. Posteriormente, en el periodo 1974-1975, se crean campañas de difusión de los programas anteriores en las zonas rurales. (Otero, 1979), mientras que en 1977 se pone en marcha el Programa Nacional de Planificación Familiar.

La política de planificación familiar se sostenía sobre dos posturas: la prioridad demográfica y la prioridad médica. La primera, consistía en aminorar el crecimiento de población, mientras que la segunda se refería al aumento en la tasa de cobertura de métodos anticonceptivos modernos no reversibles (Lerner & Szasz, 2003).

La finalidad de dicha política se centraba en la instauración de un nuevo patrón de fecundidad caracterizado por un calendario tardío a la primera unión, un reducido número de hijos, ampliación del período entre la unión y el primer hijo, así como de los intervalos intergenésicos (Jiménez, 1992).

---

<sup>14</sup> El Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos estipula que la planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Ver: Secretaría de Salud (2014). *Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018*. Recuperado de: <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>

<sup>15</sup> Esta institución fue la encargada de emprender programas de educación sexual obligatoria en todas las escuelas como parte de la educación laica<sup>15</sup>. Ver: Collignon, María & Zeyda Rodríguez (2013). Afectividad y sexualidad entre los jóvenes. Tres escenarios para la experiencia íntima en el siglo XX. En Reguillo, Rossana (coord.). *Los jóvenes en México*. México: Fondo de Cultura Económica y CONACULTA. p.288. No obstante este avance, la educación se otorgaba de forma separada por sexos y en las mujeres se proporcionaba una educación que enaltecía la abstinencia. Ver: Ver: Collignon, María & Zeyda Rodríguez (2013). Afectividad y sexualidad entre los jóvenes. Tres escenarios para la experiencia íntima en el siglo XX. En Reguillo, Rossana (coord.). *Los jóvenes en México*. México: Fondo de Cultura Económica y CONACULTA. p.282.

Para alcanzar este objetivo, la política de planificación familiar privilegió el uso de métodos anticonceptivos definitivos sobre los demás, por lo que la utilización de la esterilización femenina y el DIU estuvieron mayormente difundidas por las instituciones de salud públicas (Camarena & Lerner, 2008), como se puede notar en el caso de las mujeres nacidas en la década de los cincuenta que fueron las más afectadas por el proceso de medicalización radical de la procreación (Lerner & Quenel, 2002).

Entre los factores que favorecieron el acceso y difusión de los anticonceptivos se encuentra el desarrollo tecnológico (De Barbieri, 1999), el aumento del nivel de escolaridad y los cambios culturales que tuvieron lugar en esta época, relacionados con el reconocimiento de los jóvenes como actores sociales, la secularización de la sociedad, la revolución sexual<sup>16</sup> y la difusión del feminismo (Collignon, 2013), ya que permitieron las condiciones para que los tres factores de Coale (1977) tuvieran lugar.

El panorama mexicano antes y durante la década de los setenta se caracterizó por una polarización de posturas ante la política de población, las cuales estaban conformadas por fuerzas políticas cuya postura explícita se encontraba a favor del control de la fecundidad y en contra de ella (Leñero, 1979).

En el primer grupo se encuentran: corrientes ideológicas liberales y oficiales; políticos de nivel superior: grupos religiosos, de tipo progresista y liberal; especialistas, investigadores y científicos; personal médico y paramédico en servicios públicos; instituciones privadas de población; organismos gubernamentales abocados a los programas de población; partido oficial y sus grupos afines; población urbana de clase media o proletaria; el Movimiento Liberal Feminista y Agencias Especializadas y de Orientación Americana (Leñero, 1979).

Por otro lado se encontraban las fuerzas de oposición, conformadas por: corrientes ideológicas radicales, de izquierda o conservadoras; políticos de alto

---

<sup>16</sup> Aunque cabe considerar que no todos vivieron la revolución sexual de manera completa, homogénea y simultánea, incluso entre la población joven. Ver: Collignon, María & Rodríguez Zeyda (2013). Afectividad y sexualidad entre los jóvenes. Tres escenarios para la experiencia íntima en el siglo XX. En Reguillo, Rossana (coord.). *Los jóvenes en México*. México: Fondo de Cultura Económica y CONACULTA, p.290

nivel de oposición; la jerarquía eclesiástica y sectores religiosos tradicionales<sup>17</sup>; intelectuales e ideólogos de sectores universitarios radicales y médicos privados no afines a los programas públicos; instituciones de investigación social no afines; organismos gubernamentales no abocados a estos programas y partidos políticos de oposición (Leñero, 1979). Su postura estaba basada en motivos políticos, académicos, conservadores e intelectuales pronatalistas.

Resulta interesante la posición de la izquierda respecto al control de la fecundidad, ya que se basada en considerar a la política de planificación familiar como un sucedáneo ante la necesidad de cambios estructurales (De Barbieri, 1999).

También se encontraron resistencias de tipo cultural relacionados con la moralidad y la salud física, en específico de la mujer, que en su conjunto forman la base ideológica en la que se cimienta el tabú de la sexualidad para el segmento de la población que no posee alguna instrucción o tiene niveles bajos de escolaridad y por tanto, conforman el material simbólico en el que se sustenta el comportamiento tradicional en materia de reproducción humana (Leñero, 1979).

Estas posturas, se basan en la sanción social como aspecto prohibitivo de la incorporación de un patrón de fecundidad distinto al normativo o tradicional, al ir en contra del modelo de familia extensa que imperaba en el ideario, íntimamente relacionado con la división del trabajo sexual respecto a la labor reproductora de la mujer. La sanción social se acompaña de un temor hacia los efectos secundarios que pueden tener en la salud el uso de anticonceptivos para la mujer, entre ellos: "...el temor a la suspensión de la menstruación....tumores en la cabeza, en la matriz y en otras partes del cuerpo" (Leñero, 1979:215).

---

<sup>17</sup> De acuerdo a estos sectores de la iglesia "El matrimonio es el único lugar permitido para tener relaciones sexuales, solo permitidas en ese contexto con el fin de procrear...Debido a que las relaciones sexuales se practican para procrear es injustificable el uso de anticonceptivos porque marginaría a las relaciones sexuales al puro placer y no para lo que fueron instituidas ...la única opción presentada por la jerarquía es la implementación de los anticonceptivos naturales para el espaciamiento de los hijos y la abstinencia periódica" Ver: De León, N. (2017). *Chilangas asesinas, nosotros sí respetamos la vida. Reformas sobre el aborto, matrimonio y familia* (Tesis inédita de licenciatura). Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, p. 115. La autorización para la implementación del método del ritmo ocurrió en 1951 por Pío XI, en tanto que en 1968 se prohibió el uso de métodos anticonceptivos modernos por parte de Pablo VI en la encíclica *Humanae Vitae*. Ver: *Ibidem*, p.114.

A pesar de las fuerzas opositoras al Programa de Planificación Familiar y del tabú de la sexualidad, el número de mujeres usuarias de anticonceptivos tuvo una tendencia al crecimiento constante y a un ritmo acelerado, pues en 1973 había 900 mil, más de un millón en 1976 y 5.5 millones en 1983 (De Jesús, 2014). Dicho aumento se acompañó de un descenso rápido de la fecundidad, principalmente de las mujeres mayores de 35 años, quienes utilizaban la píldora como método anticonceptivo durante esta década (Zavala, 2001).

La fase de descenso rápido se produce justo después de la ejecución del Programa de Planificación Familiar en 1977 y se extiende hacia 1982. Este periodo coincide con el aumento en la proporción de mujeres unidas que utilizan anticonceptivos, el cual pasó del 30.2 a 47.7 por ciento, observándose un mayor aumento en la población con baja escolaridad. Mientras que la fase de descenso lento comprende el periodo entre 1983-1989, debido al menor cambio en la fecundidad en las edades jóvenes<sup>18</sup>.

Hacia finales de los setenta y durante los ochenta se continuó impulsando la cobertura, la difusión y el acceso a los métodos anticonceptivos por parte de los programas gubernamentales de salud, con la finalidad de reducir el crecimiento poblacional (Welti, 2014).

### **Conservación de los programas de planificación familiar en los años ochenta.**

Durante los años ochenta se siguieron impulsando medidas de control de la fecundidad a nivel internacional a través de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1986 y la Segunda Conferencia Internacional sobre Población en 1984 (Lerner & Szasz, 2003). En el contexto nacional también continuó esta tendencia a través del Programa de Planificación Familiar, centrado en los puntos

---

<sup>18</sup> A pesar de que en el periodo de 1976 a 1987 el porcentaje de mujeres jóvenes usuarias de un método anticonceptivo aumentara de 30 a 52.7%. Ver: Collignon, M. & Rodríguez Z. (2013). Afectividad y sexualidad entre los jóvenes. Tres escenarios para la experiencia íntima en el siglo XX. En Reguillo, R. (coord.). *Los jóvenes en México*. México: Fondo de Cultura Económica y CONACULTA, p.266



concernientes a la promoción de la anticoncepción post-evento obstétrico, principalmente en grupos vulnerables (Lerner & Szasz, 2003).

Dichas medidas se vieron reforzadas por las características del contexto sociohistórico, es decir, la inestabilidad política y económica que resultara del agotamiento del modelo que imperó en los últimos cuarenta años, siendo los jóvenes uno de los sectores más afectados desde este momento hasta nuestros días en el ejercicio del derecho al trabajo, seguridad social, salud, alimentación, educación y vivienda, y el acceso a bienes, ya que éstos se han precarizado e informalizado (Collingnon & Rodríguez, 2013).

Dichas transformaciones reforzaron el ideal de limitación familiar. Desde la perspectiva de Merton (1964) se le puede considerar a estas transformaciones como la consecuencias no deseadas de las acciones sociales, o bien, puede le puede identificar como *maltusianismo de pobreza*, caracterizado por el hecho de que "...los hijos se perciben como origen de importantes gastos familiares y educativos, y de tiempo, ya que se relacionan con el costo de oportunidad para las mujeres que trabajan lo cual se relaciona con la postergación de la maternidad y con una menor descendencia" (Zavala, 2001: 164). De esta manera coincide la reducción de la demanda de hijos con el aumento de la demanda de anticonceptivos (Kothari & Krishnaswamy, 2002).

De acuerdo con la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) de 1987, el porcentaje de usuarias de anticonceptivos fue del 38.8; de ellas, el 31.7 utilizó métodos modernos para limitar nacimientos, siendo los más utilizados la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) y el Dispositivo Intrauterino (DIU). Para espaciar los nacimientos, tan solo el 0.3 por ciento de las usuarias declaró haber usado algún métodos (Zavala, 2001).

### **Surgimiento de los programas de salud sexual y reproductiva en los años noventa**

En la década de los noventa se llevó a cabo una serie de programas para dar seguimiento a la planificación familiar, como el Programa Mujer, Salud y

Desarrollo en México de 1990 (Peimbert, A., 2008), y programas desarrollados para poblaciones específicas, como en el caso de los adolescentes con el Programa de Atención a la Salud Integral en Adolescentes de 1993.

En este periodo, también se creó la Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, cuyo objetivo es uniformar principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar públicos y privados a nivel nacional (Secretaría de Salud, 2014).

Otra de las medidas gubernamentales tomadas fue el diseño de servicios de atención especializada llamados “Módulos Amigables”<sup>19</sup> en 1994, cuyo objetivo era brindar información sobre planificación familiar, prevención de infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados y atención a adolescentes embarazadas.

Sin embargo, fue la incorporación de México en la Declaración de la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo de 1994, la que generó un cambio en la perspectiva del control de la fecundidad, tanto a nivel teórico como en la práctica.

La Tercera Conferencia Internacional sobre Población, Crecimiento Económico Sostenido y Desarrollo Sustentable, tuvo lugar en 1994 en El Cairo (Lerner & Szasz, 2003). En ella se estableció un programa de acción para 20 años (1995-2015), el cual trataba de dar un cambio al tipo de enfoque demográfico que caracterizaba a las políticas que se habían desarrollado desde 1974. Para ello se proponía que las nuevas iniciativas se sustentaran en los derechos reproductivos<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> Los servicios amigables se refieren a que “los prestadores de servicios de salud en la mayoría de los casos...[se trata] de gente joven con el fin de resolver dudas a las y los jóvenes que acuden, a cerca de su salud sexual y reproductiva, se busca un trabajo de pares, para lograr crear un ambiente de confianza y confidencialidad sin necesidad de padres o tutores”. Ver: De León, N. (2017). *Chilangas asesinas, nosotros sí respetamos la vida. Reformas sobre el aborto, matrimonio y familia* (Tesis inédita de licenciatura). Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, p. 70.

<sup>20</sup> Este cambio fue de gran relevancia en un contexto en el que las relaciones sexuales se vinculaban con la muerte y se volvía a los discursos conservadores sobre la sexualidad. Ver: Collignon, María y Rodríguez Zeyda (2013). Afectividad y sexualidad entre los jóvenes. Tres escenarios para la experiencia íntima en el siglo XX. En Reguillo, Rossana (coord.). *Los jóvenes en México*. México: Fondo de Cultura Económica y CONACULTA, p.297

Esta premisa, dio como resultado la elaboración del concepto de salud sexual y reproductiva, así como su incorporación a las políticas públicas de control de fecundidad (Peimbert, 2008) y su integración programática y en servicios con la sexualidad y el género, como parte de la complementación de las dimensiones pertenecientes a la salud sexual y reproductiva tanto a nivel teórico como práctico.

Las propuestas de la Conferencia de El Cairo se fortalecieron con los eventos internacionales posteriores, como la Conferencia Internacional sobre la Mujer en Beijín de 1995 y el reconocimiento del concepto de Salud Sexual y Reproductiva por parte de organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas (ONU)<sup>21</sup>.

Este cambio de enfoque en la política de planificación familiar resultó de gran relevancia debido a las debilidades del anterior, entre las que se señalan la diversidad de necesidades de los usuarios, informar y atender los efectos secundarios de los anticonceptivos, la existencia de una visión patriarcal de ésta política, la exclusión de grupos de población, la limitada gama de métodos anticonceptivos reversibles ofrecidos a los usuarios, el privilegio de utilización de métodos definitivos, la estructura vertical en la toma de decisiones de las instituciones de salud pública, la asimetría en la relación entre los usuarios y los proveedores, la ausencia de un enfoque de género y la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Camarena & Lerner, 2008). Es por ello, que a partir de este momento, se reconoce la autodeterminación y capacidad de los usuarios de servicios de salud pública para controlar su vida reproductiva (Camarena & Lerner, 2008).

Estos avances reflejan, una vez más, que el ámbito internacional influye en el diseño de programas y políticas llevadas a cabo por el gobierno mexicano, lo cual puede constatare en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 a través del Programa Nacional de la Mujer, Programa de Educación, Salud y Alimentación,

---

<sup>21</sup> Esta adopción tuvo lugar a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Ver: Peimbert, A. (2008). *La construcción discursiva respecto a las políticas y programas de salud sexual y reproductiva en la prensa mexicana, 2000-2004*. (Tesis inédita de doctorado) Recuperado de: [http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/?func=service&doc\\_library=TES01&doc\\_number=000633784&line\\_number=0001&func\\_code=WEB-BRIEF&service\\_type=MEDIA](http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/?func=service&doc_library=TES01&doc_number=000633784&line_number=0001&func_code=WEB-BRIEF&service_type=MEDIA)

Programa Nacional de Población y el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, en los cuales se utilizaba el término Salud Sexual y Reproductiva en vez de salud materno infantil como en programas anteriores. Asimismo, este conjunto de programas se encontraban enfocados a una visión integradora de los planos que influyen en ejercicio pleno de derechos, es decir, en crear un piso social para generar condiciones de igualdad entre las mujeres, lo cual pudiera dotar de sentido práctico al concepto de Salud Sexual y Reproductiva en el contexto mexicano.

Como una manera de incorporar la participación de los hombres en los lineamientos que estipulaba la Conferencia de El Cairo, es decir, participación en el control de la fecundidad y asumir responsabilidad al respecto, se creó el Programa Nacional de Vasectomía, aunque sin éxito en la práctica (Peimbert, 2008), pues de acuerdo con la ENADID 1997, la vasectomía solamente era utilizada por el 1.8 por ciento de los hombres. En contraste, se encontraba el uso del condón, el cual pasó de 6.8% en 1985 a 50.9% en 2000, mientras que en el caso de los jóvenes pasó de 4.8% a 22.9%, respectivamente (Gayet & Juárez, 2003).

Para el caso de las mujeres el uso de anticonceptivos continuó en ascenso con el 80.4 por ciento de usuarias en 1997. Entre los métodos más utilizados por orden de importancia se encontraban el DIU, la OTB y las pastillas (Espinosa, & Paz, 2004).<sup>22</sup>

Dicho aumento se acompañó por la continuidad en el descenso de la fecundidad en las jóvenes, pues de acuerdo con la ENADID 1997, el promedio de hijos vivos de las mujeres de 25 a 29 años de edad según quintil de ingreso del hogar va de 2.8 hijos para las mujeres pertenecientes al primer quintil y de 0.9 hijos para las del último, lo cual nos brinda un acercamiento a las diferencias por cohorte de nacimiento y por estratificación social.

---

<sup>22</sup> Cabe señalar que el 12 por ciento de mujeres adolescentes en 1999 utilizaba DIU. Ver: Palma, Y. (2008). Comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes. Situación actual y necesidades de información. En Stern, C. *Adolescentes en México: investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. México (El Colegio de México (Colmex)).

## Programas y normas en los años dosmil.

En la década de los años dos mil, con el cambio de partido en el gobierno nacional se transformó la perspectiva desde la cual se generaban las medidas programáticas en salud sexual y reproductiva, ya que se desligan de la esencia del concepto creado en la Conferencia de El Cairo, para volver a una visión desvinculada al respecto, la cual remite a los planes y programas antiguos, pues los programas que comprenden el Plan Nacional de Desarrollo de 2000-2006, se encuentran fragmentados, entre ellos: la regulación de la fecundidad de los hombres; atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente; fomento de la anticoncepción post-evento obstétrico; introducción de tecnología anticonceptiva moderna; atención a la salud sexual y reproductiva de las comunidades indígenas; atención en el climaterio y la posmenopausia; y orientación para la prevención y diagnóstico de la infertilidad (Espinosa, 2004). De tal manera que se puede notar que es durante este periodo hasta la actualidad en la que se observa una

*disminución del papel y la participación del Estado y sus recursos en los programas sociales, especialmente en los relacionados con la salud reproductiva, como consecuencia de los programas de ajuste estructural, la imposición de las fuerzas del mercado, las reformas globalizadoras y la creciente influencia de posturas fundamentalistas y conservadoras, constituye una fuerte amenaza para el logro de los derechos sexuales y reproductivos de las personas (Camarena & Lerner, 2008: 209).*

A pesar de estos cambios se presentaron algunos avances en política en materia anticonceptiva, como lo es la publicación en 2001 por parte de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) de la Cartilla de los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes (De León, 2017), en los cuales, entre otros derechos, se garantiza el acceso a información completa, científica y laica sobre sexualidad. Además en 2004 se incluyó a la pastilla de anticoncepción de emergencia dentro de la Norma Oficial Mexicana 005 y en 2005

*se incorporó en el cuadro básico de medicamentos como un método seguro y efectivo para prevenir embarazos no planeados como resultado de una relación sexual sin protección, la falta de un método anticonceptivo o causa*

*de una violación. Lo que significa que se puede solicitar de manera gratuita en las instituciones del Sistema Nacional de Salud (De León, 2017:135)*

Asimismo se creó la Norma Oficial Mexicana de Violencia Familiar, Sexual y Contra las mujeres (NOM 046), la cual fue avalada por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en 2010, en ella se hace referencia la pastilla de anticoncepción de emergencia (PAE) aludiendo que forma parte del cuadro básico y catálogo de medicamentos del sector salud, el cual deberá de proporcionarla a toda mujer que lo solicite después de haber tenido relaciones sexuales sin protección, primordialmente a aquellas mujeres que han sido víctimas de violencia sexual (De León, 2017).

Ante este panorama el trabajo de organizaciones civiles es fundamental para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, las cuales entre otras acciones, buscan la implementación de una educación integral de la sexualidad, que trascienda lo biológico y comprenda el enfoque de género y de derechos humanos, la implementación de un mayor número de servicios amigables con un lenguaje de pares y la proporción de servicios de anticoncepción completos incluyendo todos los métodos anticonceptivos en físico sin ser necesario el acompañamiento de los padres al ser menor de edad (De León, 2017).

Sin embargo, se tiene resistencia por parte de grupos conservadores en la política y en la sociedad, ejemplo de ello es la iglesia<sup>23</sup>, la cual promueve una vida de castidad antes del matrimonio y rechaza el uso de cualquier anticonceptivo moderno “hablando de su baja efectividad para evitar embarazos, además de argumentar que el uso del condón y otros anticonceptivos lo único que hacen es promover la ‘promiscuidad’ entre la pareja” (De León, 2017:116). Esta postura resulta ser un punto de retroceso si se considera que los anticonceptivos que utilizan los jóvenes tienen características como el fácil acceso, bajo costo y practicidad, cualidades que presentan métodos como el condón y las pastillas de emergencia (De León, 2017).

---

<sup>23</sup> Cabe señalar que la Iglesia posee relevancia sobre la fecundidad, al ser una instancia mediadora, de acuerdo al enfoque de las instancias mediadoras de la fecundidad.

El porcentaje de usuarias durante este periodo no presentó grandes cambios, pues según la Encuesta Nacional de Salud (Ensar, 2003) ascendió a 74.5, siendo el grupo de edad de 30 a 44 años el que concentró un mayor porcentaje de uso, mientras que los niveles más bajos correspondieron al grupo de edad de los 15 a 24 años (Palma & Palma, 2007).

Al observar las diferencias en el comportamiento sexual y reproductivo por estrato socio-económico, o bien por clase social, puede notarse que existen diferencias en el curso de vida acordes a regímenes demográficos distintos, los cuales de acuerdo con Tuirán (2002) son tres el de la prosperidad, el de los estratos medios y el de la pobreza. Al primero le corresponde comportamiento sexual y reproductivo acorde con un fase avanzada de la transición, es decir, edad tardía a la unión y al primer hijo, así como práctica anticonceptiva intensa con la finalidad espaciar y limitar nacimientos (Tuirán, 2002).

Mientras que el correspondiente a estratos medios, se tiene un rejuvenecimiento de la edad a la unión y al primer hijo respecto al régimen anterior y menor intensidad anticonceptiva, tanto para limitar y espaciar nacimientos. El régimen de pobreza se caracteriza por un inicio temprano de las relaciones sexuales, de la unión y el primer hijo, así como una práctica menos intensa de anticoncepción ligada principalmente a limitar la descendencia (Tuirán, 2002).

Cabe señalar que dentro de la población joven también se encontraban grandes diferencias de uso por grandes grupos etarios en la práctica anticonceptiva. En el caso de las mujeres de 15 a 19 años, que eran sexualmente activas pero que no estaban unidas, el 24 por ciento utilizaba métodos modernos, un 40 por ciento nunca había sido usuaria y el 35 por ciento eran usuarias inconsistentes. Respecto al grupo de edad de los 20 a 29 años, el uso de métodos modernos ascendía a 37 por ciento, mientras que el porcentaje de mujeres que nunca habían usado algún método era de 29 por ciento (Juárez & Valencia, 2009).

El uso por estrato socioeconómico, también presentaba variaciones en cuanto al porcentaje de mujeres usuarias, pues en el estrato bajo 36.7 por ciento

de las mujeres utilizaba un método moderno mientras que el 39.4 nunca había sido usuaria (Juárez & Valencia, 2009).

De tal manera que puede notarse que el uso de anticonceptivos entre mujeres sexualmente activas y unidas en el grupo de edad con menor prevalencia, es decir, de 15 a 19 años, era de 54.6 y 44.4 por ciento para el 2009 y de 59 y 51.5 para 2014 (Conapo, 2018).

El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes parece tener divergencia respecto a la edad de inicio de la vida sexual, el cual de acuerdo con la ENADID 2014 para la generación 1965-1979 se situaba en los 18.4 años, mientras que para la de 1980-1989 en 17.7 años (CONAPO, 2016)<sup>24</sup>, siendo la edad de primer uso de métodos anticonceptivos 24.9 y 21.9, respectivamente.

Cabe considerar que el inicio no solo es más temprano, sino también se presenta en mayores proporciones que generaciones anteriores, pues de acuerdo con a la ENSANUT 2012, el porcentaje de adolescentes con inicio sexual entre los 12 y 19 años es de 33 por ciento hombres y el 26.5 por ciento mujeres, de ellos el 24.1 por ciento no utilizó algún anticonceptivo en su primera relación sexual, mientras que 72.2 por ciento utilizaron condón como primer método (De León, 2017). De acuerdo a la ENADID 2014, el condón es el método más utilizado por primera vez, pues para el grupo de edad de 15 a 19 años fue utilizado por el 91%, para el grupo de 20 a 24 años por el 90.4% y para el correspondiente de 25 a 29 años por el 90.1 por ciento (Conapo, 2019).

Al respecto cabe mencionar la diferencia de uso de anticonceptivos por sexo, ya que entre los hombres su inicio suele ser con parejas ocasionales en tanto que la mujer lo hace con parejas estables (Schiavon, 2008).

Esta situación puede ser explicada por factores culturales relacionados con la coerción social hacia el seguimiento de patrones sexuales y reproductivos tradicionales, siendo más perceptibles en la población con escasa escolaridad perteneciente a un estrato socioeconómico bajo (De Jesús, 2014).

---

<sup>24</sup> Recientemente la iniciación de la vida sexual, de acuerdo a la ENSANUT 2012, se sitúa en promedio en los 15.9 años.



Asimismo, también la nupcialidad durante la adolescencia puede acelerar el inicio temprano en la vida sexual, así como la primoparidad en esta etapa del desarrollo humano (Palma, 2008).

Cabe señalar que la fecundidad adolescente depende de una serie de factores que median este fenómeno y que propician selectividad en la población que lo experimenta, entre ellos se encuentra el estrato socioeconómico, el nivel educativo y condición de ocupación, ya que la posición en determinadas categorías de estas características, como la pertenencia a un estrato social bajo, la escasa o nula instrucción o la inactividad laboral, reflejan la desigualdad estructural relacionada con la dificultad de acumulación de capitales, dando pauta a la capacidad de acceso a los métodos anticonceptivos, pues “80.7 por ciento de las jóvenes de 15 a 24 años que se embarazaron en la adolescencia nunca había utilizado un método anticonceptivo antes de embarazarse por primera vez” (Menkes, 2008: 324).

De acuerdo con lo expuesto, puede notarse la correspondencia entre el tiempo sociohistórico con el familiar e individual, principalmente en el caso de las mujeres, a lo largo del siglo XX y parte del XXI, la manera en la que está interacción en el tiempo genera impacto en el cambio de patrones sexual y reproductivo, observados desde el uso diferenciado de métodos anticonceptivos, los cuales refieren a procesos modernos en el plano económico, social, cultural y político que se relacionan con una redefinición del rol reproductivo de la mujer y la familia, haciendo imperativo el control de la fecundidad desde su propia lógica y generando transformaciones diferenciadas en el proceso de formación de familias de acuerdo con los atributos de la población, dando como resultado un uso diferenciado de métodos anticonceptivos distinto de acuerdo a tales características, y por tanto nuevas necesidades en materia anticonceptiva en la población.

## **Capítulo 4. Metodología**

### **Objetivos de la investigación**

El objetivo general de esta tesis es observar el primer uso de métodos anticonceptivos de hombres y mujeres entre los 12 y 29 años como proceso social que reproduce el orden sexual y reproductivo, y por tanto, desigualdades sistémicas.

Los objetivos específicos de este trabajo son: examinar la relación entre el calendario de primer uso de métodos anticonceptivos en el periodo en que las cohortes de nacimiento 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 experimentaron su juventud con los cambios sociohistóricos y atributos de estas cohortes; y observar las diferencias de intensidad, tipo de método utilizado y edad de experiencia de las transiciones de formación de familias como parte de las diferencias de calendario en el primer uso de métodos anticonceptivos y su relación con el cambio sociohistórico y atributos de los miembros de las cohortes de nacimiento señaladas, es decir, el sexo y el origen social.

### **Unidad de Análisis**

Los flujos poblacionales que conforman el conjunto de riesgo de esta investigación, es decir, sobre los que se analizara el inicio del uso de métodos anticonceptivos, son hombres y mujeres que se encuentran delimitados en el rango etario que abarca de los 12 a los 29 años de edad, pertenecientes a las cohortes de nacimiento 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, quedando censurada la observación en el resto de las edades, debido a que en este periodo ocurren las transiciones a la adultez, en el cual la formación de familias regularmente tiene lugar<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Se consideró tomar a estos flujos de población sin hacer distinción entre quienes son sexualmente activos y quienes no, ya que la información con la que se cuenta a partir del instrumento de recolección no hace referencia a esta característica.

## Fuente de datos empleada

### Características de la fuente de datos

El instrumento desde el cual se retomó la información para el análisis es la Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER) en su versión 2011, ya que esta encuesta permite observar retrospectivamente el periodo correspondiente a la juventud, en cada una de las cohortes de nacimiento propuestas, y las características que influyen en el uso de métodos anticonceptivos.

La EDER es una encuesta retrospectiva que no tiene una periodicidad definida<sup>26</sup>. Se levantó por primera vez en 1998. La encuesta tomó como base una submuestra de 3200 viviendas pertenecientes a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 1997). La EDER 1998 se aplicó a hombres y mujeres de todo el país pertenecientes a las cohortes de nacimiento: 1936-1938, 1951-1953 y 1966-1968.

El segundo levantamiento de la EDER tuvo lugar en 2011<sup>27</sup>, su unidad de observación es el hogar y su esquema de muestreo es probabilístico, bietápico, estratificado y por conglomerados. La muestra de esta encuesta es nacional y corresponde a 3200 viviendas localizadas en áreas auto representadas por la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) durante el tercer trimestre del año, utilizando el marco nacional de viviendas 2002 del INEGI, las cuales se encuentran ubicadas en áreas metropolitanas.

En esta versión, se eliminó la primera de las tres cohortes de nacimiento, debido a motivos de errores de memoria y de sobrevivencia de los efectivos pertenecientes a esta cohorte (EDER, 2012), pero se observó una nueva cohorte, 1978-1980, la cual, para el momento de la encuesta, ya habría pasado el periodo de la juventud y por tanto habría experimentado las transiciones a la adultez. De esta manera, es posible observar las trayectorias de vida de hombres y mujeres de 58 a 60, 43 a 45 y 31 a 33 años de edad durante 2011.

---

<sup>26</sup> La EDER 1998 fue financiada por instituciones mexicanas, francesas y estadounidenses. En ella participaron el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Colegio de la Frontera Norte (COLEF).

<sup>27</sup> La EDER 2011 se realizó con apoyo financiero del COLEF y de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC).

El objetivo de la EDER 2011 es recabar información temporal de procesos sociodemográficos tales como la migración, la educación, la ocupación laboral, la nupcialidad, la fecundidad y la mortalidad, así como su interrelación en las trayectorias de los flujos de población durante la segunda mitad del siglo XX y principios del XXI; esto, con la finalidad de conocer detalladamente algunos temas que en la primera versión no habían sido abordados de manera exhaustiva.

A través de las historias de vida de los encuestados, se recaba la información en la EDER 2011, desde una perspectiva cuantitativa, por lo que la información se extiende desde el nacimiento de cada uno de los individuos de las cohortes hasta la fecha en la que la encuesta se levanta<sup>28</sup>.

En el caso de la migración, se observan los movimientos migratorios desde el lugar de nacimiento y se registran las localidades en las que las personas han residido al menos un año completo. Respecto a la escolaridad se obtiene información de asistencia escolar, nivel y grado máximo alcanzado. En tanto que la ocupación de los individuos se registra a través de las actividades y las características de la labor que desempeñan.

También se obtiene información sobre la nupcialidad, coresidencia familiar y características de la familia política y familia de origen, al preguntar sobre antecedentes de los padres de los individuos y la situación socioeconómica durante la infancia de los entrevistados. En materia de fecundidad, se recolecta información sobre el número de hijos y la utilización de métodos anticonceptivos. Asimismo, la EDER brinda información sobre la situación socioeconómica actual de los individuos al preguntar sobre los bienes y servicios de la vivienda actual.

De acuerdo con los objetivos del presente estudio, se llevó a cabo el análisis del primer uso de métodos anticonceptivos de hombres y mujeres considerando diferencias por sexo, origen social, así como en relación del primer

---

<sup>28</sup> El cuestionario de la EDER 2011 se encuentra dividido en dos secciones. La primera se refiere a la historia de vida individual y se encuentra conformada por los apartados: fecha y edad, lugar de residencia, escolaridad, empleo, familia de origen, familia política, hijos y anticoncepción. La segunda sección se refiere a los antecedentes familiares y situación actual, conformada por los apartados: antecedentes familiares, identificación indígena y bienes y servicios en la vivienda actual.

uso de métodos anticonceptivos con las transiciones a la unión y al primer hijo, entre los 12 y 29 años de edad.

El tipo de análisis que se utiliza, debido a las características de los datos, se centra en la revisión de la intensidad y el calendario del primer uso de métodos anticonceptivos a través de la historia de eventos, ya que la EDER 2011 permite la obtención de información mediante observaciones anuales en la vida de los flujos de población correspondientes a las cohortes de nacimiento señaladas.

## **Estrategias de análisis**

El análisis empleado se realizó mediante la técnica de historia de eventos utilizando el método de producto-momento de Kaplan-Meier, con el objetivo de observar los cambios en el calendario del evento de interés en las cohortes de nacimiento consideradas.

Las variables extraídas de la fuente de información que se utilizan para caracterizar al conjunto de riesgo, así como a sus transiciones fueron las siguientes:

- Sexo
- Cohorte de nacimiento
- Edad retrospectiva
- Número acumulado de hijos.
- Año de nacimiento del primer hijo.
- Métodos anticonceptivos utilizados este año<sup>29</sup>

Para cuantificar el origen social, se recurrió a la construcción del Índice de Origen Social (IOS), empleando las variables de la fuente de datos como insumo.

---

<sup>29</sup> Esta variable permitió la observación de los métodos anticonceptivos año con año.

## **Índice de Origen Social (IOS)**

En la construcción de este indicador se retomó la propuesta de Patricio Solís (2014). Se trata de un indicador multidimensional que combina los aspectos económico, educativo y ocupacional. Este indicador resulta de gran utilidad, ya que indica la posición social de origen de un individuo respecto a la cohorte de nacimiento a la cual pertenece, lo cual facilita la comparación intra cohorte.

Las dimensiones que son consideradas por el índice toman como referencia constante los 15 años de edad de cada individuo. De esta manera, se retoma la estratificación económica de las personas activas del hogar del individuo, la escolaridad combinada de ambos padres y la posición ocupacional del jefe económico del hogar o del padre a esa edad. Las variables que se utilizaron para la construcción de este indicador fueron las siguientes:

- Grado máximo de estudios del padre
- Grado máximo de estudios de la madre
- Situación socioeconómica de la infancia de los sujetos de estudio
- Ocupación del padre (mediante la clave del catálogo CMO)
- Ocupación de la madre (mediante la clave del catálogo CMO)

La construcción de este índice se realizó, en primera instancia, con la creación de un índice de recursos económicos mediante un análisis factorial por cohorte de nacimiento relacionado con el promedio de la escolaridad de los padres y activos y servicios del hogar a los 15 años de edad, además de un análisis de componentes principales con correlaciones policóricas para este último, así como la adaptación de los códigos CMO de ocupación del padre o madre al International Socioeconomic Index of Occupations (ISEI).

## **Análisis descriptivo**

De acuerdo con los objetivos de esta investigación, es necesario un análisis longitudinal cuantitativo de las cohortes de nacimiento y su relación con las

características de los miembros de dichas cohortes. Para ello, se utilizó el método de producto-momento de Kaplan-Meier, ya que ofrece la posibilidad de observar la probabilidad de experimentar un evento en el tiempo y compararlo grupalmente. Asimismo, resulta idóneo al presentar la intensidad con el que dicho evento se presenta en relación con las características del conjunto de riesgo.

Se construyeron nuevas variables, tomando como referencia las mencionadas con anterioridad, las cuales tuvieran relación con la ocurrencia de eventos y sirvieran como base para la relación del primer uso de anticonceptivos con las transiciones de formación de familias; por lo que se generaron las siguientes variables:

1) Primer uso de métodos anticonceptivos

Esta variable se construyó tomando como base la siguiente pregunta con sus nueve categorías de respuesta:

<b>p8_1 ¿Podría decirme todos los periodos de al menos un año en que usted o su pareja hicieron algo para no tener hijos o retrasar un embarazo?, y ¿Qué métodos utilizaron?</b>	
<b>1</b> <i>Uso de métodos anticonceptivos</i>	1) Pastillas
	2) DIU
	3) Inyecciones o Norplant
	4) Condones <sup>30</sup>
	5) Operación femenina
	6) Operación masculina
	7) Métodos naturales
<b>0</b> No uso de métodos anticonceptivos	8) Otro o actualmente embarazada
	9) No sabe

A partir de esta pregunta se construyó la variable *Primer uso de métodos anticonceptivos* como una variable dicotómica, es decir, conformada solo por los valores de 0 y 1, donde 1 se refirió a la utilización por primera vez de algún método anticonceptivo por parte de los sujetos de estudio o sus parejas durante el periodo de observación, tomando como base las categorías de la pregunta de la 1 a la 7. Mientras que 0, se consideró como la falta de primer uso de algún método

<sup>30</sup> En la opción condones, solo toma en cuenta al condón masculino no al femenino.

durante el periodo de observación, al tomar como categorías de la pregunta para recodificación la 8 y la 9.

2) Uso de métodos anticonceptivos modernos

Esta variable se construyó tomando como base la siguiente pregunta con sus nueve categorías de respuesta:

<b><i>Uso de métodos modernos</i></b>	
<b>p8_1 ¿Podría decirme todos los periodos de al menos un año en que usted o su pareja hicieron algo para no tener hijos o retrasar un embarazo?, y ¿Qué métodos utilizaron?</b>	
<i>1 uso de métodos modernos</i>	1) Pastillas
	2) DIU
	3) Inyecciones o Norplant
	4) Condones
	5) Operación femenina
	6) Operación masculina
<i>0 Uso de métodos tradicionales</i>	7) Métodos naturales
	8) Otro o actualmente embarazada
	9) No sabe

Con base en esta pregunta se construyó la variable *Uso de métodos anticonceptivos modernos* como una variable dicotómica, donde 1 se refirió a la utilización por primera vez de algún método anticonceptivo moderno por parte de los sujetos de estudio o sus parejas, durante el periodo de observación, tomando como base las categorías de la pregunta de la 1 a la 6. Mientras que 0, se consideró como la falta de primer uso de algún método anticonceptivo moderno durante el periodo de observación, tomando como categorías de la pregunta para recodificación de la 7 a la 9.

3) Uso de métodos anticonceptivos tradicionales

Esta variable se construyó tomando como base la siguiente pregunta con sus nueve categorías de respuesta:

<b><i>Uso de métodos tradicionales</i></b>
--



<b>p8_1 ¿Podría decirme todos los periodos de al menos un año en que usted o su pareja hicieron algo para no tener hijos o retrasar un embarazo?, y ¿Qué métodos utilizaron?</b>	
<b>1</b> <i>Uso de métodos tradicionales</i>	7) Métodos naturales
	8) Otro o actualmente embarazada
	9) No sabe
<b>0</b> <i>uso de métodos modernos</i>	1) Pastillas
	2) DIU
	3) Inyecciones o Norplant
	4) Condones
	5) Operación femenina
	6) Operación masculina

Tomando como base esta pregunta se construyó la variable *Uso de métodos anticonceptivos tradicionales* como una variable dicotómica, donde 1 se refirió a la utilización por primera vez de algún método anticonceptivo tradicional por parte de los sujetos de estudio o sus parejas, durante el periodo de observación, tomando como base para la recodificación las categorías de la pregunta de la 7 a la 9. Mientras que 0, se consideró como la falta de primer uso de algún método anticonceptivo tradicional durante el periodo de observación, tomando como categorías para recodificación de la 1 a la 6.

#### 4) Uso de métodos anticonceptivos hormonales

Esta variable se construyó tomando como base la siguiente pregunta con sus nueve categorías de respuesta:

<b><i>Uso de métodos hormonales</i></b>	
<b>p8_1 ¿Podría decirme todos los periodos de al menos un año en que usted o su pareja hicieron algo para no tener hijos o retrasar un embarazo?, y ¿Qué métodos utilizaron?</b>	
<b>1</b> <i>Uso de métodos hormonales</i>	1) Pastillas
	3) Inyecciones o Norplant
<b>0</b> <i>No uso de métodos hormonales</i>	2) DIU

	4) Condones
	5) Operación femenina
	6) Operación masculina
	7) Métodos naturales
	8) Otro o actualmente embarazada
	9) No sabe

A partir de esta pregunta se construyó la variable *Uso de métodos anticonceptivos hormonales* como una variable dicotómica, donde 1 se refirió a la utilización por primera vez de algún método anticonceptivo hormonal por parte de los sujetos de estudio o sus parejas, durante el periodo de observación, tomando como base para la recodificación las categorías de la pregunta de la 1 y 3, al referirse a este tipo de métodos. Mientras que 0, se consideró como la falta de primer uso de algún método anticonceptivo hormonal durante el periodo de observación, al tomar como categorías para recodificación la 2 y de la 4 la 9.

#### 5) Uso de dispositivo intrauterino

Esta variable se construyó tomando como base la siguiente pregunta con sus nueve categorías de respuesta:

<b><i>Uso de dispositivo intrauterino</i></b>	
<b>p8_1 ¿Podría decirme todos los periodos de al menos un año en que usted o su pareja hicieron algo para no tener hijos o retrasar un embarazo?, y ¿Qué métodos utilizaron?</b>	
<b>1</b> Uso de dispositivo intrauterino	2) DIU
<b>0</b> No uso de dispositivo intrauterino	1) Pastillas
	3) Inyecciones o Norplant
	4) Condones
	5) Operación femenina
	6) Operación masculina
	7) Métodos naturales
	8) Otro o actualmente embarazada
	9) No sabe

Con base en esta pregunta se construyó la variable *Uso de dispositivo intrauterino* como una variable dicotómica, donde 1 se refirió a la utilización por primera vez de dispositivo intrauterino por parte de los sujetos de estudio o sus parejas, durante el periodo de observación, tomando como base para la recodificación la segunda categoría de la pregunta. Mientras que 0, se consideró como la falta de primer uso de dispositivo intrauterino durante el periodo de observación, tomando como categorías para recodificación la 1 y de la 3 a la 9.

6) Uso de condón

Esta variable se construyó tomando como base la siguiente pregunta con sus nueve categorías de respuesta:

<b><i>Uso de condón</i></b>	
<b>p8_1 ¿Podría decirme todos los periodos de al menos un año en que usted o su pareja hicieron algo para no tener hijos o retrasar un embarazo?, y ¿Qué métodos utilizaron?</b>	
<b>1</b> uso de condón	4) Condones
<b>0</b> No uso de condón	1) Pastillas
	2) DIU
	3) Inyecciones o Norplant
	5) Operación femenina
	6) Operación masculina
	7) Métodos naturales
	8) Otro o actualmente embarazada
	9) No sabe

Tomando como base esta pregunta se construyó la variable *Uso de condón* como una variable dicotómica, donde 1 se refirió a la utilización por primera vez de condón por parte de los sujetos de estudio o sus parejas, durante el periodo de observación, tomando como base para la recodificación la cuarta categoría de la pregunta. Mientras que 0, se consideró como la falta de primer uso de condón durante el periodo de observación, tomando como categorías para recodificación de la 1 a la 3 y de la 5 a la 9.

7) Operación femenina

Esta variable se construyó tomando como base la siguiente pregunta con sus nueve categorías de respuesta:

<b><i>Uso de operación femenina</i></b>	
<b>p8_1 ¿Podría decirme todos los periodos de al menos un año en que usted o su pareja hicieron algo para no tener hijos o retrasar un embarazo?, y ¿Qué métodos utilizaron?</b>	
<b>1</b> Uso de operación femenina	5) Operación femenina
<b>0</b> No uso de operación femenina	1) Pastillas
	2) DIU
	3) Inyecciones o Norplant
	4) Condones
	6) Operación masculina
	7) Métodos naturales
	8) Otro o actualmente embarazada
	9) No sabe

Partiendo de esta pregunta se construyó la variable *Uso de operación femenina* como una variable dicotómica, donde 1 se refirió a la utilización operación femenina por parte de los sujetos de estudio o sus parejas, durante el periodo de observación, tomando como base para la recodificación la quinta categoría de la pregunta. Mientras que 0, se consideró como la falta de uso de operación femenina durante el periodo de observación, tomando como categorías para recodificación de la 1 a la 4 y de la 6 a la 9.

8) Operación masculina

Esta variable se construyó tomando como base la siguiente pregunta con sus nueve categorías de respuesta:

<b><i>Uso de operación masculina</i></b>
<b>p8_1 ¿Podría decirme todos los periodos de al menos un año en que usted</b>

<b>o su pareja hicieron algo para no tener hijos o retrasar un embarazo?, y ¿Qué métodos utilizaron?</b>	
<b>1</b> Uso de operación masculina	6) Operación masculina
<b>0</b> No uso de operación masculina	1) Pastillas
	2) DIU
	3) Inyecciones o Norplant
	4) Condones
	5) Operación femenina
	7) Métodos naturales
	8) Otro o actualmente embarazada
	9) No sabe

Con base en esta pregunta se construyó la variable *Uso de operación masculina* como una variable dicotómica, donde 1 se refirió a la utilización operación masculina por parte de los sujetos de estudio o sus parejas, durante el periodo de observación, tomando como base para la recodificación la sexta categoría de la pregunta. Mientras que 0, se consideró como la falta de uso de operación masculina durante el periodo de observación, tomando como categorías para recodificación de la 1 a la 5 y de la 7 a la 9.

#### 9) Primera unión

Esta variable se construyó tomando como base la siguiente pregunta con sus quince categorías de respuesta:

<b>Primera unión</b>	
<b>p6_3_nup_1 ¿A qué edad o en qué año se unió con (nombre)? Y cuando comenzó esta unión, ¿era...</b>	
<b>1</b> Unido	1) unión libre
	2) matrimonio civil
	3) matrimonio religioso
	4) matrimonio civil y religioso
<b>0</b> No unido	0) no unido
	6) divorcio
	7) separación

8) fallecimiento
10) sigue unido en unión libre
20) sigue unido en matrimonio civil
30) sigue unido en matrimonio religioso
40) sigue unido en matrimonio civil y religioso
60) sigue divorciado
70) sigue separado
80) fallecido

A partir de esta pregunta se construyó la variable *Primera unión* como una variable dicotómica, donde 1 se refirió si los sujetos de estudio se habían unido durante el periodo de observación, tomando como base para la recodificación las categorías de la 1 a la 4. Mientras que 0, se consideró como la ausencia de la primera unión durante el periodo de observación, tomando como categorías para recodificación la 0 y de la 6 a la 80.

#### 10) Primer hijo

Esta variable se construyó tomando como base la siguiente pregunta con sus cinco categorías de respuesta:

<b><i>Primer hijo</i></b>	
<b>p7_3_1 ¿En qué año o qué edad tenía Ud. cuándo nació (nombre)?</b>	
<b>1</b> Con un hijo	6) nacimiento del primer hijo
<b>0</b> Sin hijos	0) sin hijos
	7) fallecimiento del primer hijo
	60) sigue con vida el primer hijo
	70) falleció el primer hijo

Con base en esta pregunta se construyó la variable *Primer hijo* como una variable dicotómica, donde 1 se refirió si los sujetos de estudio habían tenido su primer hijo durante el periodo de observación, tomando como base para la recodificación la sexta categoría. Mientras que 0, se consideró como la ausencia

del nacimiento del primer hijo durante el periodo de observación, tomando como categorías para recodificación la 0, la 7, 60 y 70.

11) Segundo hijo.

Esta variable se construyó tomando como base la siguiente pregunta con sus cinco categorías de respuesta:

<b>Segundo hijo</b>	
<b>p7_3_2 ¿En qué año o qué edad tenía Ud. cuándo nació (nombre)?</b>	
<b>1</b> Con dos hijos	6) nacimiento del segundo hijo
<b>0</b> Sin dos hijos	0) sin hijos
	7) fallecimiento del segundo hijo
	60) sigue con vida el segundo hijo
	70) falleció el segundo hijo

Partiendo de esta pregunta se construyó la variable *Segundo hijo* como una variable dicotómica, donde 1 se refirió si los sujetos de estudio que habían tenido su segundo hijo durante el periodo de observación, tomando como base para la recodificación la sexta categoría. Mientras que 0, se consideró como la ausencia del nacimiento del segundo hijo durante el periodo de observación, tomando como categorías para recodificación la 0, 7, 60 y 70.

**Análisis de historia de eventos**

Los estudios de cohorte consisten en hacer un seguimiento a grupos de personas para monitorear un determinado evento, es decir, a individuos que entran a un conjunto de riesgo durante el mismo periodo. Estos estudios resultan ser relevantes para “examinar cambios en las trayectorias o patrones del curso de

vida de los individuos nacidos en épocas históricas distintas” (Tuirán, 2002), partiendo de experiencias y comportamientos comunes de acuerdo con las características compartidas.

Los datos para la observación de las cohortes son retomados desde una lógica cuantitativa, cuyo objetivo es medir las relaciones entre el evento de interés con la cohorte y subcohortes, con la finalidad de dar cuenta del cambio en la experiencia y con base en ello, de un determinado comportamiento.

Para ello, el instrumento que se emplea para recopilación de estos datos son las encuestas longitudinales, las cuales pueden ser prospectivas o retrospectivas. Las últimas “se caracterizan por su aplicación en una sola ocasión, en las cuales se reconstruye la historia demográfica de los individuos entrevistados” (Díaz, 2005:44), aunque presentan el inconveniente de la recaudación de datos al presentar la dificultad de recordar fechas o bien, la muerte de algunos de los entrevistados, lo cual produce subestimación en la sobrevivencia o riesgo de experimentar un determinado evento (Díaz, 2005).

Una de las maneras de poder acercarse al análisis de datos longitudinales es mediante el análisis de historia de eventos, el cual consiste en un conjunto de técnicas que sirven para estudiar la forma en que distintas variables afectan la probabilidad de ocurrencia de un evento, así como el tiempo al que ocurre ese evento. Este análisis abarca una serie de conceptos básicos como el *estado*, que alude a la situación específica de un sujeto de estudio y el *evento*, que se trata de la transición entre dos estados, los cuales pueden ser renovables, recurrentes a lo largo de la vida, o no renovables, cuando ocurren solo una vez en la vida.

Entre dichas técnicas se encuentra el análisis de supervivencia, el cual se caracteriza por tener una variable dependiente temporal, es decir, el *tiempo de supervivencia*, “cuyas medidas se obtienen a partir de seguimientos de duración variable y se caracterizan por la existencia de *tiempos incompletos*” (Díaz, 2005:45). Con ello, se observa el tiempo transcurrido hasta la experiencia de un determinado acontecimiento por los sujetos de estudio, ya sea la muerte, curación, complicación, recaída, o cualquier evento demográfico.



En este tipo de análisis el término supervivencia se refiere a la no experimentación del evento de interés en el estudio, cuyo origen se remonta a sus primeras aplicaciones en las tablas de mortalidad, y cuyo uso se fue refinando hasta los estudios de supervivencia en el campo de la ingeniería para analizar la duración de elementos importantes y en la II Guerra Mundial se aplicó para la industria militar. Sin embargo, fue hasta la década de los setenta donde se convirtió en una de las técnicas más utilizadas en medicina y psicología. (Domenech, 1992).

Existen dos tipos de probabilidades diferentes en este tipo de análisis. Por un lado, la probabilidad de supervivencia (o función de supervivencia), que “es la probabilidad de que un individuo sobreviva desde la fecha de entrada en el estudio hasta un momento determinado en el tiempo  $t$ , y cuyos valores describen la supervivencia global de toda la población analizada” (Arribalzaga, 2007: 80), y de otro lado, la probabilidad de riesgo (o función de riesgo), es decir, que ocurra el evento.

Las técnicas para llevar a cabo el análisis de supervivencia son tanto paramétricos como no paramétricos. Estos últimos se refieren aquellos métodos que no suponen ninguna distribución sobre los datos observados (Flores et al, 2000). En el análisis de supervivencia, el análisis de los datos puede ser realizado utilizando técnicas paramétricas y no paramétricas. Entre las paramétricas las más frecuentes son: la distribución exponencial, la distribución de Weibull y la distribución Lognormal; y las pruebas no paramétricas son: Kaplan-Meier, Logrank y regresión de Cox, siendo este último tipo de métodos los más utilizados (Fernández, 1995).

El diseño más simple del análisis de supervivencia consiste en seguir dos grupos, “uno de los cuales está expuesto a un factor de riesgo mientras que el otro no lo está, aunque idealmente los dos grupos deben tener características similares” (Díaz, 2005: 44) y pueden compararse más de dos grupos.

El tiempo de seguimiento de estos grupos o cohortes es llamado período de seguimiento, duración de estudio o *follow-up period*, el cual cuenta con una fecha

de inicio y una de cierre. Por otra parte, el comienzo del tiempo de supervivencia lleva por nombre tiempo de referencia o *baseline* (Díaz, 2005).

Las cohortes observadas en los análisis de supervivencia pueden ser fijas o variables, considerando que en la de cohorte fija todos los sujetos entran al estudio al mismo tiempo y son seguidos durante la misma cantidad de tiempo, mientras que en la cohorte variable los sujetos entran al estudio a través de tiempos de referencia móviles o bien con períodos de seguimiento variables (Domenech, 1992).

Algunos casos en los que no se observa la ocurrencia del evento a lo largo del periodo de seguimiento se les denomina observaciones incompletas por la derecha, *right censored observations* o bien, observaciones incompletas (Domenech, 1992), este tipo de censura es llamado tipo I (Flores, 2000) y los datos que devienen de esto se llaman datos censurados (Díaz, 2005). Existen otros motivos para los casos censurados, ya sea por la “prolongación del periodo de observación hasta que ocurran  $k$  fallas de  $n$  posibles ( $k < n$ ), registrando este último valor de falla para el resto de los individuos (censuras) que no observó” (Flores, 2000:242); la censura aleatoria, la cual se trata de una censura en la que el investigador no tiene ningún control sobre la misma. El tiempo en el que estos eventos se observan es llamado tiempo incompleto o censurado.

Otros casos en los que no se observa la ocurrencia del evento de interés son los retirados o *withdrawals*, que refieren a “los sujetos que abandonan el estudio antes de que este termine, y antes de que experimenten el evento de interés” (Díaz, 2007:45). Mientras que los sujetos perdidos son los que salieron del estudio sin notificación, es decir, que no están relacionadas con el evento en estudio, los cuales producen tiempos incompletos de seguimiento y se consideran como censurados (Díaz. 2005).

## **Estimador Kaplan Meier (KM)**

En el análisis de supervivencia, uno de los métodos no paramétricos más utilizado es el Kaplan-Meier (KM) o también llamado product-limit estimation el cual reconstruye una “tabla de vida con los intervalos más pequeños posibles” (Díaz, 2005), ya que

calcula la probabilidad de supervivencia en el tiempo  $t_i$  aplicando la **ley multiplicativa** de las probabilidades, es decir, mediante el producto de la probabilidad de supervivencia en el tiempo  $t_i$ , por la **probabilidad condicionada** de sobrevivir un tiempo  $t_i$  si se ha sobrevivido hasta el tiempo  $t_{i-1}$ :

$$[t_i \div t_{i+1}[ \rightarrow S(t_i) = S(t_{i-1}) \times S(t_i | t_{i-1})$$

(Domenech, 1992:115).

El método de Kaplan-Meier describe el proceso de supervivencia a través de las distribuciones de la función de supervivencia  $S(t)$  y la función de riesgos  $h(t)$ . La probabilidad de sobrevivir mediante este estimador es el complemento del riesgo de experimentar, de tal forma que una es complemento de la otra, lo cual se expresa de la siguiente manera:

$$\hat{S}(t_i | t_{i-1}) = 1 - \frac{d_i}{n_{i-1}} = \frac{n_{i-1} - d_i}{n_{i-1}} \quad (\text{Domenech, 1992:115}).$$

Los supuestos del que parte este estimador es que supone el comportamiento de los sujetos censurados como el de los sujetos seguidos hasta que se produzca el evento, hecho que se conoce como censura no informativa (Lema, 2011). Otro supuesto es que “el tiempo en el que la persona entra en el estudio no tienen efecto independiente en la respuesta” (Fernández, 1995).

Este método presenta la desventaja de que no se pueden estimar directamente los riesgos, aunque tiene la ventaja de que resulta útil para el cálculo de muestras pequeñas, ya que “la característica distintiva del análisis con este método es que la proporción acumulada que sobrevive se calcula para el tiempo de supervivencia individual [...] y no se agrupan los tiempos de supervivencia en intervalos” (Fernández, 1995).

Para comparar que las curvas de la función de riesgo y supervivencia sean o no las mismas se realiza la prueba Cochran-Mantel-Haenszel o logaritmo del rango, el cual asume que el riesgo o supervivencia es proporcional por parte de las cohortes de seguimiento, por tanto “asume que el cociente de los dos riesgos [o supervivencia] es una constante que no depende del tiempo”(Díaz, 2005:51), por lo que parte de la hipótesis nula de que las curvas de supervivencia o de riesgo son iguales en todos los instantes de tiempo que fueron abarcados en el período de seguimiento (Díaz, 2005). De esta manera consiste esta prueba en “calcular el siguiente estadístico y compararlo con la ley de  $X^2$  con  $k-1=1$  grados de libertad:

$$\chi^2 = \frac{(o_S - e_S)^2}{\text{Var}(o_S - e_S)} = \frac{(o_N - e_N)^2}{\text{Var}(o_N - e_N)} \quad (\text{Domenech, 1992:127}).$$

Esta fórmula indica que la prueba compara el número de eventos en cada grupo con el número de fracasos que podría esperarse de las pérdidas en los grupos combinados, para lo cual emplea el  $X^2$  (Fernández, 1995).

La desventaja que presenta esta prueba es que no hace ninguna corrección por censura, asimismo si los intervalos construidos son anchos, esto puede originar un sesgo en las conclusiones.

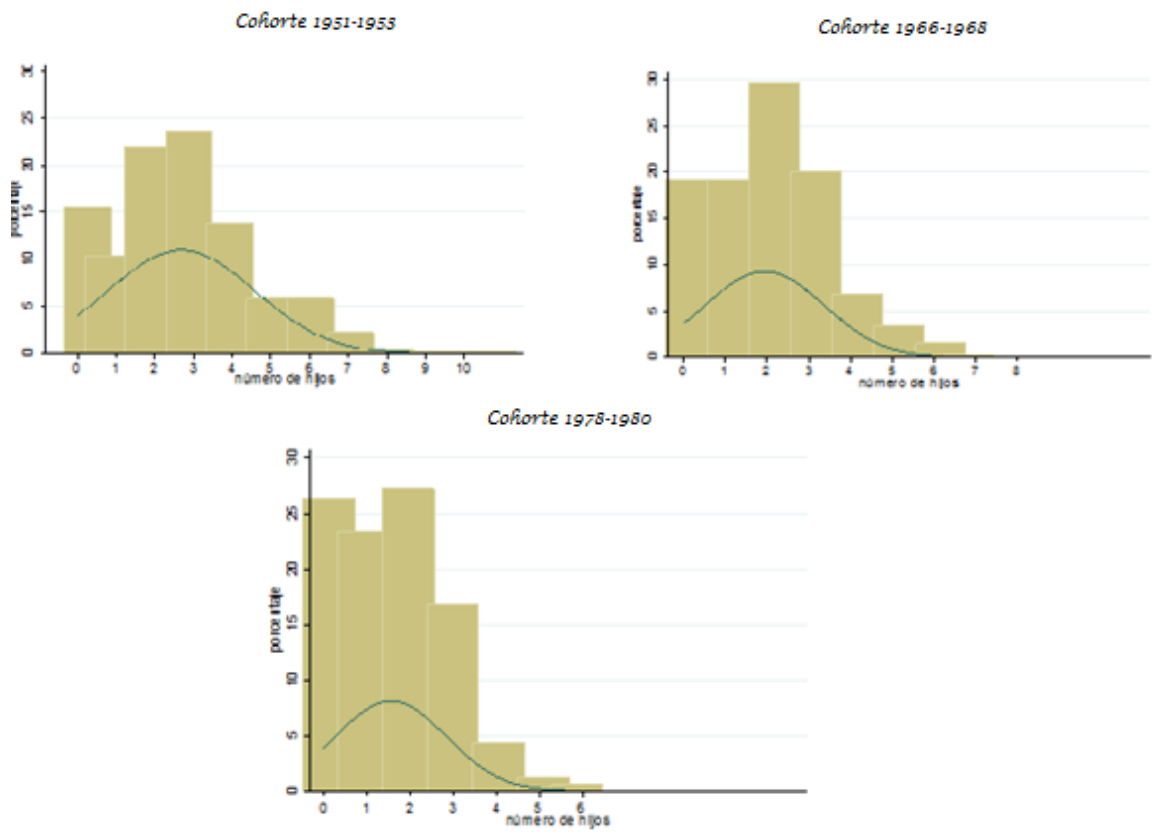
Esta prueba también puede hacerse de forma estratificada para la comparación de curvas de supervivencia o riesgo por grupos al introducir una variable categórica de control para eliminar el efecto sobre las diferencias entre los grupos (Domenech, 1992).

## **Capítulo 5. Análisis**

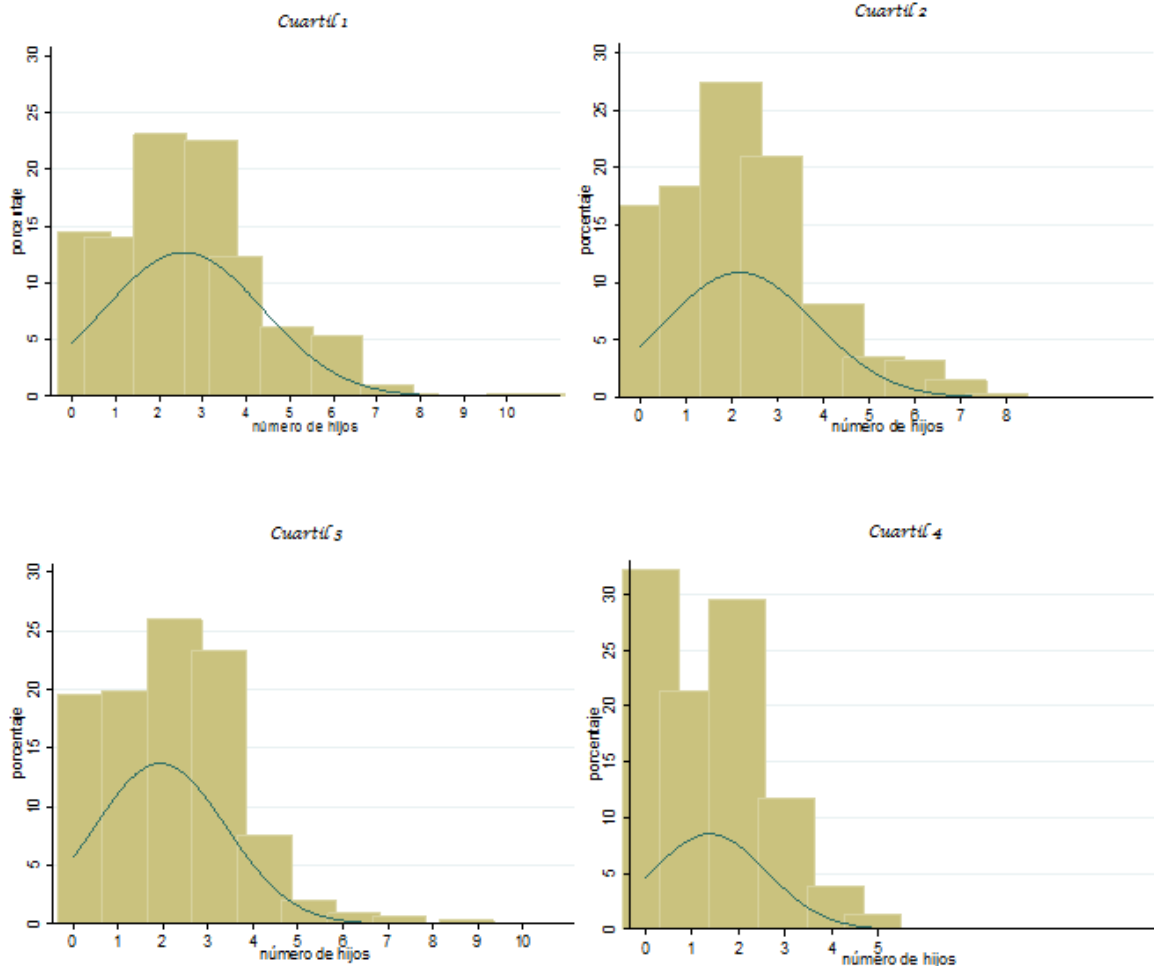
### **Fecundidad acumulada de mujeres por cohorte y cuartil**

Al tomar en cuenta que el uso de métodos anticonceptivos es un determinante de la fecundidad o variable intermedia, al impactar en la regulación de la fecundidad natural de una población perteneciente a un contexto específico, se puede notar la importancia de tomar como primer acercamiento al análisis de primer uso de métodos anticonceptivos por cohorte de nacimiento, las diferencias en la fecundidad alcanzada al final del periodo que comprende la juventud en las tres cohortes, con la finalidad de observar el cambio en los patrones reproductivos.

**Gráfica 1. Porcentaje de fecundidad acumulada de mujeres a los 29 años por cohorte de nacimiento.**



Gráfica 2. Porcentaje de fecundidad acumulada de mujeres a los 29 años por origen social.



En la gráfica 1, la fecundidad acumulada de las mujeres pertenecientes a las tres cohortes de nacimiento indica la disminución en el promedio de hijos que éstas tienen entre los 12 y 29 años, pues en la cohorte antigua la media para las jóvenes se sitúa en tres hijos, mientras que en la intermedia disminuye a dos hijos y en la más joven oscila entre uno y dos hijos.

Esta disminución en el promedio de hijos viene aparejada con el aumento de las mujeres que no tienen hijos, cuya tendencia se incrementa de manera paulatina a medida de que las cohortes de nacimiento son más jóvenes. Dicha tendencia se relaciona con la disminución del número de hijos al final de la juventud en las cohortes más recientes, ya que el rango en la cohorte más antigua se extiende desde 0 hasta 11 hijos, en la intermedia va de 0 a 7 hijos y en la cohorte más joven es de 0 a 6 hijos.

Estos cambios en la fecundidad acumulada en la juventud de las mujeres de las cohortes señaladas muestran un primer acercamiento al cambio en los patrones reproductivos en los últimos cincuenta años ligados con diferentes ritmos de transición acordes a la diversidad de ubicación temporal, es decir, muestran un indicio de la influencia del contexto sociohistórico en el comportamiento sexual y reproductivo, el cual ha definido la transformación de la estructura poblacional a lo largo de estas décadas y forma parte del cambio del proceso temporal de la formación de familias, del tamaño de las mismas y de la importancia del uso de métodos anticonceptivos en la regulación de la fecundidad como parte del cuidado de la salud y proyecto de vida de los jóvenes, principalmente en el caso de las mujeres.

En la gráfica 2, la fecundidad acumulada de las mujeres al ser observada por origen social presenta una disminución conforme aumenta el cuartil<sup>31</sup>, es decir, en cuanto mayor es la posición de las mujeres en la estratificación socioeconómica, pues el promedio de hijos para el cuartil 1 es de tres, para los cuartiles 2 y 3 es de dos hijos, mientras que para el cuartil 4 es de un hijo.

Asimismo, entre mayor jerarquía socioeconómica puede notarse un aumento de la mujeres sin hijos y la disminución del número de hijos al final del periodo de observación, pues los rangos de descendencia final decrecen al aumentar el cuartil, pasando de 0 a 11 para el primer cuartil, de 0 a 8 para segundo, de 0 a 9 para el tercero y de 0 a 5 para el cuarto.

Las diferencias en la fecundidad acumulada en la juventud de las mujeres estudiadas son una muestra de la relación de la estratificación social en los niveles de fecundidad, que puede vincularse con el tiempo social al tener en cuenta que éste se refiere a la coerción social normativa de transiciones y su calendario (Tuirán, 1999), cuya experiencia varía dependiendo de los atributos de los individuos, que en este caso sería su origen social, por lo que éste influiría en los niveles de fecundidad acumulada en cuanto remite a un cierto ritmo y orden de las transiciones de formación de familias, así como a un cierto comportamiento

---

<sup>31</sup> El cuartil 1 representa a la estratificación socioeconómica más baja, mientras la más alta se encuentra representada en el cuartil 4.



anticonceptivo si se considera que la posición dentro de la estratificación socioeconómica se encuentra relacionada a un habitus correspondiente con ésta, lo cual daría cuenta de un comportamiento diferenciado considerando la posición social de las mujeres, en el cual queda implícita las desigualdades sociales y de ejercicio de derechos.

### **Intensidad en el uso de métodos anticonceptivos de acuerdo al sexo, cohorte de nacimiento, origen social y transiciones relacionadas con la formación de familias.**

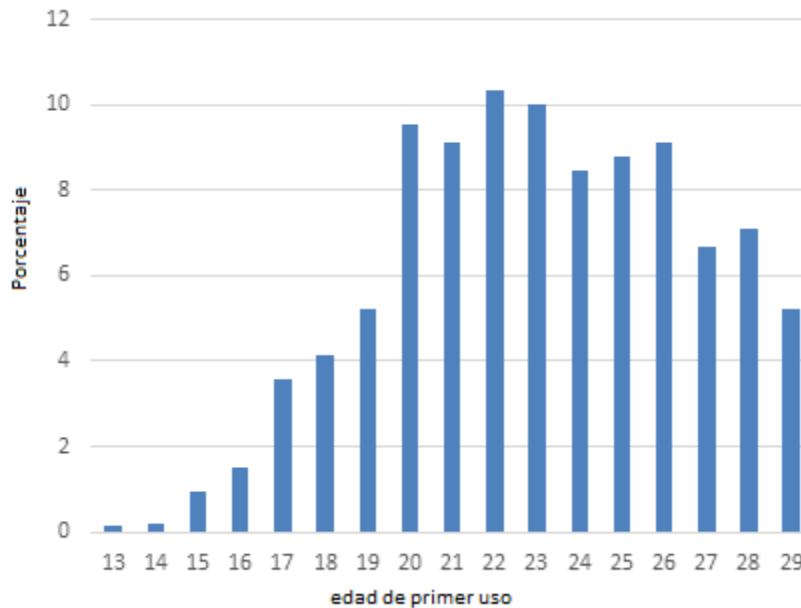
El análisis longitudinal, si bien se caracteriza por el estudio del calendario de experiencia de eventos de flujos de población, también ofrece la posibilidad de observar la intensidad con la que se presenta el evento en diferentes temporalidades.

Si bien el análisis de la intensidad de un evento demográfico no es el objetivo principal en el estudio longitudinal, brinda un primer acercamiento para la observación del evento al proporcionar las herramientas para un análisis descriptivo que preceda al estudio del calendario.

### **Edad de uso del primer método anticonceptivo**

El porcentaje de la edad de uso de métodos anticonceptivos, tomando en cuenta a las cohortes de nacimiento 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 en conjunto, hasta los 29 años, es la siguiente.

**Gráfica 3. Porcentaje del primer uso de métodos anticonceptivos en las mujeres hasta los 29 años por edad de uso, pertenecientes a las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980.**



La gráfica 3 nos brinda un primer acercamiento de las variaciones en la experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos durante la juventud de los flujos señalados anteriormente, ya que en ella se pueden notar las diferencias porcentuales de la experiencia del evento respecto a las edades en las que éste ocurrió; por lo que es posible observar el incremento paulatino del primer uso de anticonceptivos a partir de los 15 años, con repuntes importantes a los 17 y en los 20 años, permaneciendo alto el uso de métodos anticonceptivos durante la segunda década de los vida, logrando su mayor magnitud a los 22 años, presentando un declive hacia los 27 años, el cual se acentúa hacia la edad 29, cuyo nivel porcentual de uso se asemeja al que se tiene a los 19 años, es decir, anterior al segundo repunte en el uso de métodos anticonceptivos que se relaciona con la etapa de formación de familias.

Los resultados que se obtienen en esta gráfica reflejan la relación entre el uso de anticonceptivos, indistintamente de la cohorte de nacimiento a las cuales se refiera, con las transiciones que caracterizan la entrada a la adultez y la formación de familias, ya que puede observarse un aumento en el primer uso de anticonceptivos en los jóvenes en edades específicas, las cuales poseen una carga valorativa sociocultural importante al considerar que los 15 años se

comienza a notar un mayor uso respecto a los años anteriores, ocurre algo similar a los 20 años.

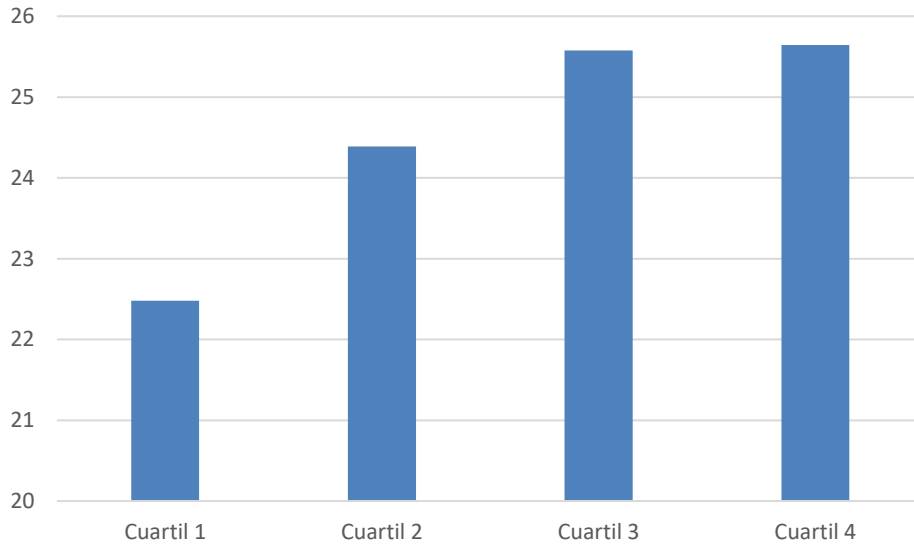
Se podría deducir de dichos incrementos que podrían estar relacionados con el inicio de la permisividad social de la actividad sexual al estar relacionadas con transiciones como el final de la educación básica, ya que para muchos jóvenes significa la culminación de sus estudios, así como la obtención de la mayoría de edad ante la sociedad y de otras transiciones relacionadas con la entrada a la adultez como la unión y la reproducción, es decir, el proceso de formación de familias, cuya etapa vital se encuentra enmarcada en la segunda década de la vida, lo cual se vincula con el periodo de fecundidad más alto en la vida fértil de las mujeres, periodo en el que se observa un mayor uso, y cuyo decremento se vincula con los últimos años de esta década.

De acuerdo con lo expuesto puede notarse la importancia de la edad como diferenciador en la experiencia del primer uso de anticonceptivos en el periodo de la juventud.

### **Primer método anticonceptivo utilizado por origen social**

El origen social es una característica a través de la cual también puede observarse la diferencia en el primer uso de métodos anticonceptivos, ya que ésta refiere a la experiencia del evento en relación con la estratificación social, en términos educativos, laborales y poder adquisitivo. Con ello se expresa el vínculo entre aspectos sistémicos estructurales y el comportamiento demográfico mediado por características de la familia. De manera que puede notarse en la observación por origen social, la diferenciación de acumulación de capitales (social simbólico y económico) que poseen de origen los jóvenes observados, lo cual repercute en la formación de habitus específicos y correspondientes a un determinado comportamiento sexual y reproductivo que remite a un cierto ritmo y orden de las transiciones que caracterizan la formación de familias y a un determinado comportamiento en el uso de anticonceptivos.

**Gráfica 4. Porcentaje de primer uso de métodos anticonceptivos en las mujeres hasta los 29 años por cuartiles, pertenecientes a las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980.**



De acuerdo con la gráfica 4 pueden notarse las diferencias del primer uso de métodos anticonceptivos considerando la división en cuartiles del origen social de las cohortes de nacimiento señaladas, lo cual puede relacionarse con un mayor primer uso de métodos anticonceptivos mientras aumenta el cuartil, por lo que se podría sugerir que entre más alto es el cuartil socioeconómico, mayor acumulación de capital social, económico y simbólico entre mejor posición en la jerarquía social se tenga, lo cual aumenta la posibilidad del ejercicio de derechos sexuales y reproductivos vinculado con las necesidades específicas de la población joven.

#### **Primer método anticonceptivo utilizado por origen social y sexo.**

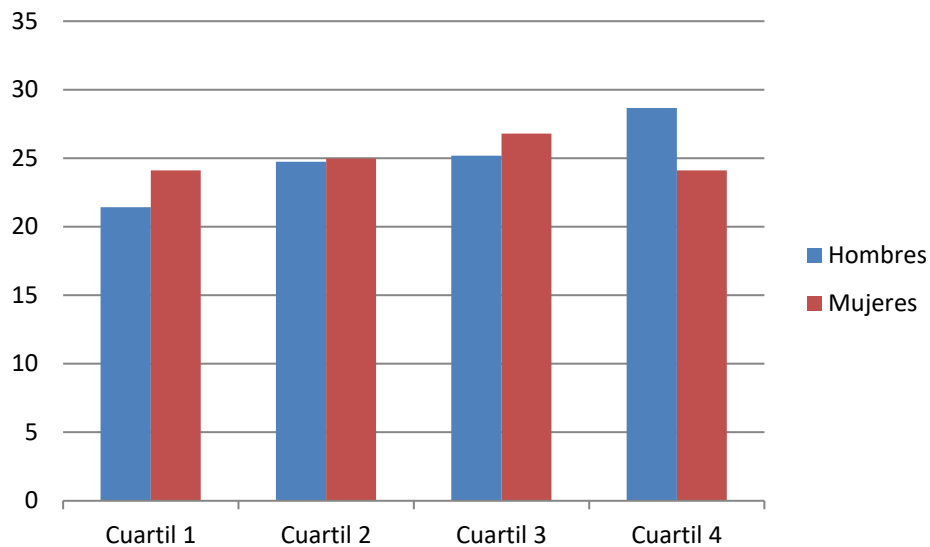
Otra característica relevante es el sexo de los usuarios, pues hombres y mujeres poseen patrones sexuales y reproductivos distintos (Szasz, 2008), los cuales pueden ser observados en la gráfica 5, donde se muestra que en el primer uso de anticonceptivos, a partir de ello puede notarse un primer uso diferenciado por sexo y un incremento del primer uso de métodos anticonceptivos entre más alto es el cuartil en el caso de los hombres, mientras que en el caso de las

mujeres esta tendencia solo se sigue hasta el tercer cuartil pues en el cuartil más alto baja el nivel.

Estas variantes al estar relacionadas con las diferencias de estratificación social y sexo, muestran un comportamiento diferenciado dependiendo de la posición en la jerarquía educativa, laboral y de poder adquisitivo, lo cual se encuentra relacionado con una diferencia de acumulación de capitales que se objetiva en un comportamiento anticonceptivo más intenso entre mejor posición en la jerarquía se tenga y por tanto entre mayor acumulación de dichos capitales se tenga, como se observa en los hombres.

Por otro lado en el caso de las mujeres también puede notarse esta misma tendencia en los tres primeros cuartiles, en los cuales además se observa un incremento en el primer uso de anticonceptivos respecto a los hombres lo cual se encontraría relacionado con una mayor oferta de anticonceptivos femeninos y una mayor coerción social para que sea la mujer la que los utilice en estos estratos sociales. Sin embargo, en el cuartil más alto las mujeres tienen un decremento en el primer uso respecto a los hombres y a las mujeres de los cuartiles inferiores, lo cual pudiera relacionarse con una relación de género más equitativa en la que la responsabilidad del primer uso no recaerá en la mujer, como sucede en los estratos más bajos de forma más evidente, por lo que el primer uso deja entrever las relaciones de género desiguales entre menos capitales sociales, simbólicos y económicos se tenga.

**Gráfica 5. Porcentaje de primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años por origen social y sexo.**

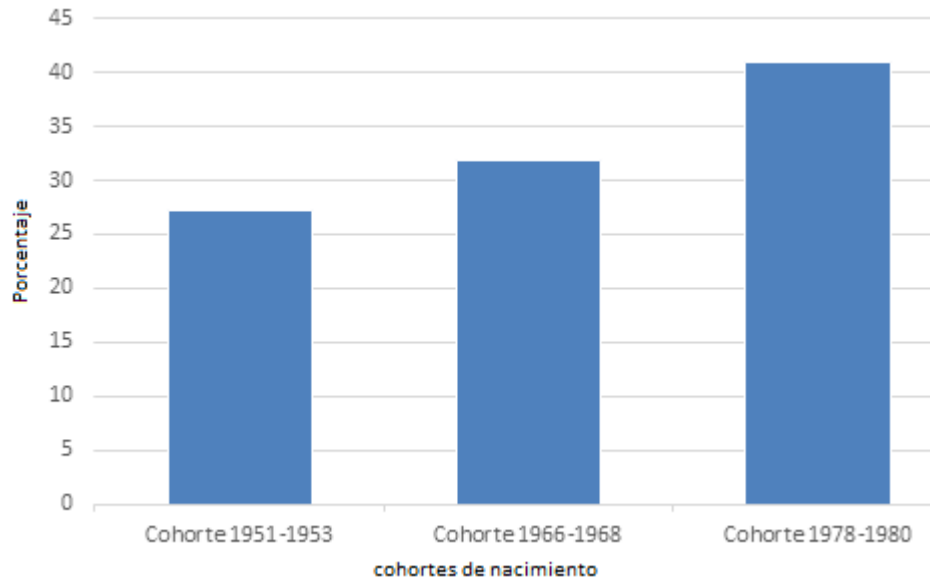


### **Primer método anticonceptivo utilizado por cohorte de nacimiento.**

Las diferencias en el primer uso de métodos anticonceptivos de acuerdo al contexto sociohistórico en el cual el evento tiene lugar puede observarse en la comparación por cohortes de nacimiento, ya que éstas refieren a la primera experiencia de uso de métodos anticonceptivos en un intervalo temporal común para un conjunto de individuos nacidos en los mismos años, y por tanto, poseen características compartidas en el ritmo, orden y significado que se le otorga a este evento dadas las especificidades por factores contextuales, internalizados mediante el proceso de socialización, lo cual hace singular a cada cohorte de nacimiento.

De esta manera la distribución del uso de métodos anticonceptivos por cohorte de nacimiento no será la misma al depender de los condicionamientos que considera Coale (Quilodrán & Juárez, 2009), los cuales remiten a aspectos económicos, políticos, sociales y culturales, así como a variaciones en la permisividad sexual durante la juventud, tal como se puede notar en la gráfica siguiente.

**Gráfica 6. Porcentaje de primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por cohorte de nacimiento.**



De acuerdo con la gráfica 6 puede notarse el incremento en el porcentaje de primer uso de anticonceptivos conforme la cohorte de nacimiento es más joven. Estos resultados muestran que el primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años cambió en los últimos cuarenta años, considerando la influencia contextual histórica en la experiencia de la juventud de las cohortes de nacimiento analizadas, refiriendo con ello, a cambios en los patrones sexuales, reproductivos y socioafectivos en esta etapa de la vida.

Este cambio es parte de un proceso que comenzó a observarse con el comportamiento reproductivo diferenciado de las pioneras respecto al común de las mujeres de su época, el cual se orientaba a la postergación de la unión y la disminución de su descendencia (Quilodrán & Juárez, 2009). Dicho comportamiento fue catalizado por los cambios socioculturales que devinieron, entre ellos, la revolución sexual, así como cambios en lo formal, como puede notarse con las reformas en política de población de los años setenta, dando como resultado un rápido aumento de la anticoncepción de mujeres unidas<sup>32</sup> y la

---

<sup>32</sup> Los programas de planificación familiar de los años setenta, el uso de métodos anticonceptivos comenzó a generalizarse y a tener un impacto importante en la población femenina así como en su descendencia, aunque su uso se centraba exclusivamente en las mujeres unidas, debido a la oferta anticonceptiva, dejando de lado, además de los hombres, a las mujeres solteras, jóvenes y

disminución en fecundidad. Estas condiciones sociales fueron el contexto en el cual las mujeres de la cohorte de nacimiento antigua e intermedia experimentaron el primer uso de anticonceptivos entre los 12 y 29 años, aunque la cohorte intermedia también experimento los cambios que producirían el contexto económico, político y social durante los ochenta en la reproducción, de manera que lo que imperaba era el discurso de la crisis económica, la planificación familiar y el comienzo de la expansión del SIDA, así como incremento de la oferta de anticonceptivos durante esa década y la siguiente.

En cuanto a la cohorte de nacimiento joven, tanto el avance tecnológico reflejado en la variedad de anticonceptivos, su mayor difusión, apertura al uso, facilidad de acceso, debido a su comercialización por parte del sector privado, así como el cambio en los patrones sexuales y reproductivos de la población joven se reflejan en el aumento del primer uso de anticonceptivos respecto al de las cohortes anteriores, ya que para este momento el discurso de una vida sexual y reproductiva sana, a través del uso de métodos anticonceptivos, era lo que imperaba en las medidas políticas y sociales de ese momento, con el objetivo de proteger la salud contra cualquier infección de transmisión sexual así como de difundir la anticoncepción.

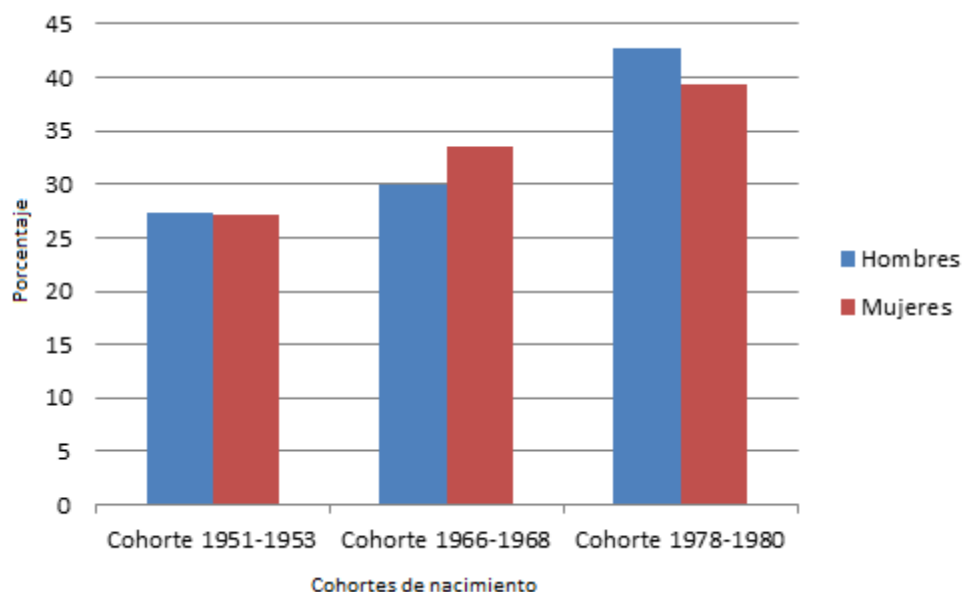
---

adolescentes. Estas condiciones sociales fueron el contexto en el cual las mujeres de la cohorte de nacimiento antigua e intermedia experimentaron el primer uso de anticonceptivos entre los 12 y los 29 años de edad.



## Primer método anticonceptivo utilizado por cohorte de nacimiento y sexo.

Gráfica 7. Porcentaje del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por sexo.



De acuerdo a lo observado el primer uso de métodos anticonceptivos entre los 12 y 29 años incrementa conforme la cohorte de nacimiento es más joven. Asimismo, en la gráfica 7 puede notarse que entre cohortes de nacimiento se tiene un porcentaje de niveles semejantes por sexo en la cohorte antigua, mientras que en la cohorte intermedia presenta un porcentaje mayor en el caso de las mujeres; por otra parte es en la cohorte joven donde hay más que mujeres.

Estas variaciones pueden vincularse con los cambios experimentados a través del tiempo en el primer uso de métodos anticonceptivos para la población entre los 12 a los 29 años, los cuales relacionan su incremento y uso diferenciado por sexo, con la facilidad de disponibilidad, acceso y apertura que los métodos anticonceptivos han tenido dependiendo de las condicionantes económicas, políticas, sociales y culturales del contexto en el que cada una de las cohortes de nacimiento es observada. De esta manera es posible explicar el motivo por el cual el primer uso de anticonceptivos si bien comienza siendo muy similar por sexo en la cohorte antigua, comienza a diferenciarse en la cohorte intermedia al considerar

que la oferta de anticonceptivos se vuelve más amplia teniendo en cuenta el desarrollo tecnológico y la responsabilidad que se le confiere a la mujer por parte de la pareja y socialmente en la regulación de la fecundidad, lo cual se refuerza con políticas públicas que tuvieron lugar en el periodo en el que las cohortes de nacimiento experimentaron la juventud. Por otro lado la cohorte más joven presenta el comportamiento opuesto aunque sigue la misma lógica pues el desarrollo tecnológico, el acceso, la disponibilidad y apertura de métodos eficaces más baratos y prácticos como es el condón, comienza a tener más popularidad entre los miembros masculinos de la cohorte joven, por lo que estas diferencias por sexo en el primer uso de métodos anticonceptivos pueden referir a necesidades diferenciadas dependiendo de la temporalidad en la que se experimentó la juventud para cada una de las cohortes señaladas.

### **Primer tipo método anticonceptivo utilizado por cohorte de nacimiento.**

La influencia contextual en el tipo de método anticonceptivo utilizado por primera vez por las tres cohortes de nacimiento, también puede observarse en el incremento del uso de anticonceptivos modernos.

**Cuadro 1. Distribución porcentual de uso de métodos modernos<sup>33</sup> y tradicionales<sup>34</sup> hasta los 29 años por cohorte de nacimiento.**

<b>Método</b>	<b>Cohorte 1951-1953</b>	<b>Cohorte 1966-1968</b>	<b>Cohorte 1978-1980</b>
<i>Tradicional</i>	12.1	10.1	4.7
<i>Moderno</i>	87.9	89.9	95.3

De acuerdo con el cuadro 1, se observa el incremento de los anticonceptivos modernos en el primer uso de los jóvenes, lo cual puede relacionarse con los cambios que el contexto sociohistórico ha permitido en cuanto a la variedad de

<sup>33</sup> En esta categoría se consideraron los siguientes métodos: pastillas, DIU, inyecciones o Norplant, condones, operación femenina y operación masculina.

<sup>34</sup> En esta categoría se consideró la opción de métodos naturales.

métodos y sus diferencias en efectividad y prolongación de uso, así como en la disponibilidad, acceso y apertura al uso relacionado con la legitimación de patrones sexuales y reproductivos alternos relacionados con el seguimiento de proyectos de vida no normativos y la preservación de la salud.

El primer uso de anticonceptivos modernos es mayor en el caso de la cohorte joven, a pesar de que entre la cohorte antigua e intermedia existe una diferencia de 15 años, el aumento en el primer uso es de 2 puntos porcentuales, esta brecha se triplica entre la cohorte intermedia y la más reciente aunque solo se distancian 10 años.

### **Primer tipo método anticonceptivo utilizado por cohorte de nacimiento y sexo.**

**Cuadro 2. Distribución porcentual de uso de métodos modernos y tradicionales hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por sexo.**

<b>Método</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<i>Tradicional</i>	10.7	6.7
<i>Moderno</i>	89.3	93.3

De acuerdo con el cuadro 2, puede notarse la variación en el primer uso de métodos modernos y tradicionales por sexo de los usuarios, los cuales si bien siguen la tendencia de aumento en el uso de métodos modernos, en el caso de las mujeres ésta es mayor, lo cual puede relacionarse con la diferencia en la gama de métodos anticonceptivos modernos por sexo, dado que en el caso de las mujeres está es mayor y ha sido secundada desde hace cuarenta años por la política pública orientada a la planificación familiar y posteriormente a la salud sexual y reproductiva; de la misma manera que muestra el peso social que recae en las mujeres en materia anticonceptiva, principalmente en una anticoncepción regulada con mayor eficacia como lo es en el caso de los métodos modernos.

## Primer tipo método anticonceptivo utilizado por cohorte de nacimiento y origen social.

**Cuadro 3. Distribución porcentual de uso de métodos modernos y tradicionales hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por cuartiles.**

Método	Cuartil 1	Cuartil 2	Cuartil 3	Cuartil 4
<i>Tradicional</i>	8.2	6.2	9.5	9.5
<i>Moderno</i>	91.8	93.8	90.5	90.5

Respecto al uso diferenciado de métodos tradicionales y modernos por origen social que se presenta en el cuadro 3, al observar los cuartiles del IOS, se puede notar que las variaciones en el primer uso de métodos anticonceptivos es pequeña en ambas categorías, siguen la lógica de presentar un porcentaje menor al 10 por ciento en el caso de los métodos tradicionales y más del 90 por ciento en los modernos.

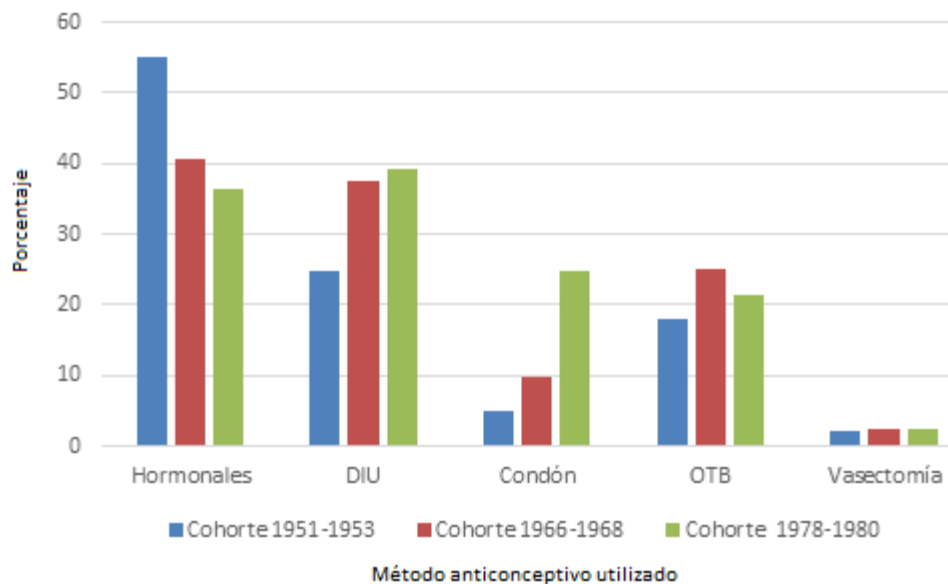
Aunque el mayor uso de métodos tradicionales se sitúa en el tercer y cuarto cuartil, lo cual puede relacionarse con un mayor primer uso de anticonceptivos en el caso de los hombres para estos estratos sociales, como se había observado en la gráfica 5, teniendo en consideración que son los hombres quienes presentan un mayor porcentaje de primer uso de métodos tradicionales respecto a las mujeres, por lo que si bien en los estratos sociales altos los hombres presentan un mayor porcentaje de primer uso de anticonceptivos, lo estarían haciendo con métodos tradicionales.

Asimismo, serían las mujeres quienes aportarían un mayor porcentaje de primer uso de anticonceptivos modernos en el caso de los estratos más bajos, con lo que se estaría exponiendo una vez más las diferencias de género en cuanto a la regulación de la concepción, siendo controlada con mayor eficacia en las mujeres, como resultado de las políticas de planificación familiar, además de pertenecer a los estratos sociales más bajos, lo cual relacionaría el tipo de método utilizado con la desigualdad social, vinculando las posiciones inferiores con métodos más invasivos para el cuerpo e incluso, irreversibles.

## Primer tipo método anticonceptivo utilizado por cohorte de nacimiento.

Como ha podido observarse, el uso de métodos anticonceptivos modernos posee una magnitud porcentual mayor respecto a los tradicionales en las cohortes señaladas. No obstante, los métodos modernos incluyen una variedad de tipos de anticonceptivos que se distribuyen de manera diferenciada de acuerdo a la cohorte de nacimiento como puede notarse en la siguiente gráfica.

**Gráfica 8. Porcentaje del primer tipo de método anticonceptivo usado hasta los 29 años por cohorte de nacimiento.**



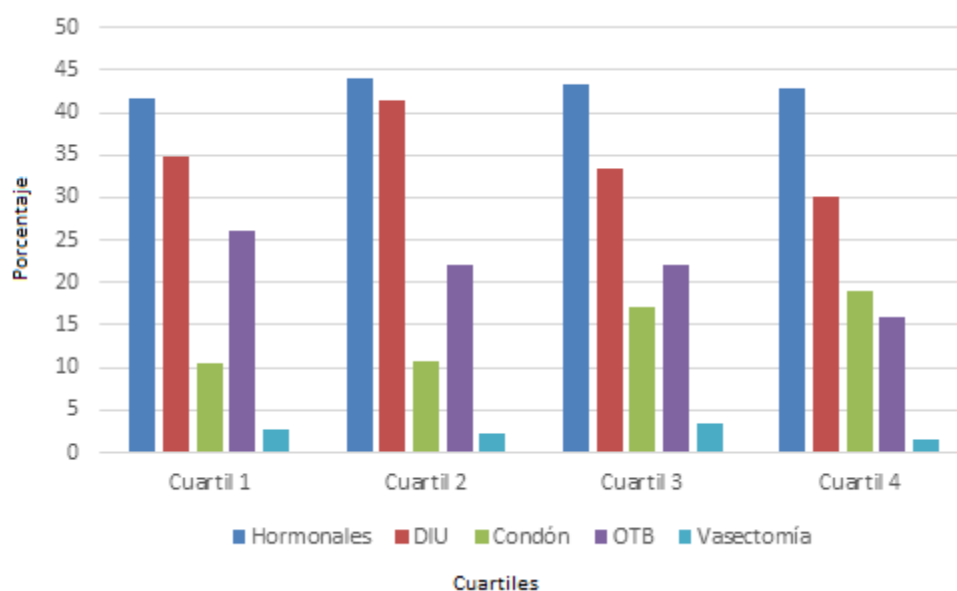
De acuerdo a lo expuesto se pueden observar las diferencias en la preferencia de ciertos tipos de métodos anticonceptivos según la cohorte de nacimiento en la gráfica 8, en las cuales se refirma lo encontrado por los estudios longitudinales precedentes de Bruguilles (2004) respecto a la cohorte antigua e intermedia siendo los métodos más utilizados en el primer uso de los métodos hormonales, el Dispositivo Intrauterino (DIU) y la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), cuyas tendencias en el primer uso se vinculan con la meta de bajar los niveles de fecundidad de la política de planificación familiar sin importar la salud de las mujeres (Hernández, López & Velarde, 2013), así como el primer uso de métodos anticonceptivos para limitar y no para espaciar nacimientos (Cárdenas, 2016).

Los cambios en los tipos de métodos más utilizados corresponden a la cohorte 1978-1980, pues el DIU se convierte en el método más utilizado, seguido de los métodos hormonales y el condón, este último incrementa su uso en cerca de 5 veces si se comparan las cohortes anteriores, lo que es probablemente reflejo de las políticas de población que en las últimas décadas se han centrado en promover el uso del preservativo en los jóvenes ya que es el único método que previene de un embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual.

De esta manera se observa que el perfil de usuarios cambió, incorporando a los hombres y a los métodos reversibles, lo cual refleja una mayor disponibilidad de variedad y acceso de anticonceptivos, así como cambios en las relaciones de género y de la anticoncepción, dando como resultado que el tipo de método utilizado por primera vez por los jóvenes se acerque más a las necesidades de los usuarios, acorde con los programas de salud sexual y reproductiva.

### Primer tipo de método anticonceptivo utilizado por origen social

**Gráfica 9. Porcentaje del tipo de método anticonceptivo usado hasta los 29 años por cuartiles.**



En el primer uso de métodos anticonceptivos por origen social como se muestra en la gráfica 9, pueden observarse variaciones en la intensidad principalmente en el caso de aquellos métodos cuyos usuarios son hombres, es decir, el condón y la vasectomía, ya que el uso del condón se incrementa en los dos últimos cuartiles del IOS respecto a los primeros, sin embargo, la utilización de la vasectomía es menor en el último cuartil respecto a los anteriores. En el caso de los métodos cuyos usuarios son mujeres, también en los últimos cuartiles puede notarse un decremento en la intensidad de uso de DIU y de OTB respecto a los primeros cuartiles.

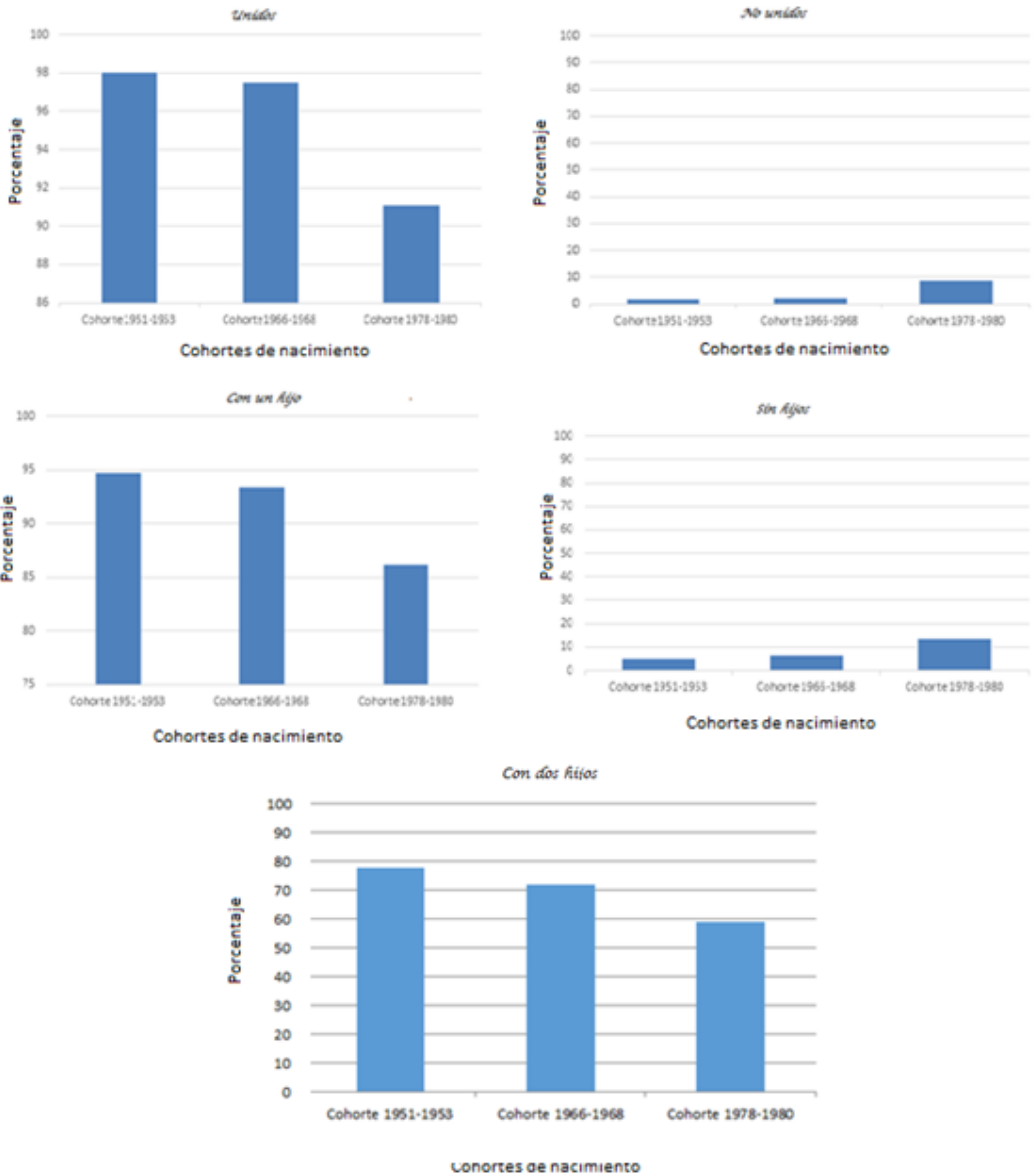
Estas preferencias en el tipo de método utilizado por primera vez por origen social, refieren a una relación entre posiciones jerárquicas mayores en la estratificación social con una mayor capacidad de decisión de los usuarios sobre sus necesidades anticonceptivas como resultados de los atributos por origen social que poseen los flujos de población que se encuentran en esta clasificación, de tal manera que el tipo de método anticonceptivo moderno utilizado por primera vez por los jóvenes nos estaría refiriendo a desigualdades sociales que se traducirían en desigualdades en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva plena, informada respecto a la elección del método anticonceptivo acorde a las necesidades de la persona.

### **Primer método anticonceptivo utilizado por transiciones de formación de familias y cohorte de nacimiento.**

Al tomar en cuenta las diferencias en el primer uso de métodos anticonceptivos de acuerdo con las transiciones que caracterizan a la formación de familia, resultan importantes las variaciones por cohorte de nacimiento, como se muestra en el gráfica 10, en las cuales se puede notar que la intensidad de primer uso de anticonceptivos entre quienes han experimentado la primera unión y el primer hijo, presenta una disminución entre más joven es la cohorte, principalmente en la más reciente, ya que es en ella en donde puede observarse una mayor intensidad de primer uso de anticonceptivos entre los jóvenes que no

se han unido y no tienen hijos, lo cual brinda un acercamiento al cambio de calendario de primer uso de anticonceptivos relacionado con las transformaciones en los patrones sexuales y reproductivos, como parte del contexto sociohistorico en el que cada cohorte experimentó la juventud, dando como resultado la confluencia del primer uso de anticonceptivos con un proceso ordinal distinto en la formación de familias para la cohorte más reciente respecto a sus predecesoras.

**Gráfica 10. Porcentaje del primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por cohorte de nacimiento y si han experimentado previamente la unión y el nacimiento del primer y segundo hijo.**





Estas diferencias en los niveles de intensidad de uso respecto a la experiencia de la primera unión y el primer hijo, se encuentran relacionadas con el cambio en los patrones sexuales y reproductivos, por tanto con el tamaño de familia alcanzado de la descendencia al final de la juventud de las cohortes de nacimiento, de manera que la intensidad de uso decrece al segundo hijo, lo cual refiere a las diferencias temporales en la exposición al riesgo de procrear durante la juventud entre cohortes.

Este cambio resulta ser más notorio en el caso de la cohorte 1978-1980 respecto de aquel que se observa en la cohorte intermedia, lo cual se vincula con las diferencias observadas anteriormente en la fecundidad al final del periodo de observación y con el momento en el que tiene lugar el primer uso de anticonceptivos; es decir, con las diferencias en la temporalidad de experiencia de la transición sexual, marital y de procreación, correspondiente a un patrón moderno, al considerar que el intervalo de tiempo entre cada una de ellas es mayor para la cohorte de nacimiento joven.

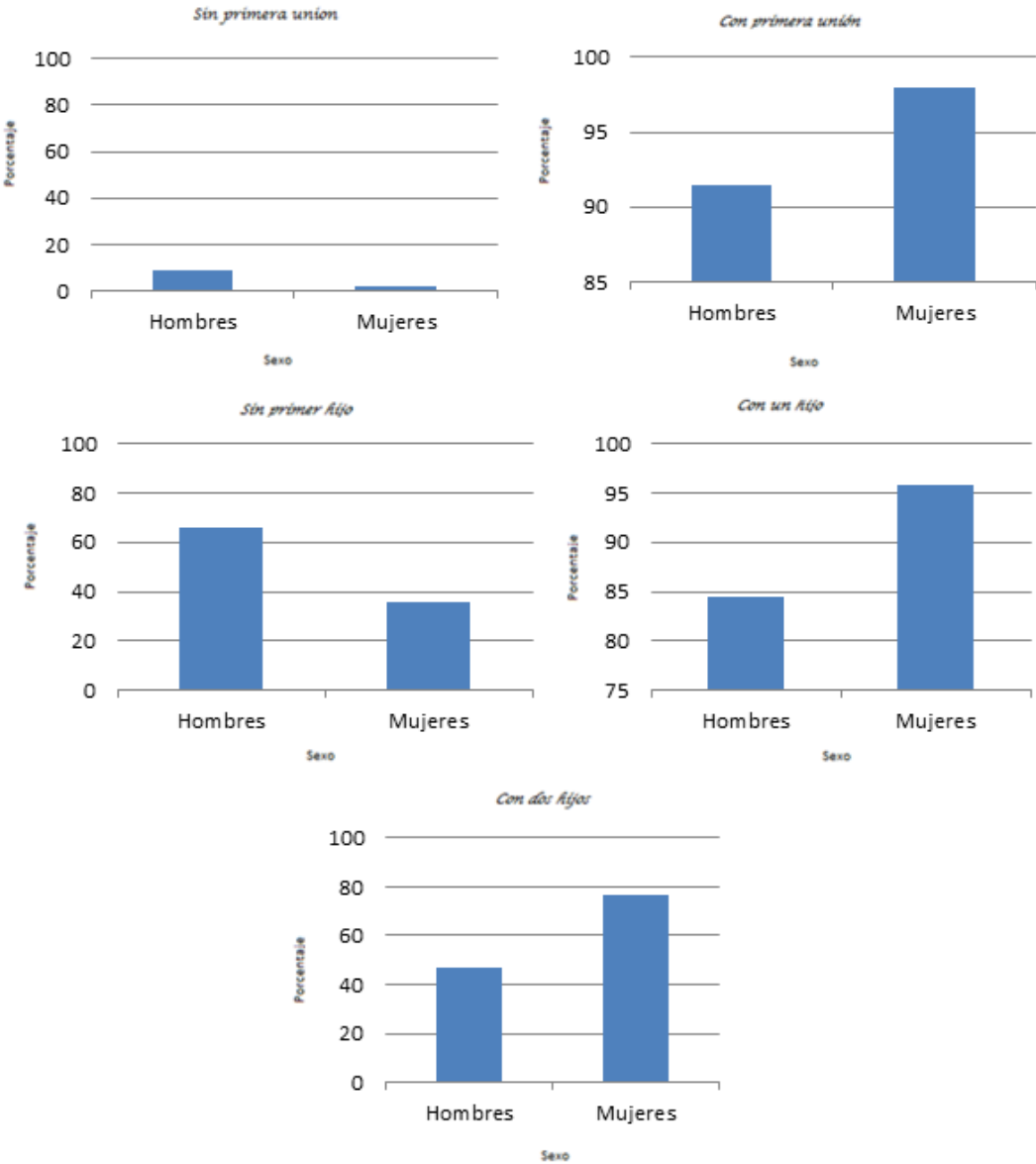
### **Primer método anticonceptivo utilizado por transiciones de formación de familias y sexo.**

Respecto a las diferencias por sexo en el primer uso de métodos anticonceptivos, resultan ser más notorias en el caso de los hombres que nunca se unieron por primera vez y de aquellos que no tuvieron su primer hijo en el periodo de observación, ya que éstos presentan una mayor intensidad de uso respecto a las mujeres. Sin embargo, son las mujeres que tuvieron su segundo hijo hasta los 29 años las que presentan una mayor intensidad en el primer uso de anticonceptivo respecto a los hombres. Por otra parte, los hombres y mujeres que experimentaron su primera unión y el nacimiento de su primer hijo durante su juventud, poseen niveles de intensidad de uso similares (Gráfica 11).

Este comportamiento diferenciado en el primer uso de anticonceptivos, muestra el mantenimiento de los roles de género acordes al vínculo del inicio de la vida sexual y reproductiva con el uso de métodos anticonceptivos, ya que los

hombres poseen un calendario más temprano el cual refleja la desvinculación entre la reproducción y el primer uso de métodos anticonceptivos, a diferencia de las mujeres cuyo primer uso se encuentra mayormente ligado con el inicio de la reproducción, principalmente después de la unión, como parte de la responsabilidad socialmente atribuida a la mujer, lo cual refleja la desigualdad de género.

**Gráfica 11. Porcentaje del primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años por sexo.**

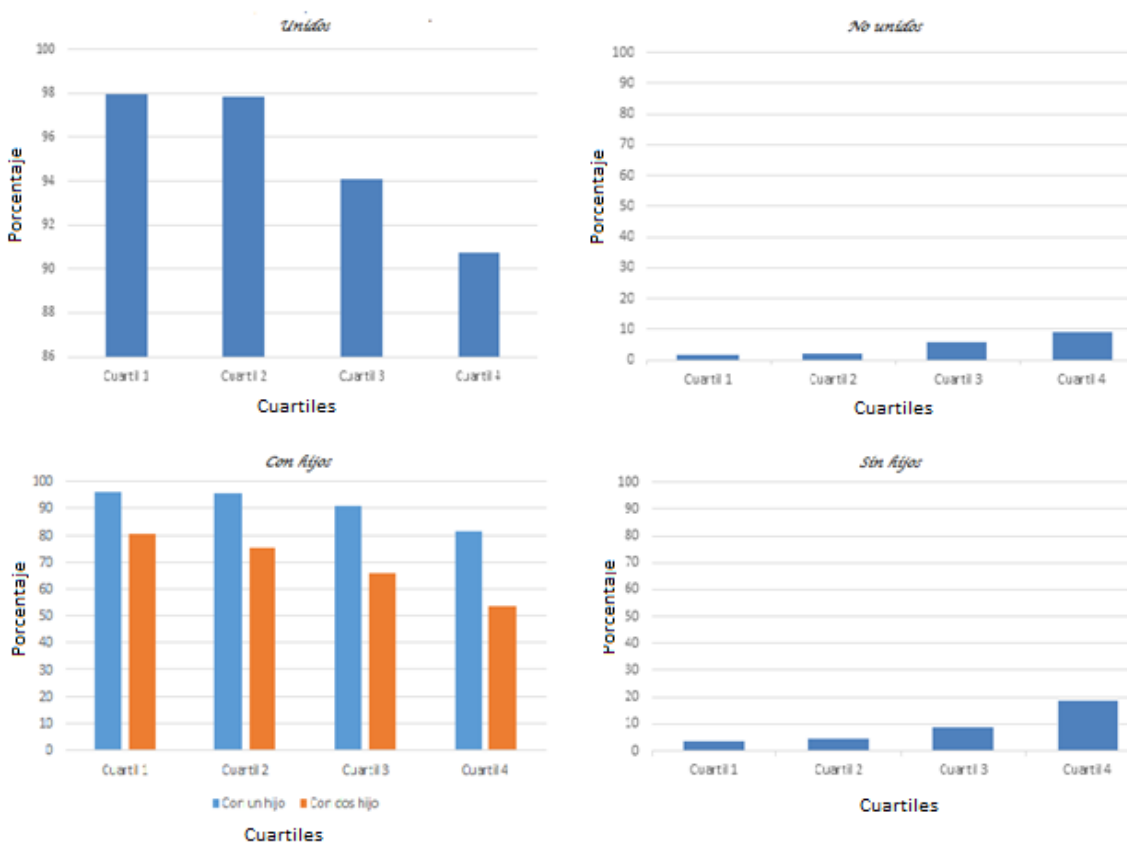


## **Primer método anticonceptivo utilizado por transiciones de formación de familias y origen social.**

Al considerar la relación entre el origen social y las transiciones de formación de familias con el primer uso de métodos anticonceptivos, como se muestra en el gráfica 12, puede notarse una mayor intensidad en el tercer y cuarto cuartil respecto al resto entre quienes no experimentaron la primera unión y el nacimiento del primer hijo dentro del periodo de observación; en tanto que los miembros de las cohortes de nacimiento que experimentaron el nacimiento de su primer y segundo hijo, presentan una disminución de la intensidad de uso en los cuartiles más altos.

De esta manera el primer uso de métodos anticonceptivos se presenta de forma diferenciada entre los grupos más ricos y más pobres, relacionado con diferentes calendarios en la experiencia de primer uso de anticonceptivos, ya que los más ricos demuestran poseer condiciones distintas acorde a una mayor autonomía del primer uso respecto a las transiciones de formación de familias, lo cual indica que poseen características diferentes respecto a los pobres, en el aspecto educativo, laboral y adquisitivo que reflejan un habitus sexual y reproductivo propio que dista del modelo tradicional enmarcado en el primer uso de métodos anticonceptivos en el contexto de formación de familias, como sucede en el caso de los grupos pobres, lo cual también denota su propio habitus y confiere diferencias en el calendario de uso, así como tamaño de descendencia, pues en el caso de los grupos más pobres poseen un incremento de primer uso, respecto a los ricos, cuando ya han tenido dos hijos, a diferencia de los ricos cuyo uso es menor en las condiciones mencionadas.

**Gráfica 12. Porcentaje de primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años por cuartiles.**



**Primer tipo de método anticonceptivo femenino utilizado por cohorte de nacimiento.**

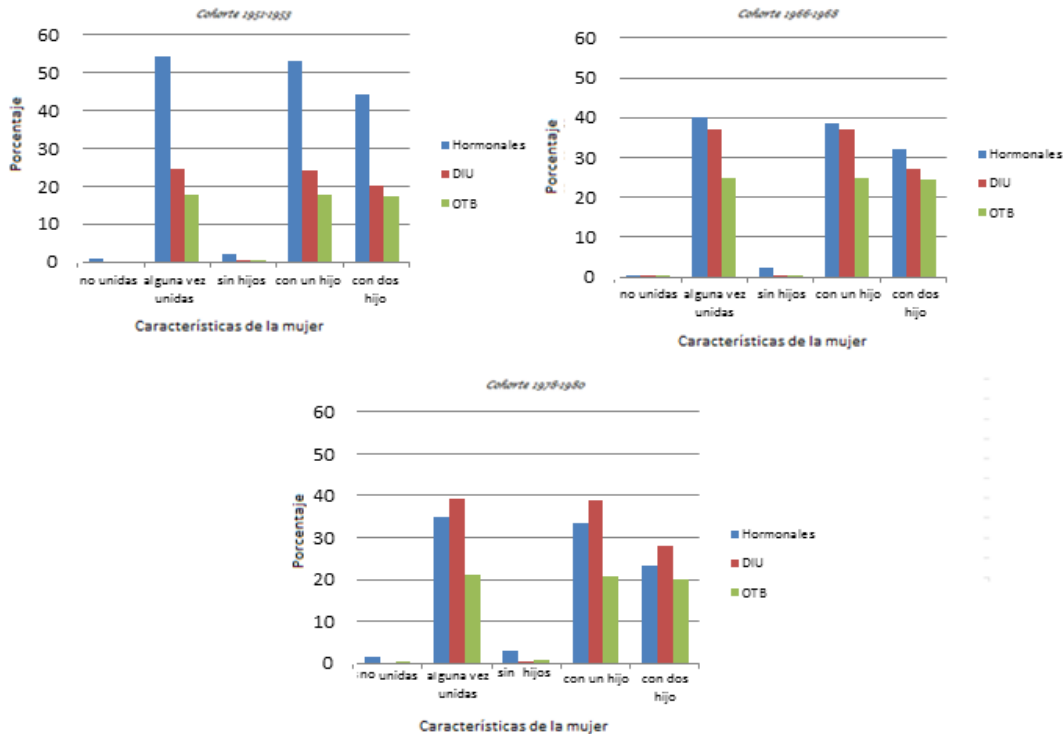
Por otra parte, cuando se realiza la observación de las variaciones en el primer uso de métodos anticonceptivos además por tipo anticonceptivo utilizado, como en la gráfica 13, puede notarse que en el caso de los anticonceptivos femeninos se mantiene la tendencia por cohorte de nacimiento de la predominancia de los métodos más utilizados en la cohorte antigua e intermedia, indistintamente de la experiencia de las transiciones a la formación de familias, sin embargo, para el caso de la cohorte joven aumenta el uso del DIU respecto a los métodos hormonales cuando ya se ha experimentado alguna transición correspondiente al proceso de formación de familias.

Asimismo, se reafirma la importancia de la primera unión, el primer y segundo hijo en la ocurrencia del primer uso de métodos anticonceptivos en el caso de las mujeres, siendo el primer hijo el evento que antecede principalmente a este evento y el que muestra con mayor claridad la tendencia de la preferencia de tipo de métodos utilizados por cohorte de nacimiento.

En el caso de las mujeres que no se unieron, o bien, no tuvieron un hijo durante el periodo de observación, no se notan grandes cambios entre cohorte de nacimiento, pues se observa una mayor la utilización de métodos hormonales como la que predomina.

Estas diferencias de intensidad de primer uso por cohorte de nacimiento y tipo de método muestran la importancia del tiempo histórico sobre el familiar, al reafirmar la tendencia de una mayor utilización de anticonceptivos por primera vez por las mujeres que han experimentado la primera unión y el nacimiento del primer hijo, acorde a las primeras medidas de planificación familiar y de esta manera, reafirmando el inicio de la vida anticonceptiva vinculada con las transiciones a la formación de familias y, por tanto, a un patrón tradicional, que refuerza las desigualdades de género observadas en el uso de métodos anticonceptivos, las cuales enmarcan el primer uso en el caso de las mujeres en el proceso de formación de familia.

**Gráfica 13. Porcentaje del tipo de método anticonceptivo al primer uso, según las características de las mujeres por cohorte de nacimiento.**



**Primer tipo de método anticonceptivo masculino utilizado por cohorte de nacimiento.**

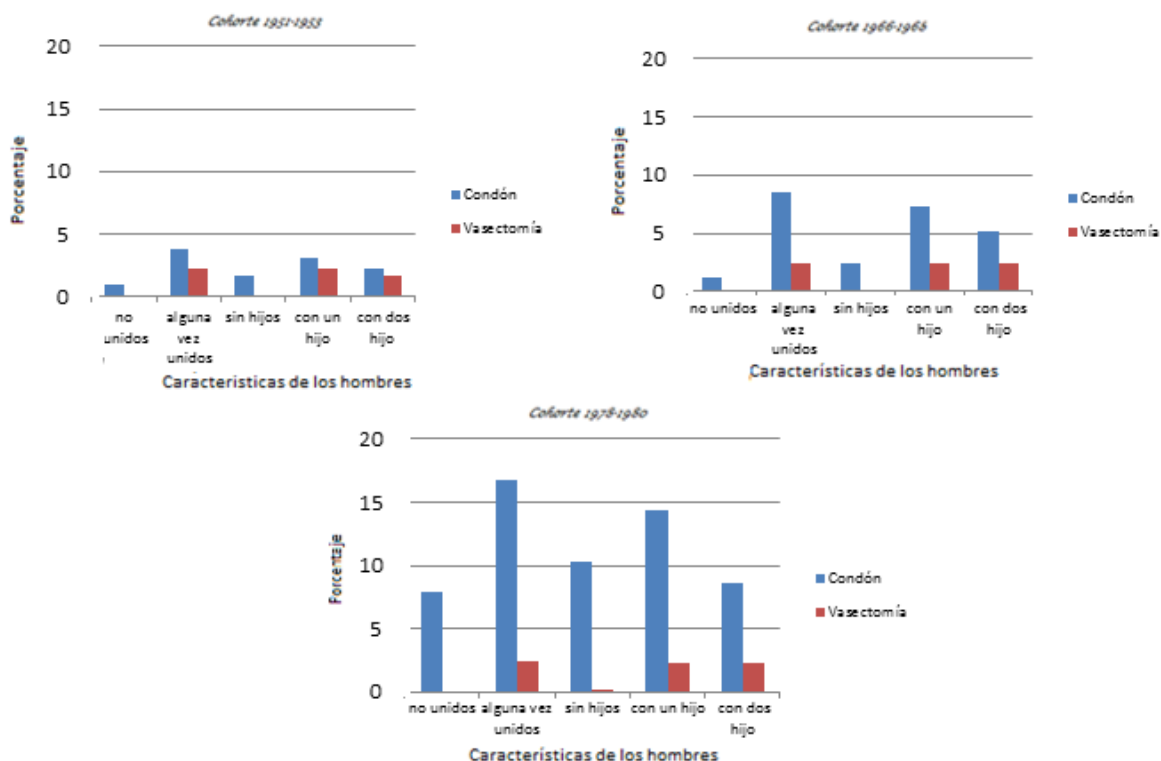
Al igual que en el caso de las mujeres el primer uso de métodos anticonceptivos masculinos, como puede notarse en la gráfica 14, refuerza la tendencia observada por cohorte de nacimiento sobre tipo de métodos más utilizados, lo cual se refleja en la distribución porcentual por anticonceptivo y en sus variaciones intra y entre cohortes, ya que puede notarse el incremento de primer uso del condón respecto a la vasectomía al interior de cada cohorte de nacimiento, así como el aumento de primer uso de ambos métodos mientras más joven es la cohorte de nacimiento.

Estas tendencias en la intensidad de primer uso de anticonceptivos, al igual que en el caso de las mujeres, se presentan de manera indistinta a la experiencia de alguna de las transiciones de formación de familias cuando se observa por cohorte de nacimiento.

No obstante, a diferencia de las mujeres, la mayor intensidad de primer uso de anticonceptivos, es observada en el caso de los miembros de las cohortes de nacimiento que experimentaron la primera unión durante el periodo de observación, principalmente del uso del condón respecto a la vasectomía. Asimismo, puede notarse el incremento de la intensidad de primer uso entre aquellos miembros de las cohortes de nacimiento que no experimentaron la primera unión, así como de aquellos que no tuvieron hijos durante el periodo de observación, siendo éstos últimos los que presentan no solamente el incremento en la utilización de condón sino también de la vasectomía en la cohorte joven.

Estas diferencias en el uso por primera vez algún método anticonceptivo por cohorte de nacimiento y tipo de método utilizado, muestran la relevancia del tiempo histórico y social en el familiar, al considerar el espaciamiento y la limitación de la descendencia que permiten los anticonceptivos, y su utilización cada vez más desligada de las transiciones de formación de familias y con ello el reforzamiento de los roles de género en cuanto a la reproducción y la anticoncepción, mientras la cohorte de nacimiento es más joven, pero también del incremento de la relación entre la vida sexual activa y el uso de métodos anticonceptivos en el caso de los hombres, lo cual se refleja en el primer uso antes de las transiciones de formación de familias, de la misma manera que se observa un incremento en la responsabilidad de la limitación de la familia cuando ya se ha iniciado alguna de las transiciones de formación de ésta. Por lo que si bien sigue existiendo la diferencia en el primer uso de anticonceptivos acorde a roles de género también es cierto que esta brecha entre el uso entre hombres y mujeres en la etapa de la cúspide reproductiva comienza a cambiar al comenzarse a observar un incremento en el primer uso de métodos anticonceptivos masculinos, lo cual nos podría indicar una posible dirección hacia una menor desigualdad de género.

**Gráfica 14. Porcentaje del tipo de método anticonceptivo al primer uso, según las características de los hombres por cohorte de nacimiento.**



### Primer tipo de método anticonceptivo femenino utilizado por origen social.

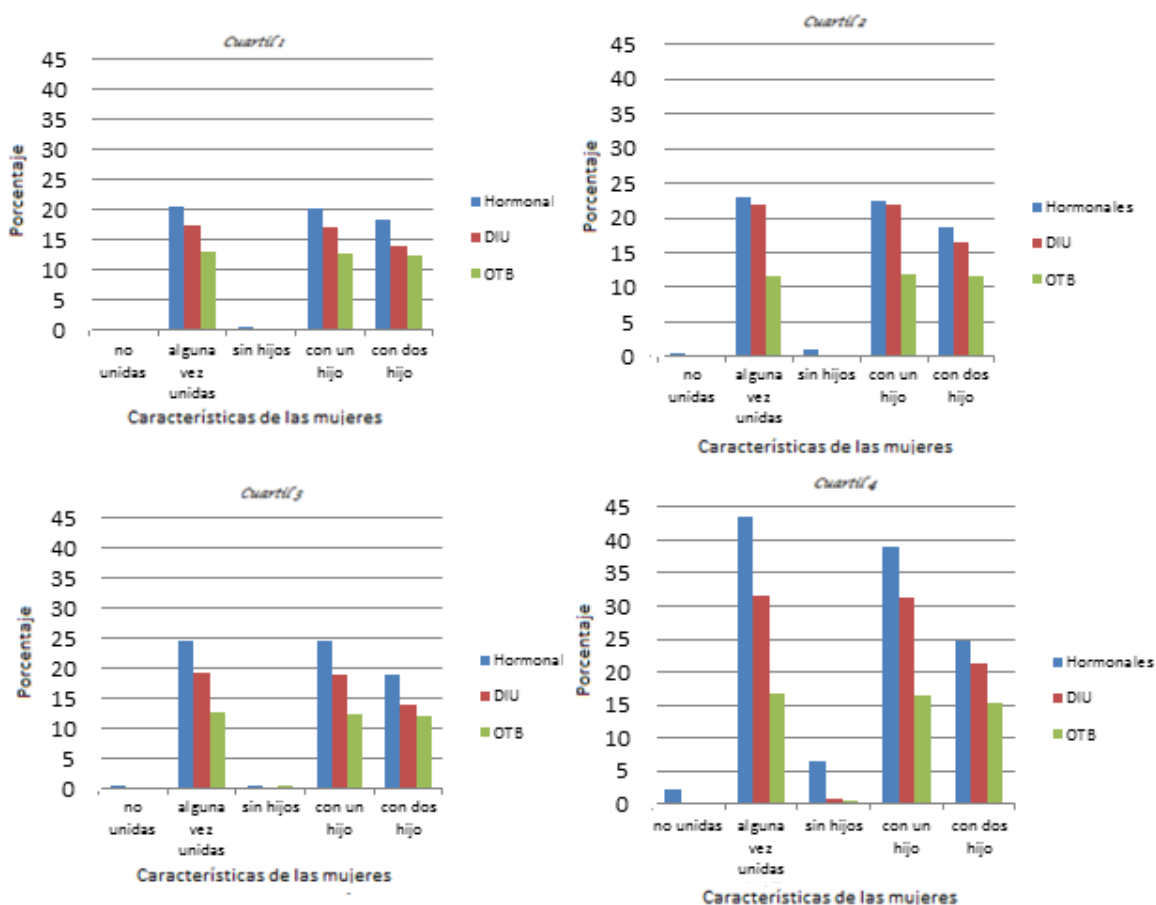
Al realizar la observación además por origen social, como puede notarse en la gráfica 15, puede notarse que en el caso de las mujeres se reafirma la tendencia de mayor uso de métodos hormonales seguidos del DIU y la OTB, así como de la mayor intensidad de primer uso de las mujeres que tuvieron su primera unión, uno o dos hijos, sin embargo, puede notarse que el cuartil más alto presenta un porcentaje mayor de usuarias de métodos hormonales respecto a los demás cuartiles.

Estas variaciones en la intensidad de primer uso de anticonceptivos se relacionan con el seguimiento del patrón relacionado de una mayor anticoncepción en el periodo reproductivo por antonomasia, pero también expresa la influencia del origen social, ya que, de acuerdo con lo observado, entre más jerarquía se tenga en el origen social, mayor es la intensidad de primer uso de algún método anticonceptivo después de haber experimentado alguna de las transiciones de



formación de familias. Esta tendencia resulta ser más clara en el cuartil más alto, ya que posee una intensidad superior en la utilización de los métodos hormonales, DIU y OTB respecto al resto de los cuartiles, aún y cuando las mujeres no se experimentaron la primera unión y ni el nacimiento del primer hijo, de manera que expresa la relación entre el comportamiento anticonceptivo con un determinado habitus acorde a la posición dentro de la estratificación social, el cual se encontraría relacionado con la relación entre una posición más alta con la satisfacción de las necesidades anticonceptivas, lo cual también indicaría una mayor autonomía en la toma de decisiones de la mujer respecto a su cuerpo, la responsabilidad de cuidar su salud y de implementar acciones acordes a su plan de vida, por lo que se acercaría más al ejercicio a una sexualidad plena como lo establece el derecho a la salud sexual y reproductiva.

**Gráfica 15. Porcentaje del tipo de método anticonceptivo al primer uso, según las características de las mujeres por origen social y tipo de método anticonceptivo.**

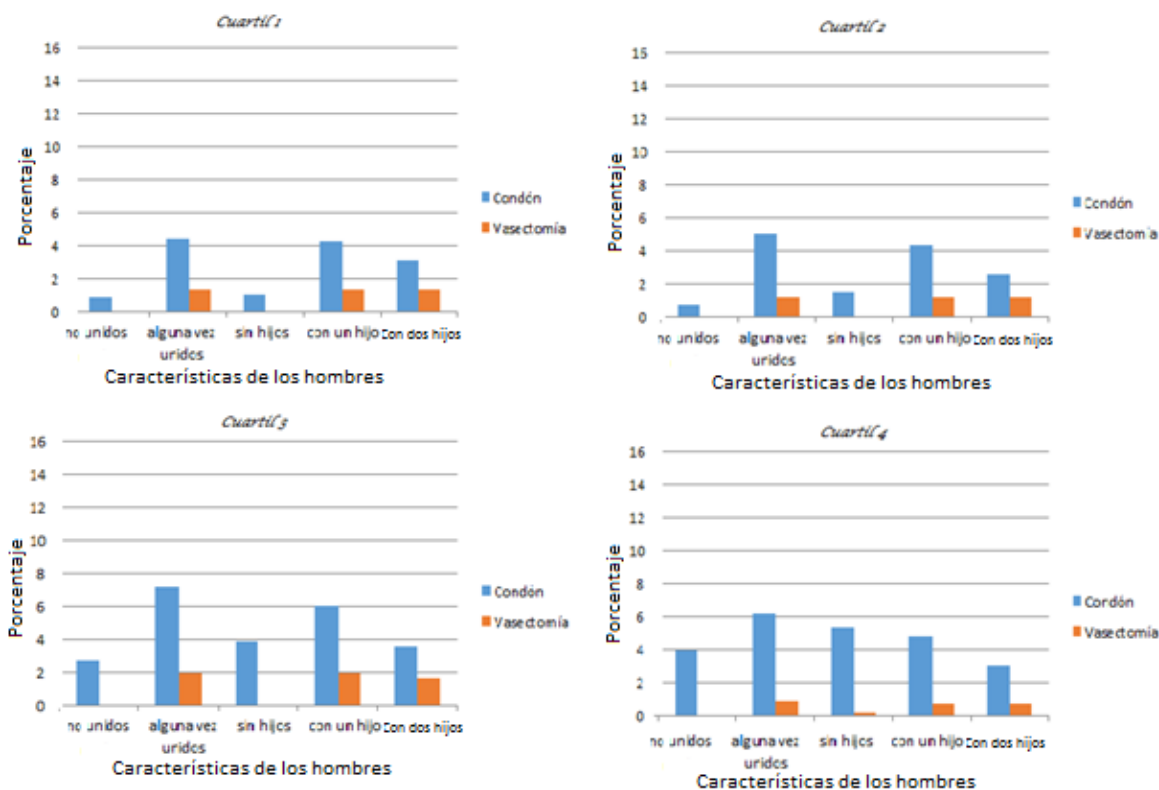


### **Primer tipo de método anticonceptivo masculino utilizado por origen social.**

En el caso de los hombres, como puede notarse en la gráfica 16, el origen social parece tener impacto en la intensidad de uso del condón respecto al de la vasectomía, ya que entre más alto es el cuartil mayor intensidad de uso del condón, incluso entre quienes no están unidos y no tienen hijos, al tiempo que es menor la intensidad de la vasectomía en ellos.

Estas variaciones en la intensidad del primer uso de métodos anticonceptivos, al igual que en el caso de las mujeres además de indicar la mayor importancia del condón como primer método seguido por la vasectomía, señala la importancia del origen social, ya que también en el este caso es posible relacionar la intensidad de primer uso con la posición dentro de la estratificación social y por tanto, el vínculo entre un mayor nivel educativo, mejores condiciones laborales y mayor poder adquisitivo con las necesidades anticonceptivas satisfechas, lo cual refleja un mayor grado de autonomía y ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva de una vida plena, a lo que también habría de considerar el hecho de que el condón sea un método no invasivo y reversible, cuyo incremento, al igual que el de la vasectomía, puede indicar una reducción de la desigualdad de género, principalmente cuando ya se ha iniciado el proceso de formación de familias.

**Gráfica 16. Porcentaje del tipo de método anticonceptivo al primer uso, según las características de los hombres por origen social y tipo de método anticonceptivo.**



De acuerdo con lo expuesto a lo largo de este apartado puede establecerse que se confirma lo encontrado por la literatura en salud sexual y reproductiva respecto a las edades en las que el primer uso de anticonceptivos tiene lugar con mayor frecuencia, las cuales se relacionan con las transiciones a la vida adulta, como finalización de los estudios, adquisición de la ciudadanía y comienzo del proceso de formación de familias.

Aunque también se experimenta el primer uso de anticonceptivos de forma diferenciada acorde a la cohorte, sexo y origen social de los jóvenes, siendo más intenso entre más joven es la cohorte de nacimiento, de hecho el mayor cambio se observa en la cohorte más joven ya que es la que presenta un mayor cambio respecto a las precedentes, pues se observa un mayor primer uso de anticonceptivos modernos, siendo los más utilizados el DIU, los métodos hormonales y el condón. Asimismo es donde aumenta el primer uso de anticonceptivos de hombres y mujeres que no tienen hijos y no están unidos,

siendo los hombres que se encuentran en esta posición los que más utilizan el condón y la vasectomía, este último entre quienes no tienen hijos, mientras que las mujeres en estas condiciones suelen utilizar más los métodos hormonales

Por origen social, es en el más alto donde se observa el aumento de uso entre hombres y mujeres, siendo los métodos más utilizados para estos estratos el condón, los métodos hormonales y el DIU, disminuyendo así los métodos como vasectomía, OTB y DIU. Al igual que sucede con las diferencias por cohorte de nacimiento, son las mujeres y hombres sin hijos y sin unirse los que poseen una mayor intensidad de primer uso de métodos hormonales y de condón en las posiciones más altas de origen social.

De esta manera se puede notar que el primer uso de métodos anticonceptivos ha sufrido cambios a través del tiempo en la población joven como parte de las transformaciones socioculturales de lo que implica ser joven y de la permisividad y limitaciones que les son inherentes así como de las transformaciones en el orden de experiencia de los eventos que conforman la formación de familias, así como reflejan el acceso, difusión y disponibilidad de nuevos métodos más eficaces y menos invasivos para la regulación de la fecundidad, cuyo cambio se observa principalmente en el caso de la población masculina, ya que es la que ha recibido un mayor impacto por la introducción del uso del condón como método principal en las políticas de salud sexual y reproductiva orientadas a la población joven, de la misma manera que es el método más difundido por medios de comunicación, mientras que en educación sexual, para la cohorte más joven, es el método que mayor difusión ha tenido para prevenir embarazos no deseados y protegerse de enfermedades de transmisión sexual, entre ellos, del SIDA, discurso con el que la cohorte más joven creció.

Por origen social, también se observan cambios en el primer uso de anticonceptivos, los cuales refieren a las diferencias en los patrones sexuales y reproductivos por estrato social, que hacen referencia a las desigualdades sociales que se encuentran implícitas en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos desigual para la población carente de suficiente capital social, cultural y simbólico para ejercer de forma autónoma su libertad al ejercicio de una

vida sexual plena con métodos anticonceptivos acorde a sus necesidades, cuya cambio más relevante es el aumento del primer uso de anticonceptivos en el caso de los hombres pertenecientes a estratos más altos, lo cual dejaría entrever que en estos niveles sociales se podría alcanzar en un futuro un uso más igualitario en comparación con las mujeres, y de esta manera replantearse la coerción social que subyace en las mujeres respecto a la anticoncepción.

Por sexo, si bien se confirma una vez más los roles de género inmersos en la práctica anticonceptiva, relacionados con un primer uso de anticonceptivos desligado al proceso de formación de familias en los hombres y de uno ligado a este proceso en el caso de las mujeres, éstos se relajan en tanto se observan por cohorte y origen social, pues entre más joven es la cohorte de nacimiento y entre más alta es la posición en la jerarquía social, mayor es el primer uso de las mujeres que no han experimentado alguna transición del proceso de formación de familias y mayor es su utilización de métodos acorde a sus necesidades específicas.

De esta manera se puede notar que el tiempo social, histórico y familiar interaccionan para dar cuenta de los cambios que el primer uso de métodos anticonceptivos ha tenido para la población que experimenta la juventud en un periodo determinado, dando como resultado transformaciones que reflejan el camino para un ejercicio sexual y reproductivo menos desigual y acorde a las necesidades específicas de la diversidad de jóvenes, ya que a través del tiempo se observan aspectos favorables, aunque cabe mencionar que en materia de desigual social y de género aún falta mucho recorrido.

### **Orden de experiencia del uso de métodos anticonceptivos en relación con las transiciones de formación de familia.**

El análisis de calendario es la característica de los estudios longitudinales, ya que es a través de éste que se pueden observar la ocurrencia de un evento demográfico en referencia con la unidad temporal en la que tiene lugar. En este

caso, el interés es observar la edad a la que los miembros de las cohortes de nacimiento 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, experimentan el primer uso de métodos anticonceptivos de acuerdo al sexo, origen social y relación con las transiciones de formación de familias de sus miembros.

El calendario de primer uso de anticonceptivos tomando en cuenta al sexo, como se muestra en el cuadro 4, muestra que las mujeres ligeramente experimentan el primer uso de métodos anticonceptivos antes que las hombres, lo cual puede relacionarse con la relación estrecha entre la experiencia de las transiciones de formación de familia con el inicio de la anticoncepción en el caso de las mujeres, mientras que en el caso de los hombres puede relacionarse a una delegación de la responsabilidad de la mujer a regular su fecundidad.

**Cuadro 4. Edad mediana del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años por sexo.**

<b>Sexo</b>	<b>Edad Mediana</b>
Hombres	24
Mujeres	23

Al comparar el calendario de primer uso de métodos anticonceptivos por cohorte de nacimiento, como se muestra en el cuadro 5, puede notarse que la cohorte más antigua es la que posee un calendario ligeramente más envejecido que las demás cohortes, lo cual puede relacionarse con la incidencia del contexto sociohistórico en el acceso, difusión y apertura al uso de métodos anticonceptivos, asimismo también puede relacionarse con el cambio en la permisividad social y la legitimación de las relaciones sexuales en la población joven y del uso de anticonceptivos por parte de ésta.

**Cuadro 5. Edad mediana del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años por cohorte de nacimiento.**

<b>Cohorte de nacimiento</b>	<b>Edad mediana</b>
Cohorte 1951-1953	24
Cohorte 1966-1968	23

Cohorte 1978-1980	23
-------------------	----

El primer uso de métodos anticonceptivos al ser observado por origen social, como se muestra en el cuadro 6, puede notarse que el cuartil más alto posee un retraso a diferencia de los tres primeros cuartiles, lo cual se relaciona con la postergación del inicio a la vida sexual y de las transiciones de formación de familia, el cual caracteriza a esta posición dentro de la jerarquización social.

**Cuadro 6. Edad mediana del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años por origen social.**

Cuartiles	Edad mediana
Cuartil 1	23
Cuartil 2	23
Cuartil 3	23
Cuartil 4	24

**Cuadro 7. Edad mediana del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años por cohorte de nacimiento y sexo.**

Sexo	Cohorte de nacimiento		
	Cohorte 1951-1953	Cohorte 1966-1968	Cohorte 1978-1980
Hombres	25	24	23
Mujeres	23	22	22

El calendario de primer uso de métodos anticonceptivos tomando en cuenta a la cohorte de nacimiento y al sexo como se observa en el cuadro 7, muestra que existe un rejuvenecimiento de éste entre más joven es la cohorte, este cambio se muestra en ambos sexos, aunque en el caso de las mujeres el calendario de primer uso es más temprano que el de los hombres, pues éste tiene lugar entre los 22 y 23 años.

Estas diferencias en la ocurrencia temporal de este evento se relacionan con la influencia del contexto sociohistórico en el primer uso de anticonceptivos, es decir, con la difusión, acceso, disposición y apertura a su utilización diferenciada

de acuerdo al periodo en el que los miembros de cada cohorte de nacimiento experimentaron su juventud, asimismo, con el cambio en la legitimidad de las relaciones sexuales premaritales y su permisividad a edades más tempranas.

De igual manera se vinculan con las diferencias por sexo en dicha experiencia, al ser la mujer la que socialmente se encuentra coercionada para que regule su fecundidad, lo cual ha sido impulsado institucionalmente, pues los métodos femeninos poseen una mayor cobertura de la población dada la gama de métodos y la ventaja de su promoción de uso por parte de las instituciones de salud pública, situación que tuvo repercusiones principalmente para las cohortes antigua e intermedia en la ocurrencia del primer uso de anticonceptivos. No obstante, los hombres comienzan a utilizar por primera vez anticonceptivos a edades más tempranas, lo cual puede acercar con el tiempo la edad de primer uso de anticonceptivos con la iniciación sexual.

Por otra parte, la experiencia diferenciada del primer uso de métodos anticonceptivos por sexo, reafirma la cercanía del primer uso con la etapa reproductiva en el caso de las mujeres que perdura a pesar de las diferencias de calendario entre cohortes de nacimiento, ya que las edades de primer uso se encuentran relacionadas con aquellas en las que en las transiciones marital y reproductiva tienen lugar, por tanto, los intervalos temporales entre dichas transiciones y el primer uso de anticonceptivos son estrechos, a diferencia de los hombres, cuyo calendario parece estar más desvinculado con éstas.

**Cuadro 8. Edad mediana del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por sexo y origen social.**

Sexo	Cuartiles			
	Cuartil 1	Cuartil 2	Cuartil 3	Cuartil 4
Hombres	24	24	23	24
Mujeres	22	22	22	23

Al comparar el calendario de primer uso de anticonceptivos por sexo y origen social de los miembros de las cohortes de nacimiento mencionadas, como se muestra en el cuadro 8, puede notarse su rejuvenecimiento en el caso de las



mujeres respecto a los hombres, así como un comportamiento diferenciado por sexo en el inicio de la anticoncepción de acuerdo al origen social, ya que las mujeres pertenecientes al cuartil más alto postergan el primer uso de métodos anticonceptivos respecto al resto de los cuartiles cuyo calendario confluye en la misma edad, respecto a los hombres el calendario de primer uso es más temprano en el caso del tercer cuartil que en los demás.

Estas diferencias de calendario pueden relacionar la ocurrencia del primer uso de anticonceptivos de las mujeres de los cuartiles más bajos con la perpetuación de roles de género en el comportamiento sexual y reproductivo, debido a la confluencia temporal entre este evento con las transiciones de formación de familias como socialmente se establece en el caso de las mujeres, en tanto que el comportamiento del cuartil más alto refleja una tendencia de postergación de primer uso y una posible escisión con las demás transiciones de formación de familias, lo cual confirmaría las diferencias de posición jerárquica de las mujeres, al postergar el inicio de la anticoncepción y de la reproducción como resultado de una mayor acumulación de capitales, en lo social cultural y económico que conllevan a una mayor autonomía en el comportamiento reproductivo.

Respecto a los hombres, el calendario al primer uso de métodos anticonceptivos, los pertenecientes al tercer cuartil presentan un acercamiento entre el comportamiento reproductivo y sexual, al tener en cuenta la temporalidad diferenciada de experiencia de transiciones sexuales y reproductivas por sexo, la cual se caracteriza por un calendario tardío de los hombres respecto a las mujeres, en cuanto a la reproducción, lo cual estaría reforzando la tendencia observada en el inicio del comportamiento anticonceptivo de las mujeres, y por tanto su rejuvenecimiento en el caso del tercer cuartil, estaría relacionado con el inicio de un cambio en los roles de género en materia sexual y anticonceptiva, lo cual con el tiempo podría llegar a cambiar dichos roles, siempre y cuando se tengan mejores condiciones sociales y económicas.

**Cuadro 9. Edad mediana del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años por cohorte de nacimiento y origen social.**

Cohorte de nacimiento	Cuartiles			
	Cuartil 1	Cuartil 2	Cuartil 3	Cuartil 4
Cohorte 1951-1953	24	24	23	24
Cohorte 1966-1968	23	22	22	24
Cohorte 1978-1980	22	22	22	24

Al tener en cuenta la ocurrencia de primer uso de métodos anticonceptivos por cohorte de nacimiento y origen social, como se muestra en el cuadro 9, se puede observar que se presentan variaciones a nivel entre e intracohorte. En el primer caso, se puede notar el rejuvenecimiento del calendario de primer uso de anticonceptivos en la cohorte intermedia y en la joven.

Al considerar las diferencias por origen social, en la cohorte antigua el tercer cuartil es el que experimenta antes el primer uso de anticonceptivos respecto al resto, cuyo calendario confluye. Por otro lado, la cohorte intermedia presenta una experiencia más temprana del evento para el segundo y tercer cuartil. En tanto, que en la cohorte más joven presenta un calendario más temprano los tres primeros cuartiles.

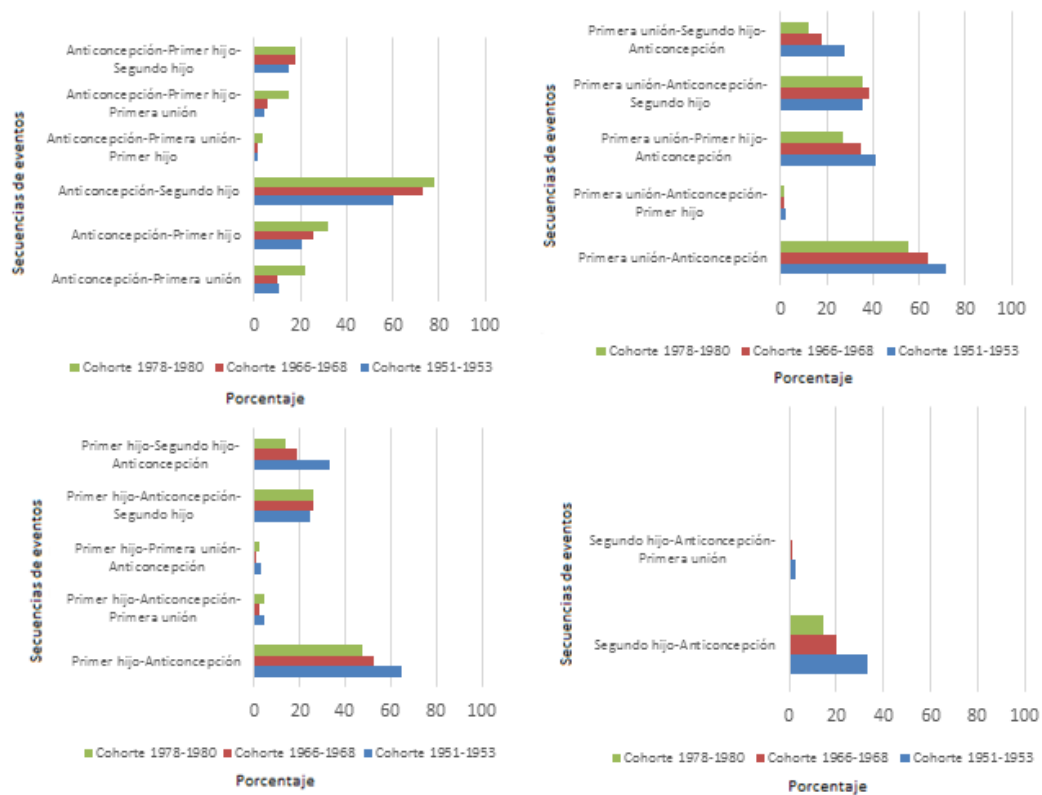
Esta diferencia de calendarios observada en las cohortes de nacimiento y por origen social, pueden estar vinculadas con la influencia contextual, considerando el tiempo histórico y social del periodo de observación en cada una de ellas, confluyendo ambos tiempos para dicha diferenciación de experiencia de los miembros de cada cohorte de nacimiento, ya que la cohorte antigua presenta un calendario tardío en el primer uso de anticonceptivos, lo cual se acentúa en la cohorte intermedia, al mostrar un calendario más temprano para los flujos de población que se encuentran en el rango intermedio de la estratificación por origen social.

Sin embargo, para la cohorte joven la experiencia de primer uso se presenta primero en los tres primeros cuartiles, no obstante, sigue siendo más

tardía para el cuartil más alto como en el resto de las cohortes, dando como resultado que las diferencias entre y en cada cohorte de nacimiento se relacionan con las diferencias en la jerarquía social y su incidencia en el comportamiento anticonceptivo correspondiente al origen social de los miembros de las cohortes de nacimiento, cuyo influjo en el primer uso de anticonceptivos varía dependiendo de su interacción con el contexto histórico, pues si bien, se mantiene la tendencia de la postergación del primer uso para las posiciones más altas en todas las cohortes de nacimiento la cohorte más joven presenta un rejuvenecimiento en la edad de primer uso, indicando con ello la importancia de los cambios contextuales en los atributos sociales, económicos y culturales que conllevan a un primer uso de anticonceptivos más temprano pero también más autónomo y acorde a las necesidades de los jóvenes.

### Orden de eventos por cohorte de nacimiento

**Gráfica 17. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años por cohorte de nacimiento.**



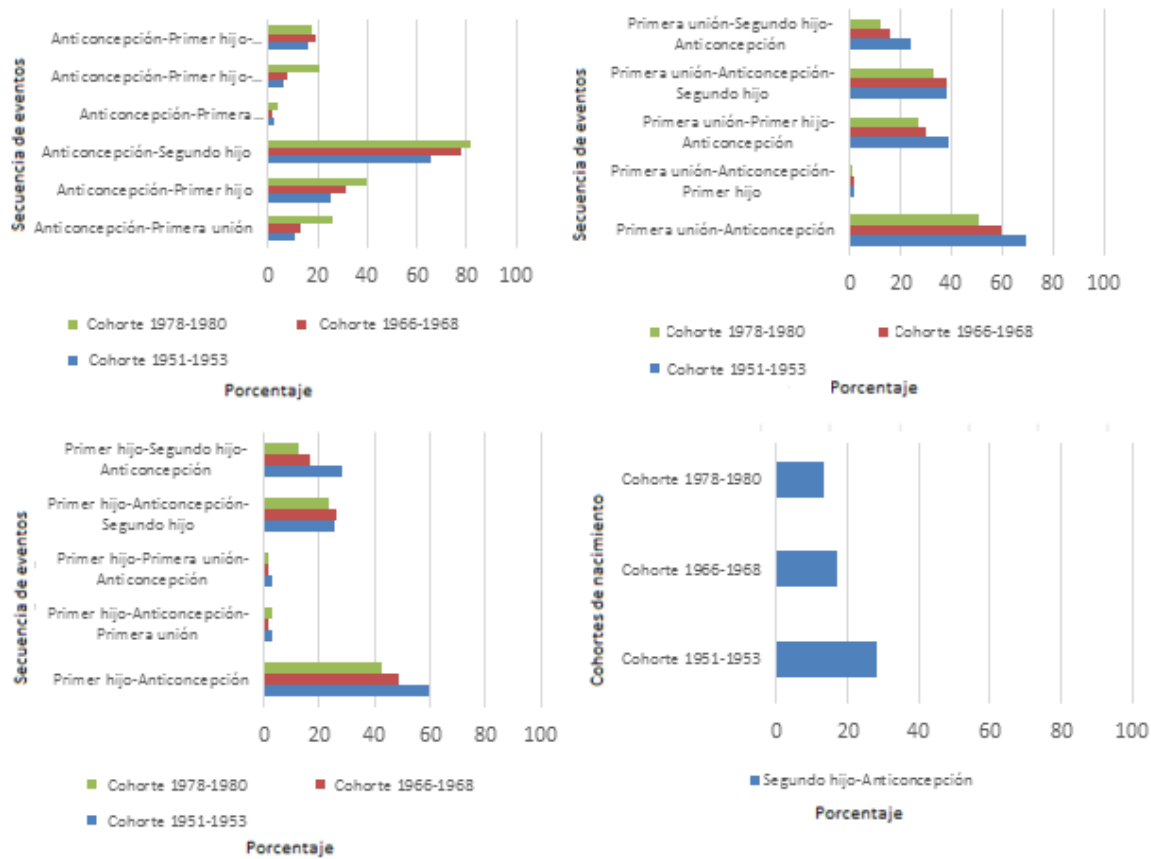
El primer uso de métodos anticonceptivos cuando es observado respecto a las transiciones de formación de familias como se muestra en la gráfica 17, puede notarse que como primer evento que antecede a la unión, el primer y segundo hijo es la cohorte de nacimiento joven la que mayor intensidad de primer uso presenta respecto a las demás, siendo la cohorte más antigua la que mayor intensidad posee cuando la anticoncepción tiene lugar después de que ocurra la primera unión y el nacimiento del primer y segundo hijo. Existen algunas excepciones como cuando la primera unión es el evento que antecede a la primera anticoncepción y después tiene lugar el nacimiento del primer y segundo hijo, así como cuando después del nacimiento del primer hijo tiene lugar la anticoncepción y después el nacimiento del segundo hijo, ya que en este caso la cohorte intermedia y joven presentan un mayor intensidad de uso.

Estas diferencias en el orden en el que tiene lugar el primer uso de métodos anticonceptivos indican que la cohorte joven tiene esta experiencia antes que cualquier otra transición como parte de los cambios en el discurso respecto al inicio de la vida sexual y su relación con la anticoncepción como una forma de preservar la salud ante la difusión y el impacto de infecciones de transmisión sexual, así como la relación de la anticoncepción con las necesidades de los jóvenes.

Mientras que el primer uso de anticonceptivos después de la primera unión, del primer y del nacimiento del primer y segundo hijo, la cohorte antigua presenta una mayor correspondencia del primer uso de anticonceptivos con las transiciones a la formación de familias, lo cual corresponde a un modelo más tradicional en cuanto al calendario de experiencia de estas transiciones, ya que si bien se trata de jóvenes que vivieron la revolución sexual, aún queda marcada su experiencia en el uso de anticonceptivos dentro del marco institucional de formación de familia, lo cual fue apoyado por la política pública, ya que las primeras medidas en materia anticonceptiva estaban enfocadas a la población femenina unida y/o con hijos, lo que cambia el calendario de la primera anticoncepción de acuerdo al tiempo histórico, lo cual se relaciona con los cambios en la fecundidad acumulada al final de la juventud

## Orden de eventos por cohorte de nacimiento y sexo.

**Gráfica 18. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años por cohorte de nacimiento.**



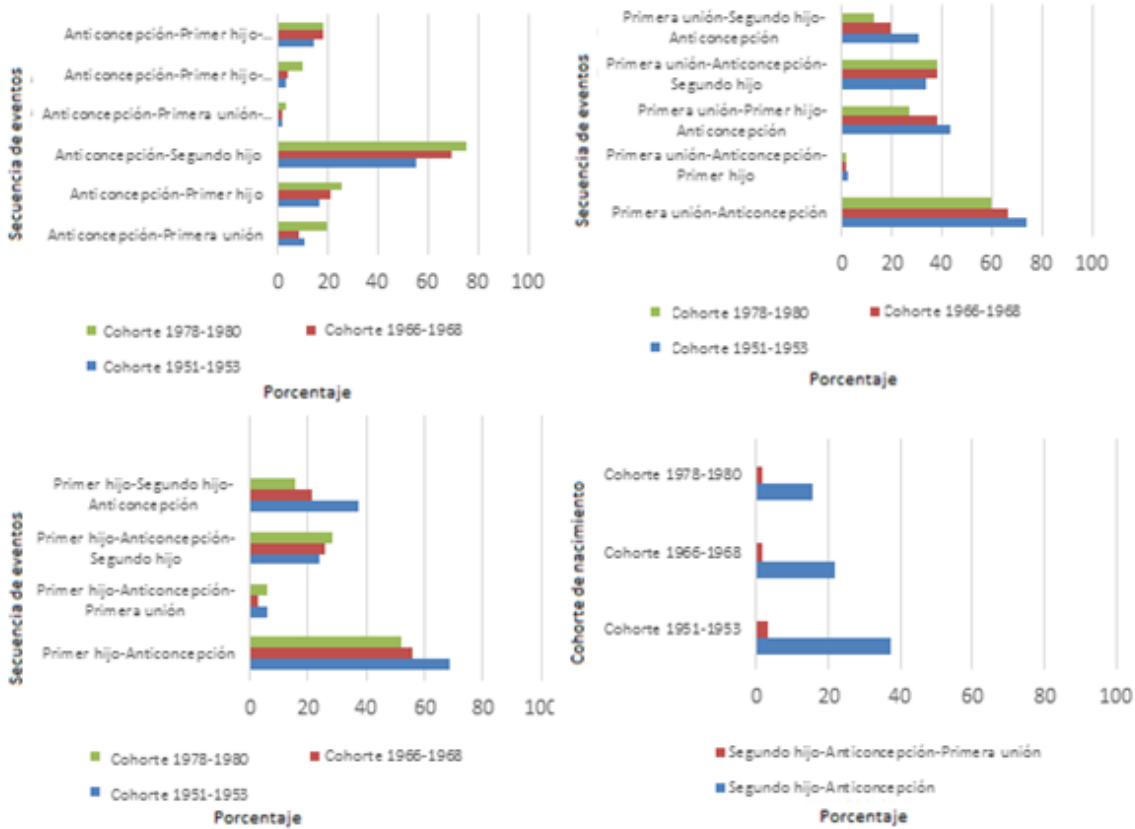
Como se muestra en la gráfica 18, en el caso de los hombres, el primer uso de métodos anticonceptivos resulta ser más intenso en la cohorte más joven cuando la anticoncepción antecede a las transiciones de formación de familias. En tanto que cuando la primera unión, el primer y segundo hijo antecede al primer uso de anticonceptivos, la cohorte antigua y la intermedia poseen una mayor intensidad.

Estas diferencias de intensidad en el orden de eventos permiten observar que si bien el inicio de la vida sexual de los hombres se encuentra desligado del proceso de formación de familias, su relación con el inicio de la anticoncepción

parece tener una mayor correspondencia en la cohorte joven, lo cual puede estar vinculado con la relación entre la vida sexual y la anticoncepción cuyo discurso está contenido en la época en que esta cohorte vivió su juventud, así como con una oferta difusión y acceso mayor del uso del condón tanto por instituciones públicas como parte del sector privado en la comercialización de anticonceptivos, por encima de otros.

En este mismo sentido las cohortes antigua e intermedia no tuvieron dichas facilidades tecnológicas para el uso del condón, además de la vasectomía, así como la difusión y apertura al uso de métodos masculinos, de la misma manera que aún pesaba más en el imaginario social el inicio de la práctica anticonceptiva dentro del contexto de las transiciones de formación de familias.

**Gráfica 19. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres los hasta los 29 años por cohorte de nacimiento.**



Respecto a las mujeres, como se muestra en la gráfica 19, cuando la anticoncepción antecede a las transiciones de formación de familias se observa

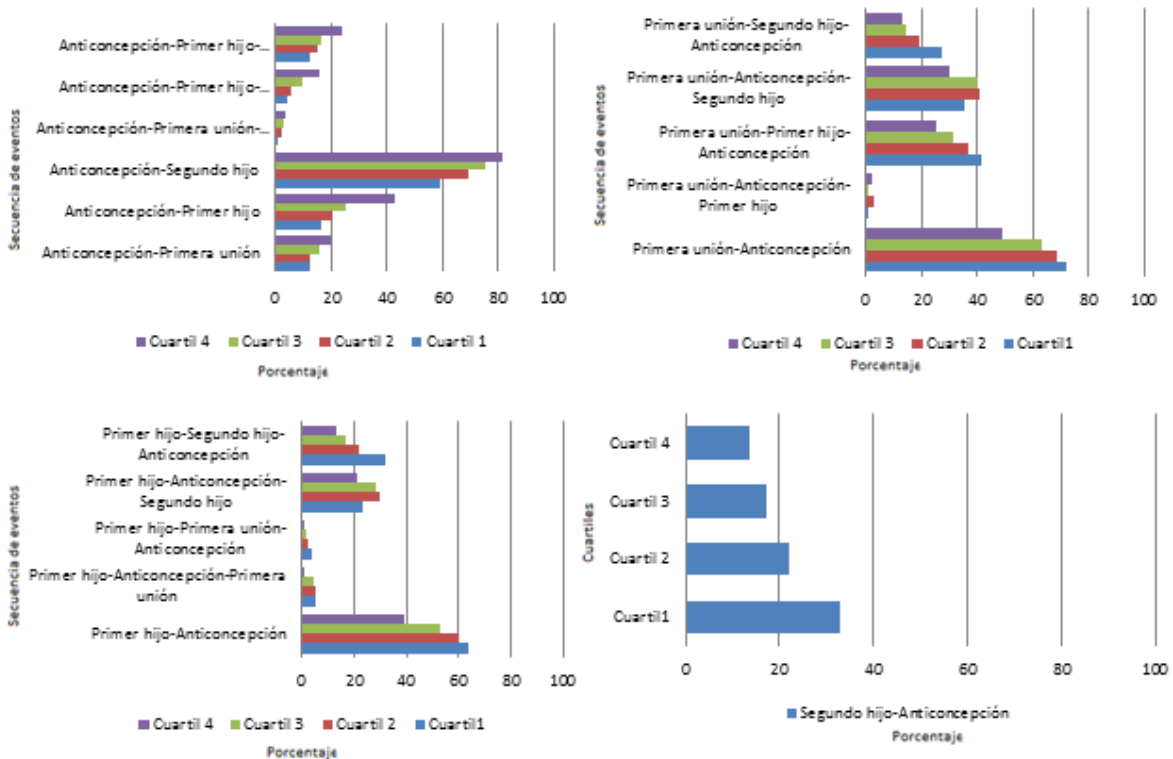
una mayor intensidad de uso en la cohorte joven, en tanto que cuando la unión, el primer y segundo hijo anteceden a la anticoncepción la cohorte antigua e intermedia presentan una mayor intensidad de primer uso de anticonceptivos.

Estas variaciones en la intensidad de primer uso pueden relacionarse con los cambios observados anteriormente respecto al contexto histórico que vivieron los miembros de las cohortes de nacimiento relacionados con cambios en la permisividad social de las relaciones sexuales antes del proceso de formación de familias y su relación con el cuidado de la salud sexual y reproductiva en la cohorte más joven. Así como la relación del proceso de formación de familias con el inicio de la anticoncepción por la cohorte antigua e intermedia como parte del modelo que se permitía socialmente apoyado institucionalmente por el sector de salud pública, lo cual se corresponde con las diferencias en los niveles de fecundidad acumulada al final del periodo de la juventud para las cohortes en revisión como se puede ver con las combinaciones en el orden de eventos cuando la anticoncepción antecede al segundo hijo, cuando precede la primera unión o el primer hijo, ya que éste es mayor para las cohortes intermedia y joven respecto a la antigua.

Asimismo se reafirma el reforzamiento de los roles de género para cada sexo, ya que en el caso de los hombres, si bien se observa la misma tendencia por cohorte de nacimiento, también se observa una mayor intensidad en el primer uso antes de la ocurrencia de las transiciones de formación de familias respecto a las mujeres, en quienes aumenta el primer uso, principalmente cuando ya se ha tenido descendencia, por lo que puede notarse que subyacen las desigualdades de género aún y con los cambios en el tiempo histórico.

## Orden de eventos por origen social

**Gráfica 20. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años por origen social.**



Al observar por origen social, como se muestra en la gráfica 20, el orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos, puede notarse que cuando la anticoncepción antecede a los eventos de la primera unión, primer hijo y segundo hijo, el cuartil más alto es el que presenta una mayor intensidad de primer uso.

Cuando la primera unión es la que antecede al resto de las transiciones puede notarse que existen diferencias entre cuantiles, pues cuando la primera unión se experimenta antes de la anticoncepción el primer cuartil posee una mayor intensidad, mientras que por otra parte, cuando la primera anticoncepción antecede al primer y segundo hijo se observa un aumento de intensidad del segundo y tercer cuartil.



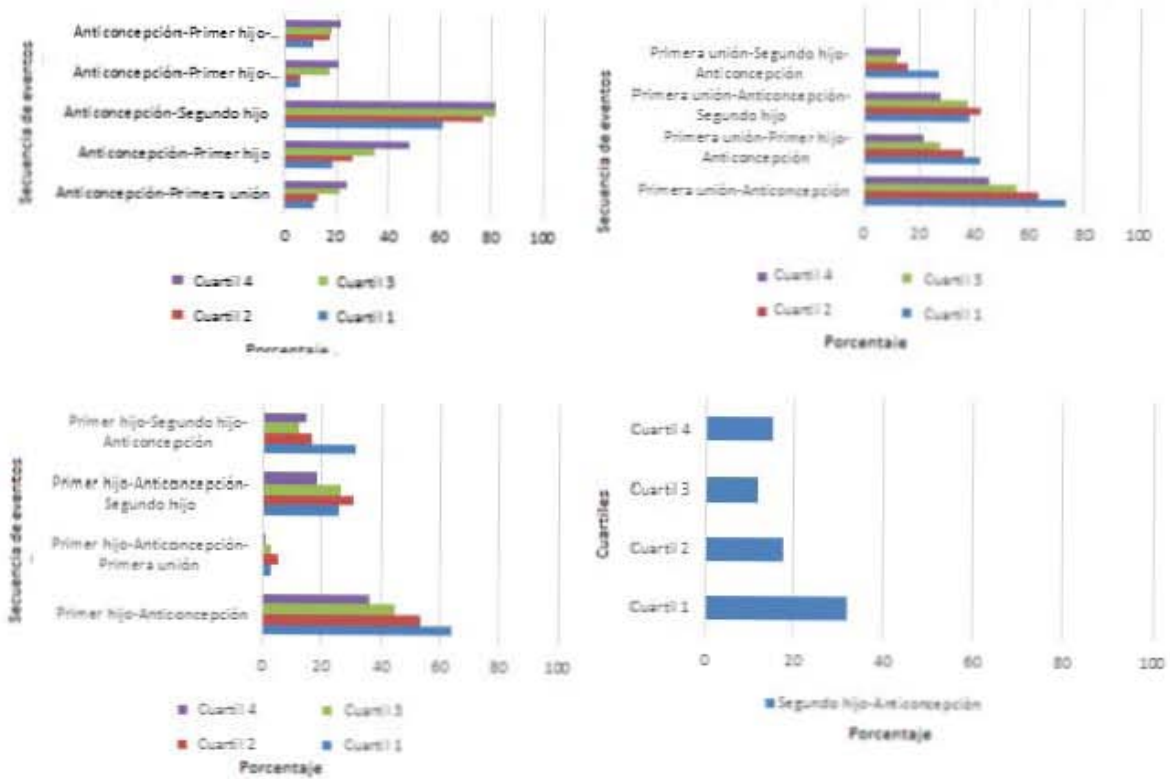
Esta misma tendencia se observa cuando se experimenta la experiencia de tener un hijo previo al primer uso de anticonceptivos, en lo cual la intensidad de uso es mayor para el primer cuartil, aunque es mayor para el segundo y el tercer cuartil cuando se experimenta el primer uso de anticonceptivos entre el primer y el segundo hijo, aunque por otra parte, vuelve a aumentar la intensidad en el primer uso mientras más bajo es el cuartil cuando ya se ha tenido previamente al segundo hijo.

Tales variaciones nos podrían indicar que en el orden de experiencia de los eventos para los cuartiles más bajos indican el seguimiento de un patrón más tradicional al estar ligado el inicio de la práctica anticonceptiva con las transiciones del proceso de formación de familias, mientras que los cuartiles más altos antecede a dicho proceso el primer uso de métodos anticonceptivos.

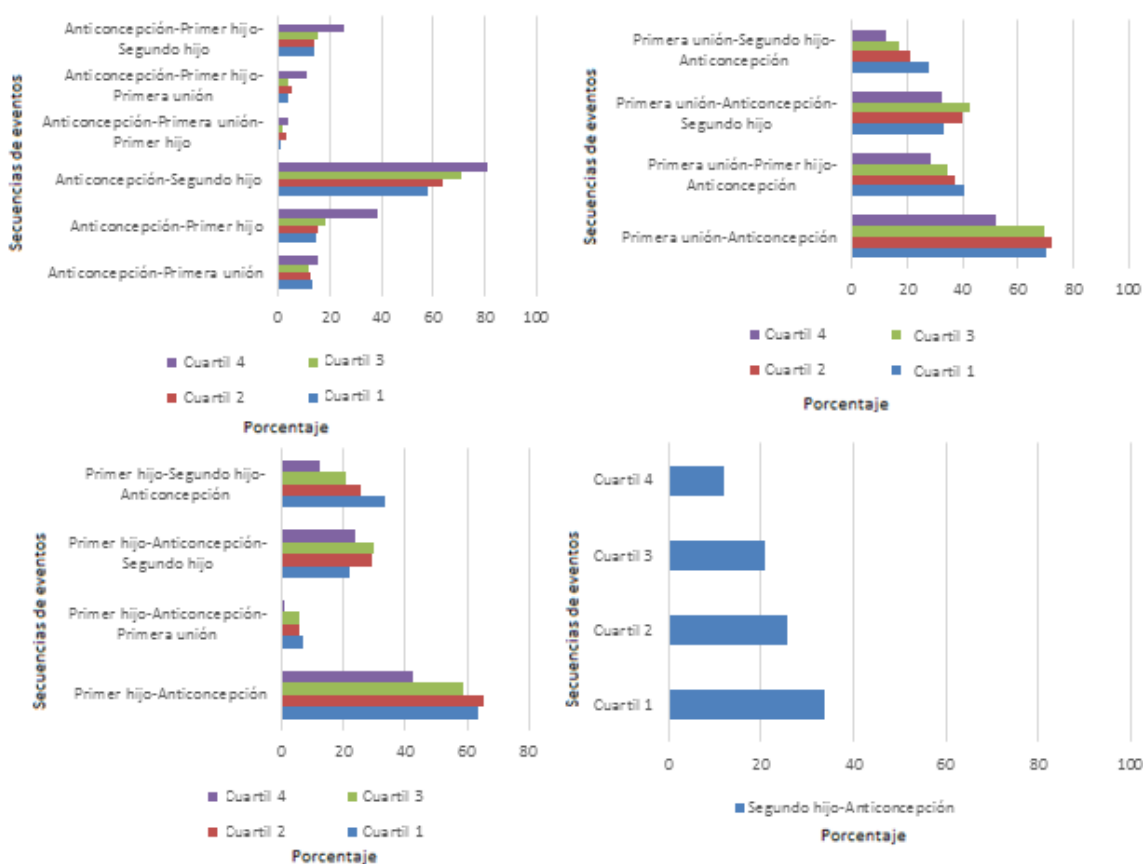
Este comportamiento en los cuartiles más altos podría relacionarse con las diferentes funciones de la anticoncepción por origen social vinculadas con la postergación de la formación de familias para los cuartiles más altos, como resultado de las desigualdades educativas, laborales y de poder adquisitivo relacionadas con una práctica anticonceptiva diferente correspondiente a tamaños de familia distintos y a temporalidades diferentes en la experiencia de la formación de ésta, por lo que la acumulación de capital cultural, social y económico permite la postergación de dicho proceso y de experimentar la anticoncepción antes de éste como parte del ejercicio autónomo de los derechos sexuales y reproductivos.

## Orden de eventos por origen social y sexo.

Gráfica 21. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años por origen social.



**Gráfica 22. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años por origen social.**



Las observaciones por origen social y sexo del orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos y su relación con las transiciones de formación de familias, como se muestran en las gráficas 21 y 22, permiten observar que se sigue la tendencia observada por origen social, al notarse que el cuartil más alto es el que presenta una mayor intensidad de primer uso cuando esta experiencia antecede a la unión, al primer y segundo hijo, de la misma manera que se observa que cuando la unión, el primer y segundo hijo anteceden a la anticoncepción puede notarse que el primer cuartil presenta una mayor intensidad, por otra parte cuando el segundo hijo antecede la anticoncepción puede notarse que el cuartil más bajo es que mayor intensidad se presenta.

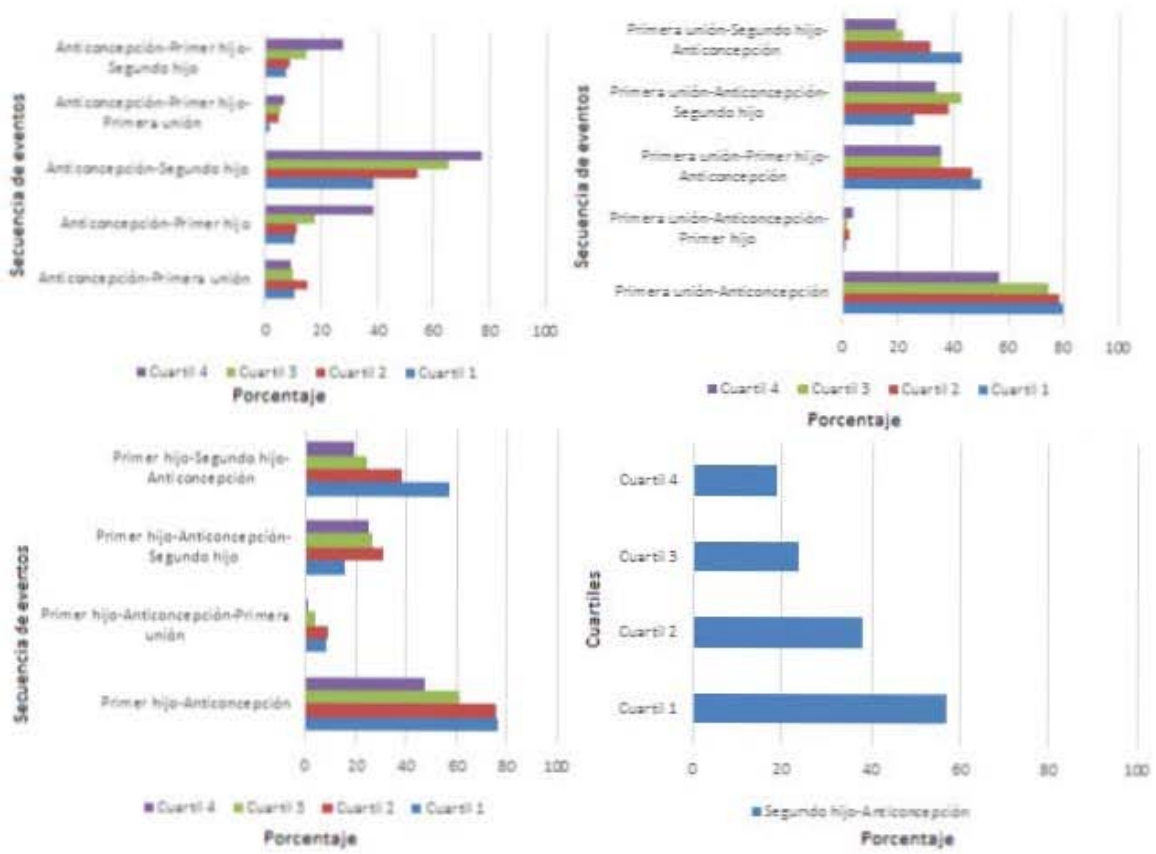
Tal comportamiento en la experiencia del primer uso de anticonceptivo en el caso de las mujeres, al igual que con los hombres, presentan la correspondencia

entre la posición jerárquica social y económica con el inicio de la práctica anticonceptiva, indicando la correspondencia del nivel educativo, del trabajo y poder adquisitivo con la postergación o limitación de la fecundidad aún y cuando no se ha experimentado la unión o se han tenido hijos, con lo que para el cuartil más alto se sigue una secuencia de eventos más relacionados con un patrón moderno, a diferencia los cuartiles más bajos.

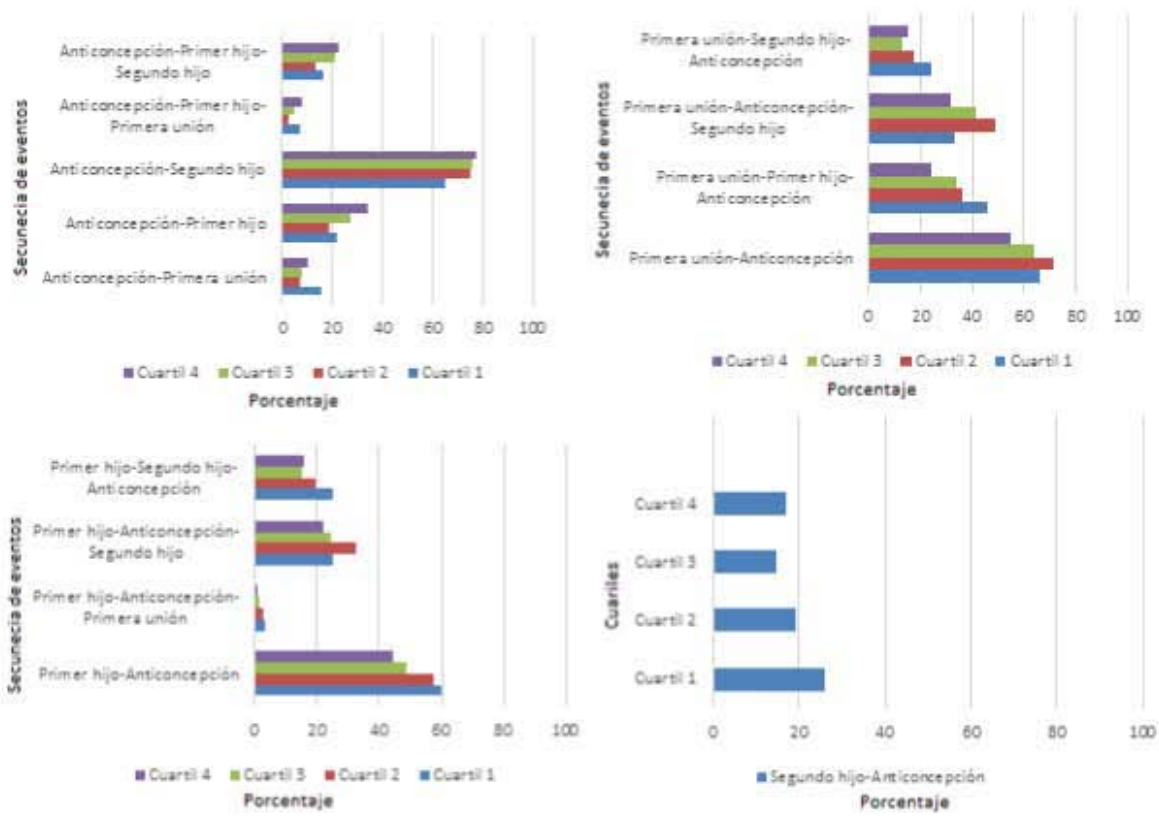
Cuando se realiza la comparación por sexo, los hombres presentan un porcentaje mayor en el primer uso en los cuartiles más altos cuando la anticoncepción antecede a la primera unión, al primero y segundo hijo, mientras que cuando el primer uso de anticonceptivos tiene lugar después de estas transiciones la brecha entre cuartiles disminuye en el caso de las mujeres respecto a los hombres, lo cual refuerza las desigualdades de género observadas en los roles sexuales en el comportamiento sexual y reproductivo, asimismo también se advierte que las diferencias por origen social son mayores en el caso de los hombres mientras que en las mujeres tiene un mayor peso las diferencias por sexo.

## Orden de eventos por cohorte de nacimiento y origen social.

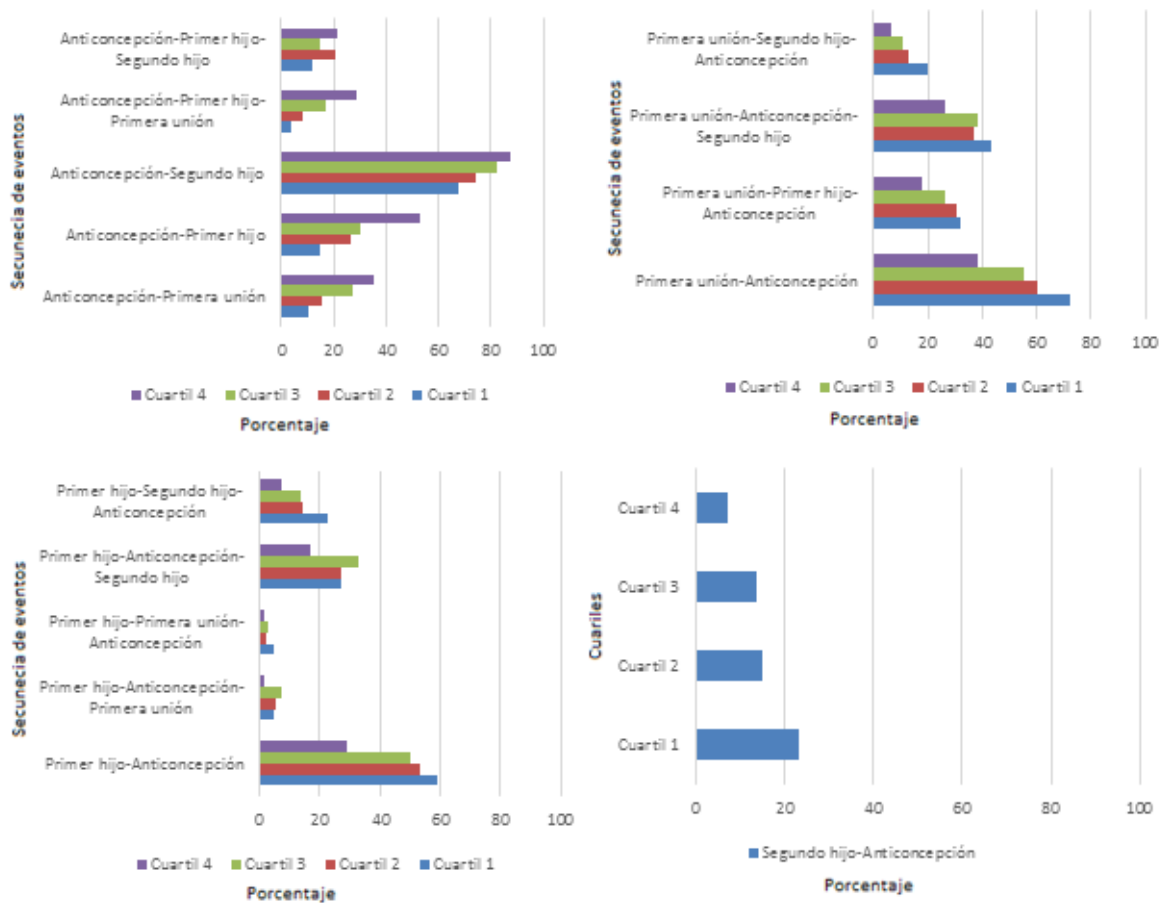
Gráfica 23. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años de la cohorte 1951-1953 por origen social.



**Gráfica 24. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años de la cohorte 1966-1968 por origen social.**



**Gráfica 25. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años de la cohorte 1978-1980 por origen social.**



De acuerdo a la observación del orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos en cada una de las cohortes de nacimiento por origen social, como se observa en las gráficas 23, 24 y 25, puede notarse que las cohortes de nacimiento siguen el mismo patrón por origen social.

Los cuartiles más altos presentan una mayor intensidad de primer uso de anticonceptivos, cuando la anticoncepción antecede a las transiciones de formación de familias, en tanto que cuando la primera unión, el primer y segundo hijo anteceden a la anticoncepción los cuartiles más bajos poseen mayor intensidad de primer uso, por lo que puede notarse la relación de la posición jerárquica en lo económico y social la anticipación o postergación del uso de anticonceptivo y su relación con otras transiciones, lo cual da cuenta de comportamientos sexuales y reproductivos diferentes de acuerdo a dicha posición

relacionadas con un patrón moderno, en el caso de los cuartiles altos y uno tradicional en los más bajos.

Por cohorte de nacimiento la cohorte más joven presenta una mayor intensidad en cuanto la anticoncepción antecede al resto de transiciones, de la misma manera que presenta un cambio en cuanto es donde se observa con mayor claridad la diferencia entre cuartiles, principalmente cuando la anticoncepción antecede a la primera unión, ya que las diferencias para las cohortes anteriores eran mínimas y los cuartiles con más intensidad, eran el primero para la cohorte antigua y el tercero para la cohorte intermedia.

Cuando la primera unión es el evento que antecede a la primera anticoncepción, ésta presenta una mayor intensidad en el caso de la cohorte intermedia, sin embargo, la diferenciación por cuartiles muestra la tendencia de una mayor intensidad para el cuartil bajo en la cohorte joven, pues en la cohorte antigua y la intermedia cuando la primera unión y la primera anticoncepción anteceden al segundo hijo los cuartiles con más intensidad son los cuartiles intermedios.

Al observar la primera anticoncepción una vez que ya ha tenido lugar el primer hijo puede notarse que la mayor intensidad se concentra en la cohorte intermedia, pero es la cohorte más joven en la que mejor puede observarse la tendencia señalada en los cuartiles. En tanto que cuando el segundo hijo antecede a la primera anticoncepción, si bien todas las cohortes presentan la tendencia señalada respecto al origen social, la cohorte intermedia presenta una mayor intensidad.

De acuerdo con lo observado puede notarse que si bien puede haber diferencias en la intensidad en el orden de eventos relacionados con el primer uso de anticonceptivos, predominando en algunos casos la cohorte intermedia, es en la cohorte más joven la que presenta una mayor intensidad cuando la primera anticoncepción se experimenta antes de otras transiciones y la que presenta las diferencias más claras por origen social de acuerdo a la tendencia observada.

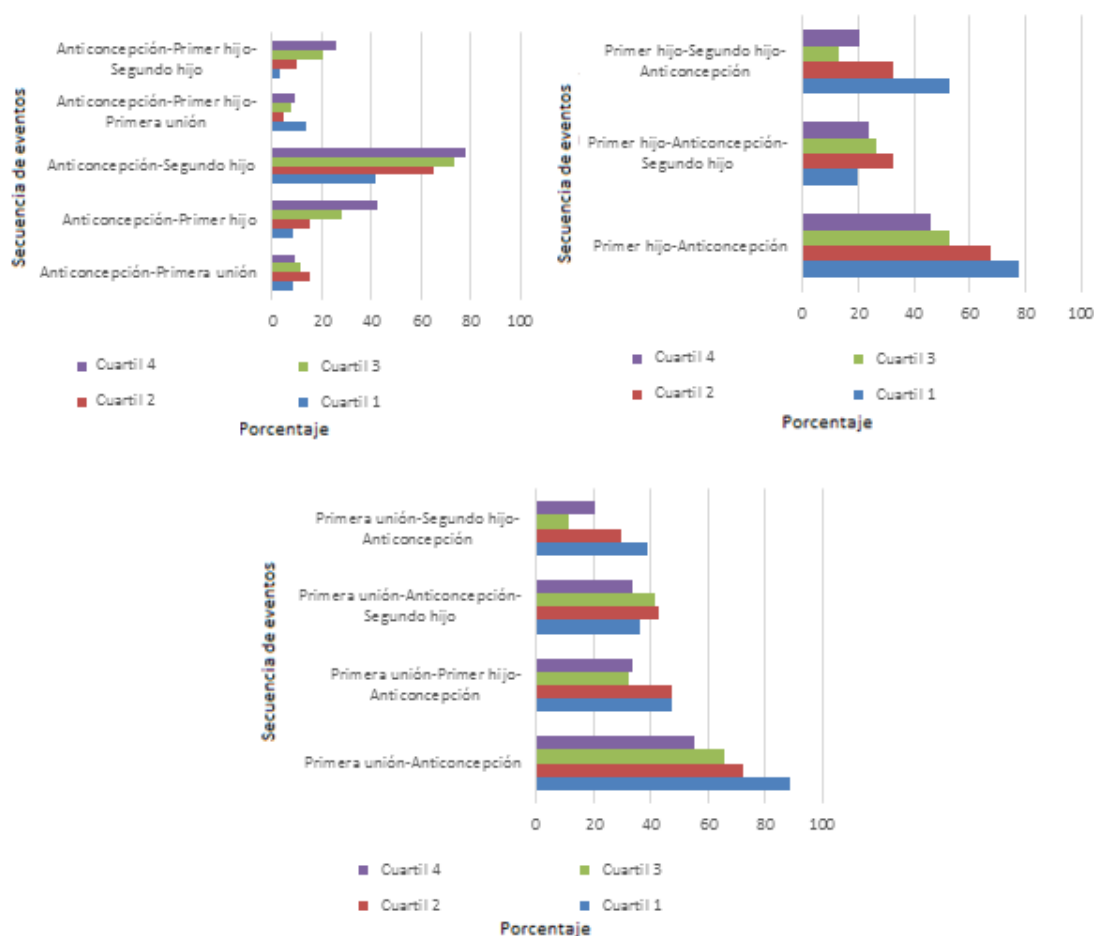
De manera que se puede notar la importancia los cambios del tiempo histórico en el orden de experiencia de los eventos acentuándose en la antelación



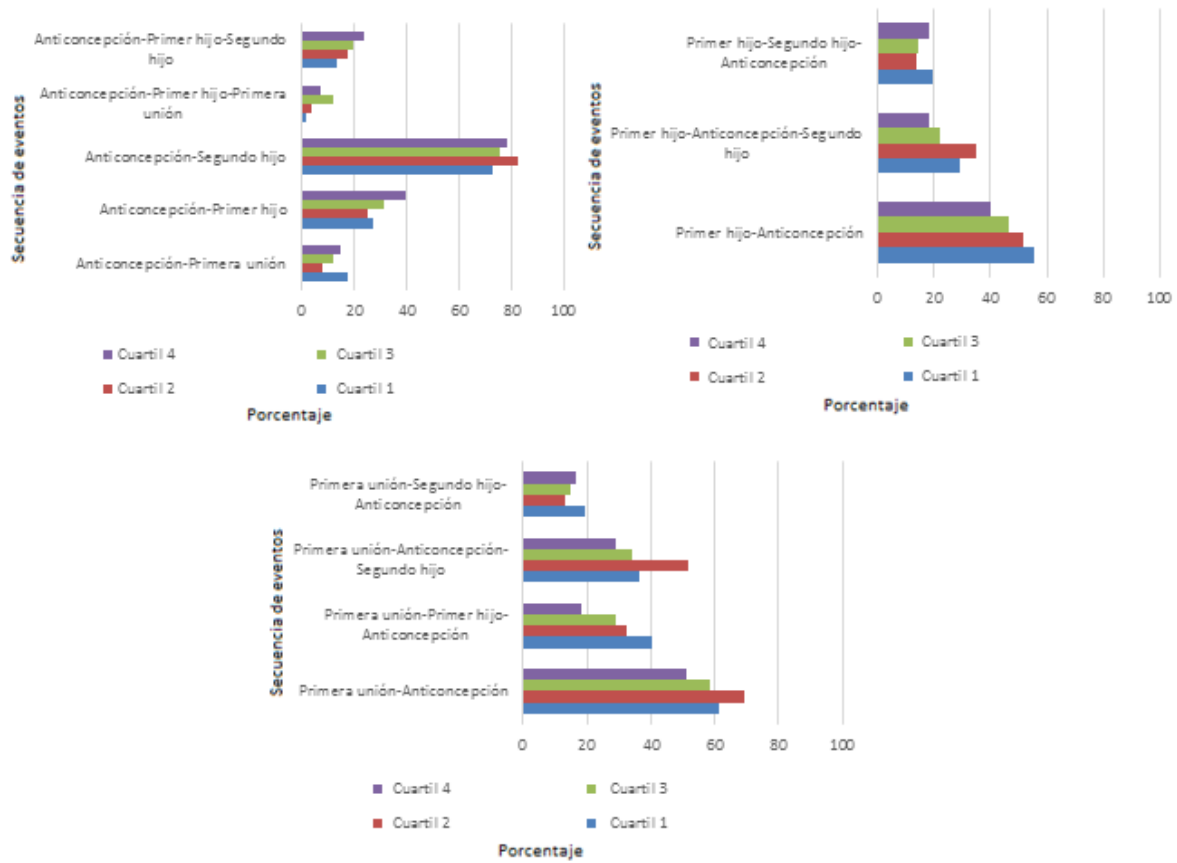
del primer uso a otras transiciones y una mayor diferenciación por origen social, por lo que se puede ver que persisten las diferencias en el orden de experiencia del primer uso de anticonceptivos relacionadas con el tiempo social sobre el histórico, pues se observa una mayor injerencia de éste en el orden de experiencia de los eventos, con ello se puede notar que las desigualdades sociales se superponen a las que el contexto histórico ejerce en el primer uso de anticonceptivos. Por lo que si bien, por cohorte de nacimiento se presentan diferencias al observarlas por origen social, todas presentan el mismo comportamiento.

### Orden de eventos experimentados por hombres por cohorte de nacimiento y origen social

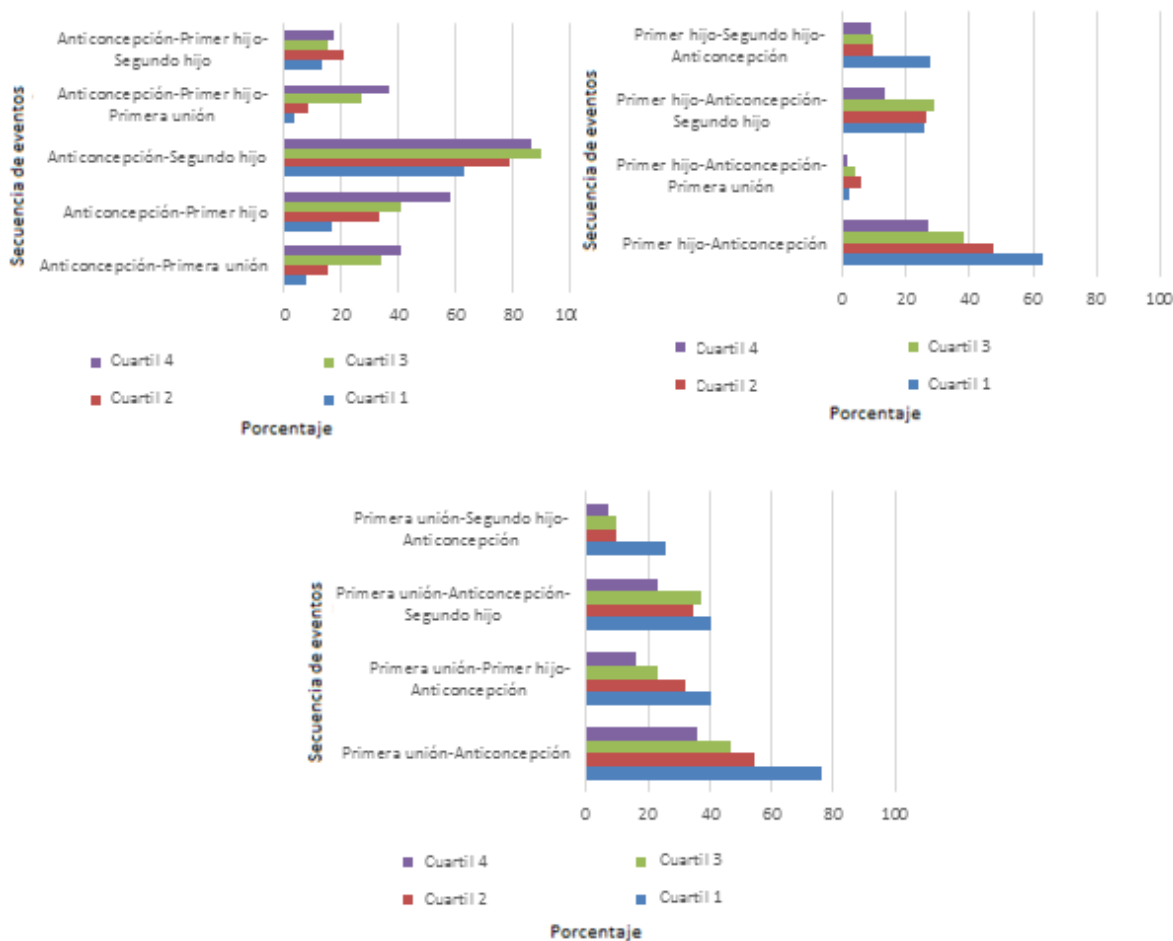
**Gráfica 26. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años pertenecientes a la cohorte 1951-1953 por origen social.**



**Gráfica 27. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años pertenecientes a la cohorte 1966-1968 por origen social.**



**Gráfica 28. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años pertenecientes a la cohorte 1978-1980 por origen social.**



El orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos en relación con las transiciones de formación de familias cuando se realiza por cohorte de nacimiento en el caso de los hombres, como se muestra en las gráficas 26, 27 y 28, permite observar que persiste la tendencia antes observada respecto al origen social, pues los cuartiles más altos poseen una mayor intensidad cuando la primera anticoncepción antecede al resto de transiciones. Mientras que los cuartiles bajos poseen una mayor intensidad en cuando precede a la primera anticoncepción la primera unión y el primer hijo, por lo que una vez más puede notarse la relación de la posesión de capitales económicos, sociales y culturales con el orden de experiencia del uso del primer método anticonceptivo, el cual es anterior a las transiciones de formación de familias para las posesiones más altas,

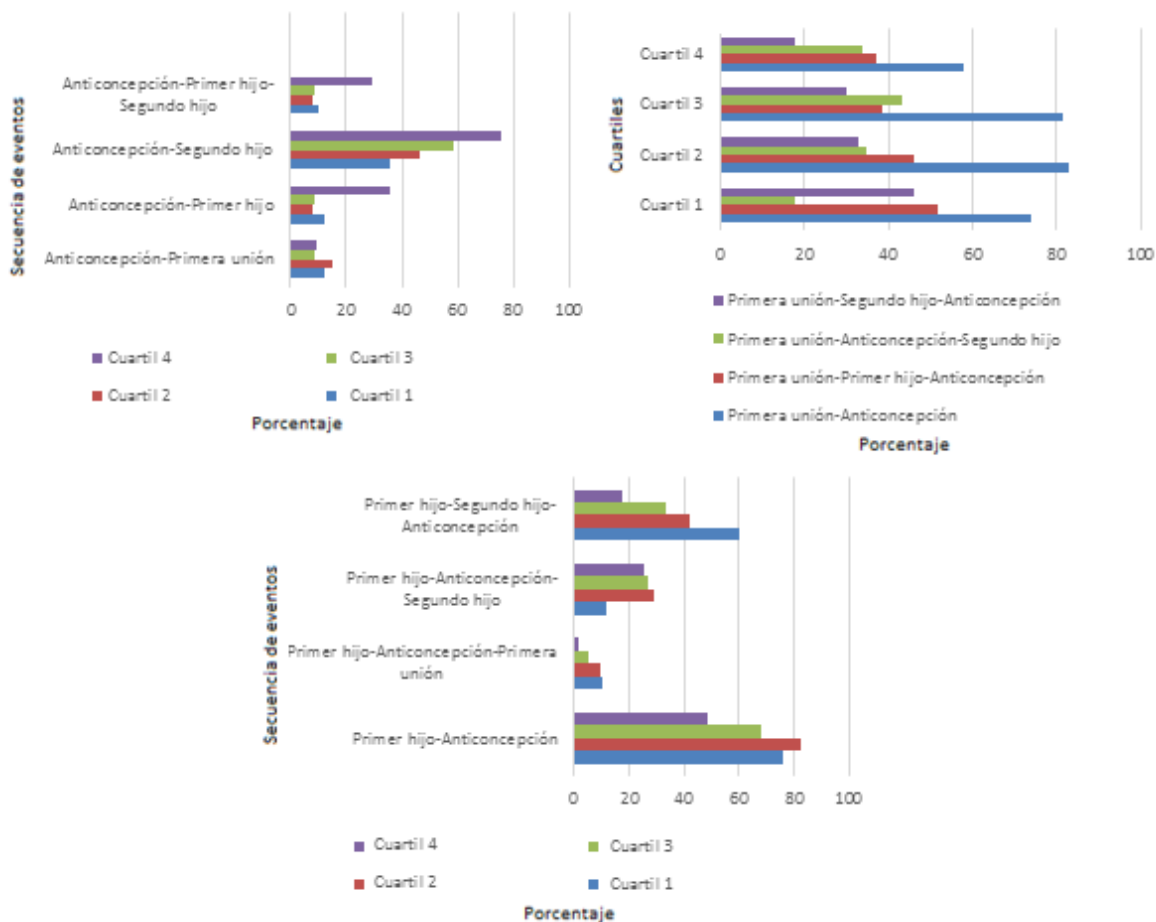
permitiendo observar la diferencia entre patrones de comportamiento modernos y tradicionales de acuerdo a la posición social.

Por cohorte de nacimiento puede notarse que cuando precede la primera anticoncepción, el primer hijo y la primera unión al resto de transiciones aumenta la intensidad en el orden de eventos, mientras en la cohorte más joven es en la que se logra establecer la diferencia más clara por origen social, pues cuando la primera anticoncepción antecede al primer hijo y a la primera unión en la cohorte antigua e intermedia los cuartiles más bajos tienen una mayor intensidad que el cuartil más alto, así como cuando la primera anticoncepción se encuentra entre el primer y segundo hijo los cuartiles intermedios presentan una mayor intensidad, así como cuando se tiene la primera anticoncepción después de la primera unión y antes del segundo hijo, pues también en este caso los cuartiles intermedios poseen mayor intensidad, pero estas tendencias en todos estos casos desaparecen con la cohorte más joven.

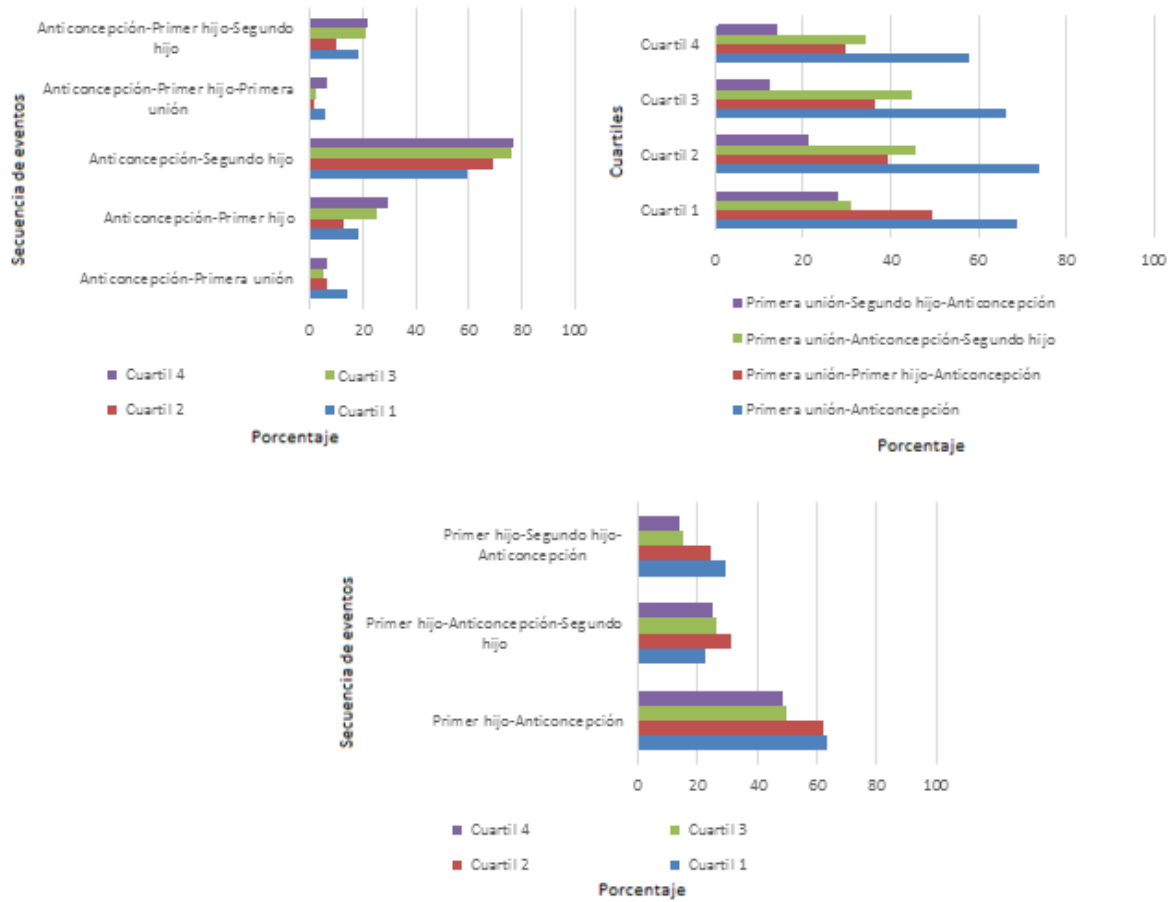
De tal manera que es en la cohorte más joven la que presenta una mayor diferenciación por origen social respecto al momento en el que se experimenta el primer uso de métodos anticonceptivos en los hombres, cuyos cambios a través del tiempo pueden deberse a que las diferencias de intensidad pueden estar relacionadas con una mayor disposición, acceso y difusión del condón, lo cual afecta tanto al primer uso antes de las transiciones y después de ellas, de esta manera se estaría cambiando un poco la rigidez de los roles de género en el comportamiento sexual y reproductivo al observar el primer uso una vez que ha ocurrido la primera unión y el nacimiento del primer hijo, lo cual también puede dar respuesta a los cambios por origen social que se observan al ser más frecuente el primer uso de anticonceptivos una vez que se ha iniciado el proceso de formación de familias.

## Orden de eventos experimentados por mujeres por cohorte de nacimiento y origen social

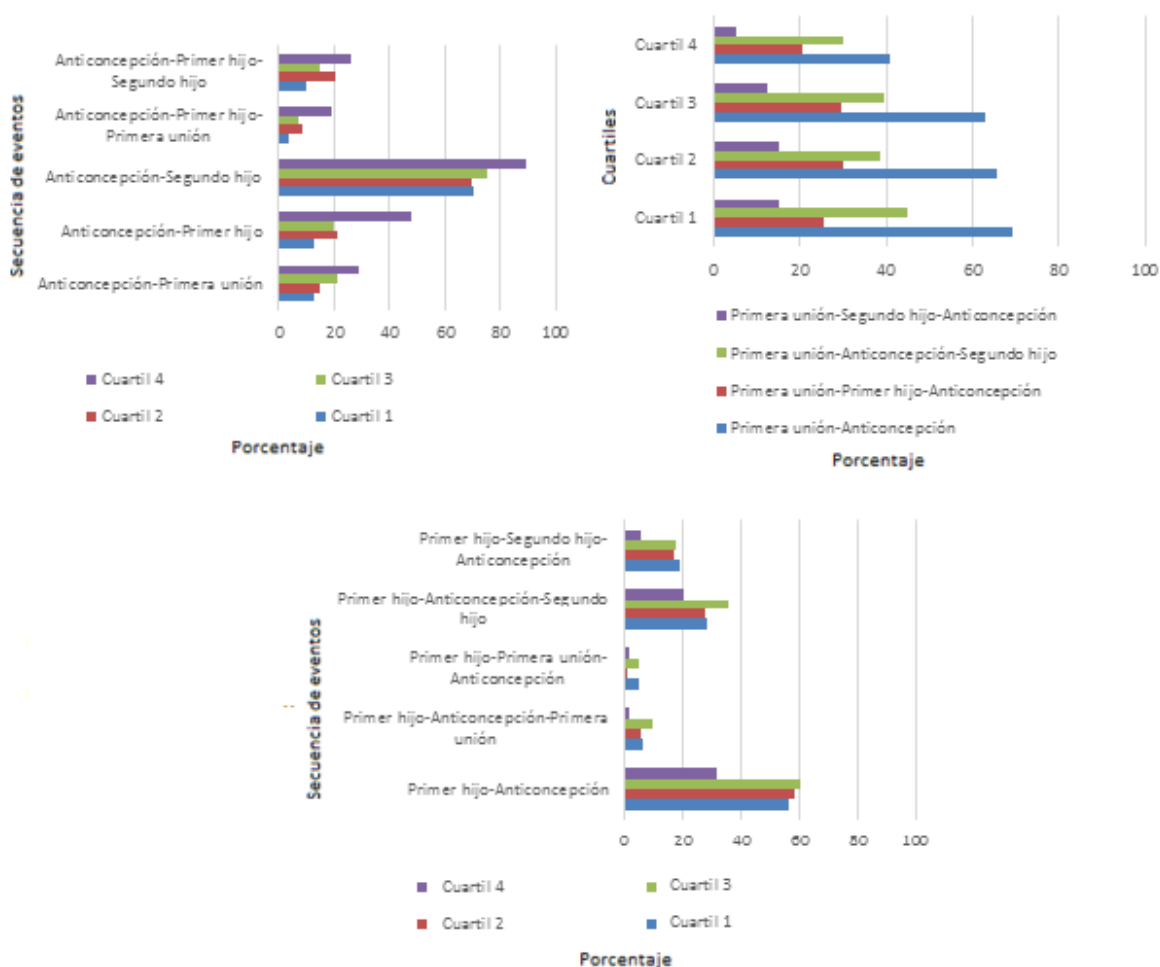
**Gráfica 29. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años pertenecientes a la cohorte 1951-1953 por origen social.**



**Gráfica 30. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años pertenecientes a la cohorte 1966-1968 antes por origen social.**



**Gráfica 31. Orden de experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años pertenecientes a la cohorte 1978-1980 por origen social.**



El orden del primer uso de métodos anticonceptivos observado por cohorte y origen social en el caso de las mujeres, como se muestra en las gráficas 29, 30 y 31, permite observar que sigue la tendencia observada anteriormente de un mayor primer uso cuando la primera anticoncepción antecede a las transiciones de formación de familias para las posiciones sociales más altas, mientras que cuando las transiciones anteceden al primer uso de anticonceptivos los cuartiles más bajos presentan una mayor intensidad, con lo que se refuerza lo observado respecto a la relación de la posición social respecto a la secuencia de eventos vinculados con el proceso de formación de familias, lo cual se relaciona con la acumulación diferenciada de capitales que conllevan a una decisiones más acercadas a las necesidades sexuales y reproductivas de los jóvenes.

Por cohorte puede notarse que se observa que al igual que en el caso de los hombres, la cohorte más joven es la que presenta un aumento en la intensidad en el orden de eventos del primer uso de métodos anticonceptivos y en la que se presenta con más claridad la tendencia señalada por origen social, pues cuando el primer uso de anticonceptivos antecede a la unión en la cohorte antigua e intermedia es la que posee una mayor intensidad en los cuartiles más bajos. Asimismo cuando la primera anticoncepción ocurre después de la primera unión y del nacimiento del primer y segundo hijo la mayor intensidad se da en los cuartiles intermedios, de igual manera cuando la primera anticoncepción se encuentra entre el primer y segundo hijo, si bien no se presentan muchos cambios por cohorte de nacimiento al presentarse la mayor intensidad en los cuartiles intermedios, la intensidad en el cuartil más bajo aumenta en la cohorte más joven.

Con ello, al igual que en el caso de los hombres, puede notarse como el tiempo social y el histórico interactúan para dando como resultado una diferenciación por origen social en la cohorte de nacimiento más reciente acorde a un comportamiento anticonceptivo que corresponde a la diferenciación de patrones sexuales y reproductivos como consecuencia de las desigualdades sociales resultado de las desigualdades educativas, laborales y económicas.

En comparación con los hombres, las mujeres siguen siendo las que mayor intensidad poseen cuando utilizan por primera vez anticonceptivos una vez que experimentan las transiciones de formación de familias, a diferencia de los hombres, quienes poseen una intensidad mayor antes de ellas, lo cual alude a las desigualdades inmersas en los roles sexuales en el comportamiento sexual y reproductivo de hombres y mujeres aún, las cuales persisten con el tiempo.

De acuerdo con lo expuesto, puede notarse que el calendario de experiencia de primer uso de métodos anticonceptivos refuerza los roles de género, de acuerdo a la práctica anticonceptiva de hombres y mujeres, mostrando un calendario más tardío para los hombres, por tanto más desligado de su iniciación a la vida sexual, respecto a las mujeres, ya que este último se encuentra más ligado con las transiciones de formación de familias, indistintamente si se observa por



cohorte y origen social, de tal manera que se puede notar que las desigualdades de género persisten a través del tiempo, sin que se encuentren mediadas por el origen social.

También puede notarse que se enfatiza el cambio que el tiempo histórico realiza en el primer uso de anticonceptivos, a través del rejuvenecimiento de calendario de experiencia en la cohorte más joven respecto a las antiguas.

Asimismo, la cohorte más joven es la que presenta una mayor intensidad de primer uso antes de las transiciones a la formación de familias respecto a las cohortes precedentes, de la misma manera que son la cohorte intermedia y la antigua la que presenta una mayor intensidad cuando se experimenta el primer uso de anticonceptivos después de la primera unión y de haber tenido hijos, lo cual se presenta de manera indistinta por sexo y origen social, demostrando como el contexto sociohistórico afecta los cambios de calendario en el primer uso de anticonceptivos, volviendo a esta experiencia más temprana desligándolo poco a poco de las transiciones de formación de familias y con ello se puede relacionar con el desarrollo en el futuro de un patrón moderno de manera más clara en el análisis de cohortes de nacimiento futuras, por lo que se vincula con el primer uso de anticonceptivos más apegado a las necesidades sexuales y reproductivas de los jóvenes entre más joven es la cohorte de nacimiento.

De igual forma, puede observarse que los resultados reflejan la importancia del tiempo social, expresado en la posición social jerárquica en la definición del calendario de primer uso de anticonceptivos, ya que las posiciones más altas presentan un calendario más tardío de primer uso respecto a las más bajas, de forma indistinta si se observa por sexo y por cohorte.

Igualmente el cuartil más alto presenta una mayor intensidad cuando el primer uso de anticonceptivos se experimenta antes que el proceso de formación de familias, mientras que el cuartil más bajo lo hace cuando la unión, el primer y segundo hijo anteceden al primer uso de anticonceptivos, lo cual se sigue independientemente de la cohorte y del sexo, permitiendo notar que la posición social al relacionarse con características educativas, laborales y de poder adquisitivo demuestra las desigualdades sociales intrínsecas en el primer uso de

anticonceptivos relacionándolo con un uso más autónomo y acorde a las necesidades sexuales y anticonceptivas de los jóvenes, principalmente cuando éstos pertenecen a las cohortes más jóvenes. Por lo que a lo largo de este capítulo puede notarse como el tiempo social y el histórico interactúan para dar cuenta de los cambios en el orden de experiencia del primer uso de anticonceptivos, expresando con ello que subyacen desigualdades de género, sociales y temporales que median que este evento tenga lugar en un momento determinado.

### **Análisis de historia de eventos. Método Kaplan Meier.**

El análisis de la historia de eventos, mediante sus diferentes métodos, permite obtener información a través de la cual pueden interpretarse cambios en el tiempo acerca de la ocurrencia de los eventos que experimentan determinados flujos de población observados durante cierto periodo.

En este caso el método escogido para llevar a cabo este análisis es el de Kaplan Meier, al ofrecer la posibilidad de poder observar el cambio en la probabilidad de primer uso de métodos anticonceptivos por edad de experiencia de los miembros de las cohortes de nacimiento por sexo y origen social, así como la relación de este evento con las transiciones de formación de familias.

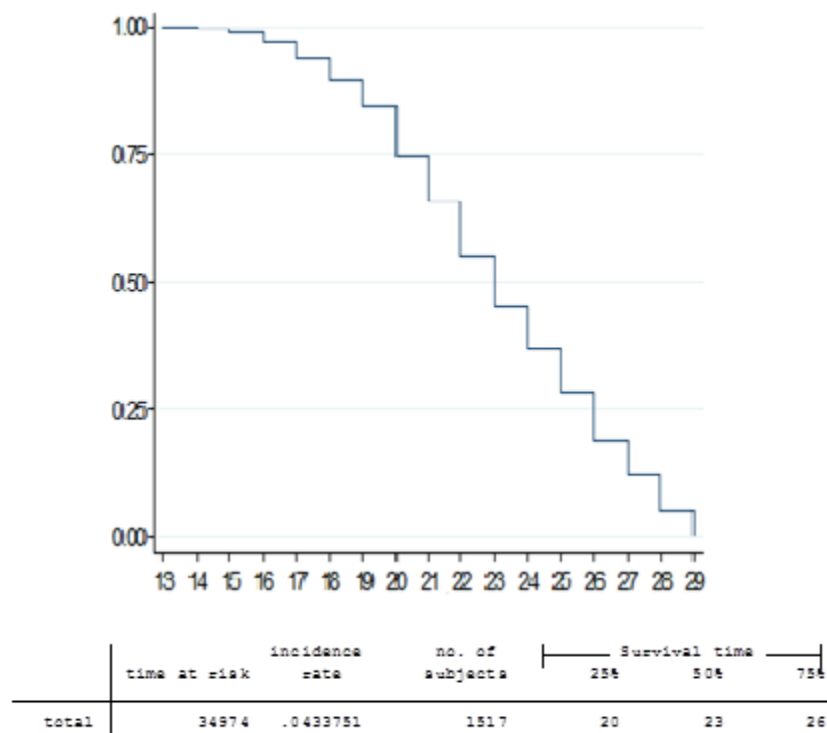
### **Primer uso de métodos anticonceptivos por edad**

Al observar el primer uso de anticonceptivos por edad de ocurrencia de este evento, como se muestra en la gráfica 32, se reafirma la tendencia observada por la literatura y por los resultados anteriores respecto al aumento de primer uso conforme avanza la edad y la relevancia de las edades a las que socialmente son referidas las transiciones a la adultez, es decir, los 18 años y el periodo que corresponde al primer quinquenio de la segunda década de la vida, como las edades a las que se presentan los incrementos más importantes en la probabilidad

de experiencia del primer uso de anticonceptivos, ya que a los 23 años de edad el 50 por ciento de los flujos observados han utilizado algún método anticonceptivo, mientras que a los 26 años lo ha hecho el 75 por ciento. De esta manera los incrementos en la probabilidad de ocurrencia del evento siguen lo observado por la literatura en cuanto a la relación entre el comportamiento anticonceptivo con la legitimidad social de las transiciones sexuales, marital y reproductiva en el periodo de los 18 a los 25 años de edad y por tanto, a grandes rasgos el inicio de la práctica anticonceptiva refleja una secuencia de un patrón tradicional, teniendo en cuenta la cercanía temporal en la experimentación de transiciones por parte de los miembros de las tres cohortes de nacimiento.

Cuando se considera la ocurrencia de primer uso de métodos anticonceptivos de acuerdo a las características de los flujos de población, como el sexo y el origen social, pueden notarse diferencias en el calendario que expresan relaciones sociales.

**Gráfica 32. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980. Estimaciones Kaplan Meier.**



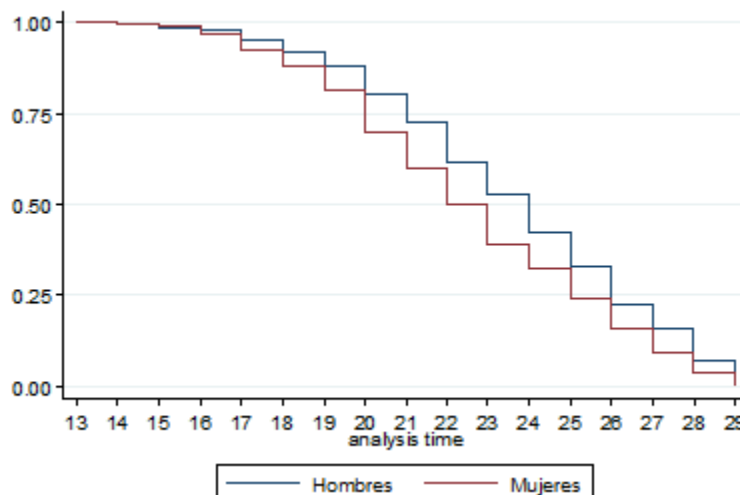
## Primer uso de métodos anticonceptivos por sexo

La experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos presenta diferencias por sexo, como se muestra en la gráfica 33, las cuales se centran en el primer quinquenio de la segunda década de la vida, ya que es durante este periodo en el que las mujeres presentan una mayor probabilidad y un calendario levemente más temprano que el de los hombres pues la mediana de las mujeres se encuentra a los 23 años, en tanto que para los hombres se sitúa a los 24 años.

Estas diferencias relacionan el proceso de formación de familias con el uso del primer método anticonceptivo en el caso de las mujeres, así como su desvinculación en los hombres, se relaciona con la diferencias en la ocurrencia de la transición sexual, marital y reproductiva, sin embargo, en ambos casos se puede relacionar el primer uso de métodos anticonceptivos con el proceso de formación de familias que tiene lugar normativamente en los cinco primeros años de la segunda década de la vida.

De esta manera, el primer uso de métodos anticonceptivos refuerza las diferencias de calendario en la transición sexual que son social y culturalmente atribuidas a los sexos, las cuales las vinculan o desvinculan con la procreación.

**Gráfica 33. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por sexo. Estimaciones Kaplan Meier.**



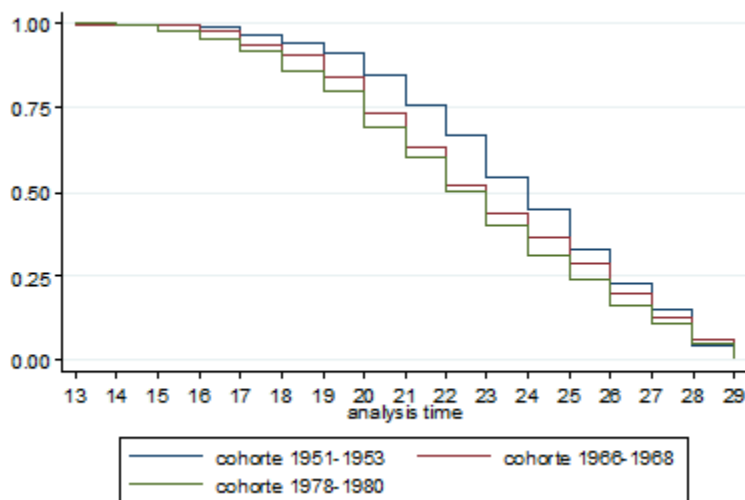
sex	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	15929	.0423755	675	21	24	26
2	19045	.0442111	842	20	23	25
total	34974	.0433751	1517	20	23	26

### Primer uso de métodos anticonceptivos por cohorte de nacimiento

Como puede notarse en la gráfica 34, la sobrevivencia del primer uso de métodos anticonceptivos presenta diferencias por cohorte de nacimiento, las cuales pueden observarse en la distribución del porcentaje de miembros de éstas que han experimentado este evento, pues la cohorte intermedia y joven presentan un rejuvenecimiento respecto a la antigua. La brecha en la sobrevivencia del primer uso de métodos anticonceptivos entre cohortes de nacimiento presenta diferencias dependiendo las edades de observación, notándose un mayor distanciamiento de los 18 a los 26 años entre la cohorte intermedia y joven respecto a la antigua.

Estas variaciones pueden indicar diferencias en la disponibilidad, acceso y apertura al uso acordes al contexto en el que estas cohortes de nacimiento experimentaron este evento, lo cual indica una diversidad de transacciones que los miembros de las cohortes realizaron respecto a las instituciones de salud, lo cual podría relacionarse con el requerimiento de la unión en la cohorte antigua para el acceso de métodos anticonceptivos en instituciones de salud públicas, así como la interiorización de normas biomédicas de procreación para las tres cohortes de nacimiento. Dichas diferencias indican un impacto diferenciado del tiempo histórico en el inicio del comportamiento reproductivo.

**Gráfica 34. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años por cohorte de nacimiento. Estimaciones Kaplan Meier.**



cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	8836	.0419886	413	22	24	26
2	11139	.0434509	484	20	23	26
3	13999	.0442889	620	20	23	25
total	34974	.0433751	1517	20	23	26

### Primer uso de métodos anticonceptivos por origen social

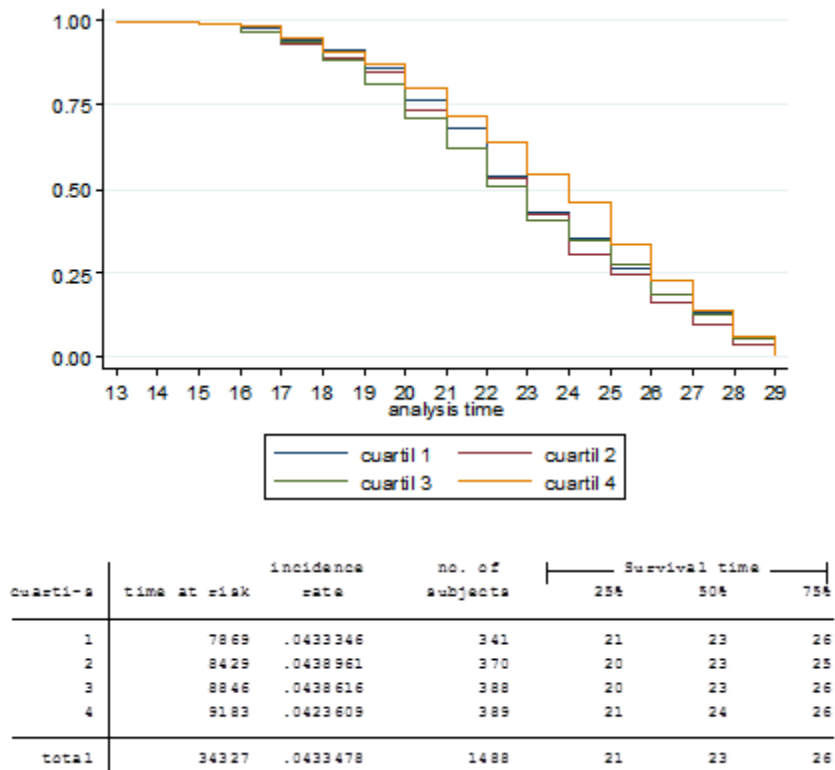
La sobrevivencia del primer uso de métodos anticonceptivos por origen social, como se muestra en la gráfica 35, presenta diferencias de calendario de acuerdo a la división por cuartiles del IOS, el primer y el cuarto cuartil presentan un comportamiento similar al mostrar un calendario más tardío a diferencia del segundo y tercer cuartil. La mediana confluye del primer al tercer cuartil en 23 años de edad, sin embargo, es el cuartil más alto en el que la mediana se sitúa en los 24 años.

Estas diferencias de calendario por origen social pueden relacionarse con las variaciones de hábitos desde el campo de la sexualidad y por tanto, con diferencias de patrones sexuales y reproductivo de acuerdo al cuartil de

referencia, ya que en los cuartiles más bajos el inicio de la anticoncepción tiene una relación temporal más estrecha con el periodo de formación de familias.

Tales variaciones también podrían indicar un uso más temprano en los estratos medios de la población, al observarse la postergación de uso en el primer y último cuartil, estando relacionado al primero con la postergación del esparcimiento o limitación de la familia y en el último con la postergación del proceso de formación de familias, al observarse una mayor distancia en la experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos respecto a las transiciones características del proceso de formación de familias, dando como resultado un comportamiento sexual y reproductivo acordes a un habitus determinado concerniente a un patrón moderno.

**Gráfica 35. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



## **Primer uso de métodos anticonceptivos por tipo de método utilizado**

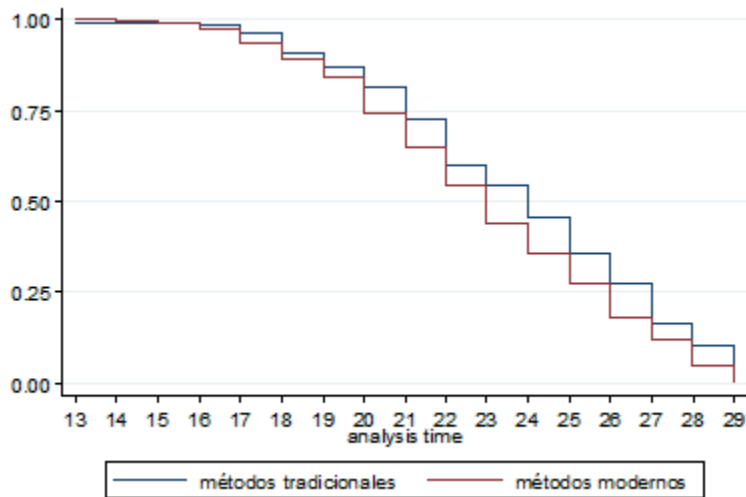
Como se puede observar en la gráfica 36, la utilización por vez primera de algún anticonceptivo de acuerdo al tipo de método usado, corrobora lo encontrado en la literatura sobre la predominancia del uso de métodos modernos respecto a los tradicionales, ya que los modernos presentan una menor sobrevivencia a lo largo del periodo de observación, así como un calendario más temprano, pues a los 23 años, la mitad de los miembros de la muestra ya han utilizado métodos modernos en el inicio de su vida anticonceptiva, mientras que para los 26 años, el 75 por ciento ha utilizado algún método de este tipo.

Esta diferencia de probabilidades de primer uso por tipo de métodos, puede estar referida a un mayor acceso, difusión, disponibilidad y apertura al uso, dado su nivel de eficiencia, de métodos modernos, entre los 12 a los 29 años de edad. Asimismo, las edades en las que esta brecha de uso es mayor podrían corresponder al periodo en el que el proceso de formación de familias tienen lugar y en el que la fecundidad presenta su punto más alto, por tanto, el uso de métodos modernos estaría vinculado con la postergación del primer hijo, aumento de intervalos intergenésicos, o bien limitación de la descendencia.

Por otro lado, los métodos tradicionales presentan un calendario ligeramente tardío, ya que la mediana se sitúa en los 24 años y para los 27 años un 75 por ciento de la muestra ya ha utilizado por primera vez un método anticonceptivo, lo cual refiere a un primer uso vinculado con una edad mayor respecto al primer uso de métodos modernos, lo cual puede relacionarse con la utilización de métodos tradicionales dentro de la unión con la finalidad de espaciar los intervalos intergenésicos.



**Gráfica 36. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por tipo de método.**

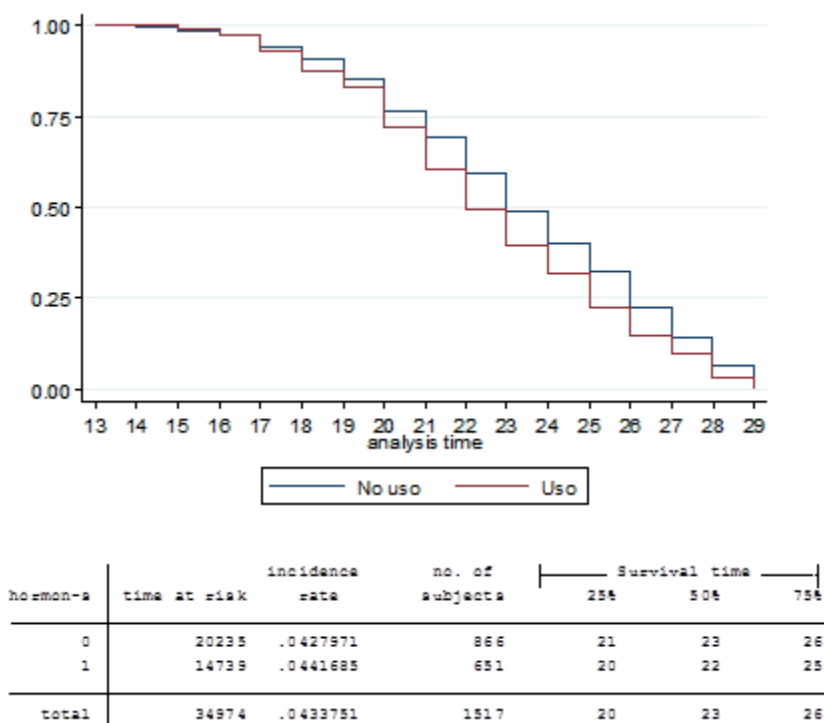


mat_mod	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
0	3039	.0421191	128	21	24	27
1	31935	.0434946	1389	20	23	26
total	34974	.0433751	1517	20	23	26

Si bien la probabilidad de utilizar métodos modernos es mayor que el de los tradicionales, en el primer uso de anticonceptivos, existen diferencias por tipo de métodos modernos. En el caso de los métodos hormonales, como se puede notar en la gráfica 37, presenta una menor sobrevivencia al primer uso de métodos anticonceptivos en el periodo que va de los 21 a los 26 años, ya que es precisamente al final de este periodo cuando los métodos hormonales son utilizados como primer anticonceptivo por el 75 por ciento de los flujos de población.

Esta tendencia en la distribución de la sobrevivencia de uso en el proceso de observación, puede relacionarse con lo establecido con la literatura respecto a la utilización de métodos hormonales cuando se ha experimentado la primera unión y antes del primer hijo, principalmente en el periodo de mayor probabilidad de uso.

**Gráfica 37. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por utilización de métodos hormonales. Estimaciones Kaplan Meier.**



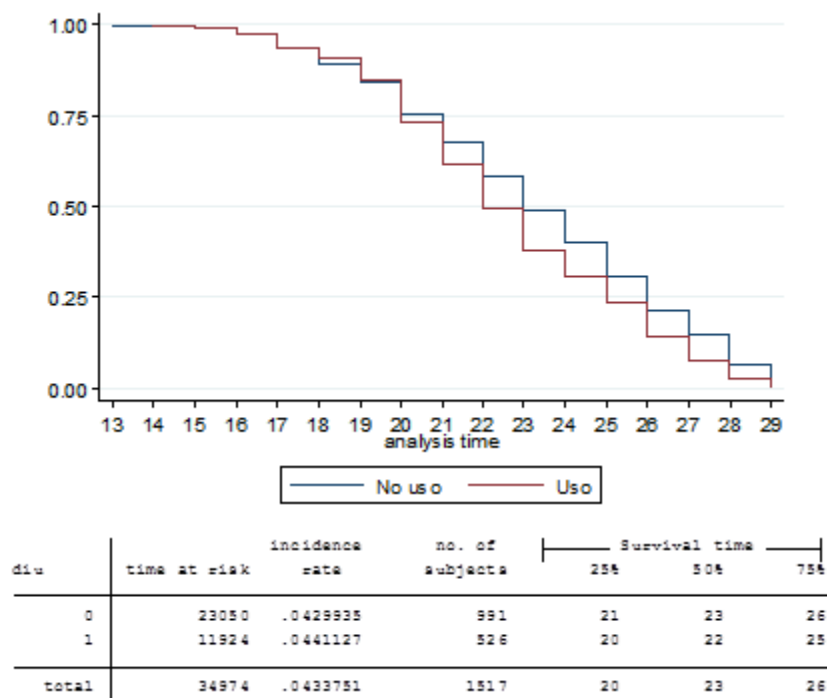
La sobrevivencia de que el primer método anticonceptivo utilizado sea el DIU, como se puede notar en la gráfica 38, presenta variaciones que indican una menor sobrevivencia en el periodo que va de los 21 a los 27 años, pues a los 25 años este método ha sido utilizado por el 75 por ciento de los flujos observados. Por tanto, el uso del DIU como primer método anticonceptivo, de acuerdo a lo encontrado en trabajos previos como los de Brugueilles (2004), Bronfman, López y Tuirán (1986), presenta tanto un envejecimiento de calendario como una ligera extensión de éste respecto a los métodos hormonales.

De tal manera que el uso del DIU como primer método anticonceptivo de los 12 a los 29 años de edad, se encuentre relacionado con el periodo en el que las transiciones de formación de familias tienen lugar y en los que la fecundidad encuentran su punto más alto.

Asimismo, permite mostrar las diferencias de calendario entre el primer uso del DIU respecto a la utilización de los métodos hormonales, se relacionan una

posible prolongación de la anticoncepción correspondiente al incremento de intervalos intergenésicos más que a la postergación del primer hijo.

**Gráfica 38. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por utilización de Dispositivo Intauterino (DIU). Estimaciones Kaplan Meier.**

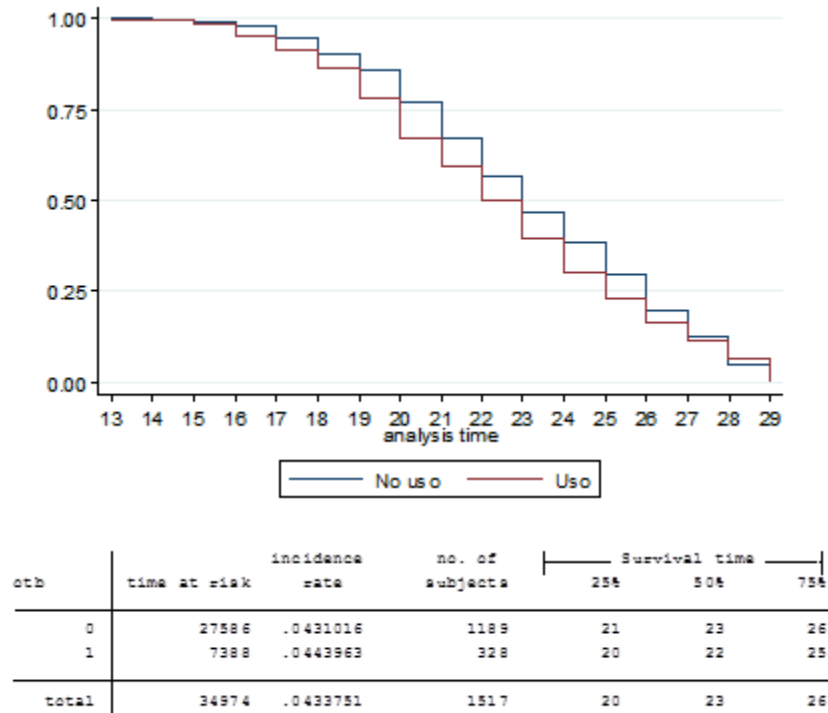


La sobrevivencia del primer uso de métodos anticonceptivos cuando se utiliza la OTB, como se puede notar en la gráfica 39, presenta un decremento en el periodo que va de los 20 a los 25 años, pues al final de este periodo el 75 por ciento de los flujos observados ha utilizado como primer método la OTB. De manera que el uso de la OTB presenta un calendario temprano similar a los métodos hormonales y al DIU, aunque cabe señalar que el número de personas que utilizaron la OTB como primer método anticonceptivo es menor al de éstos.

Esta distribución de sobrevivencia se relaciona con la limitación de la descendencia durante el periodo en el que confluye el proceso de formación de familias y el periodo más alto de la fecundidad, dando como resultado un comportamiento ligado a un menor número de hijos. Por otra parte, las diferencias de calendario que presenta el uso de la OTB como primer método anticonceptivo

respecto a los métodos hormonales y al DIU, pueden estar relacionados con las características entre e intracohorte.

**Gráfica 39. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por utilización de Oclusión Tubaria Bilateral (OTB). Estimaciones Kaplan.**

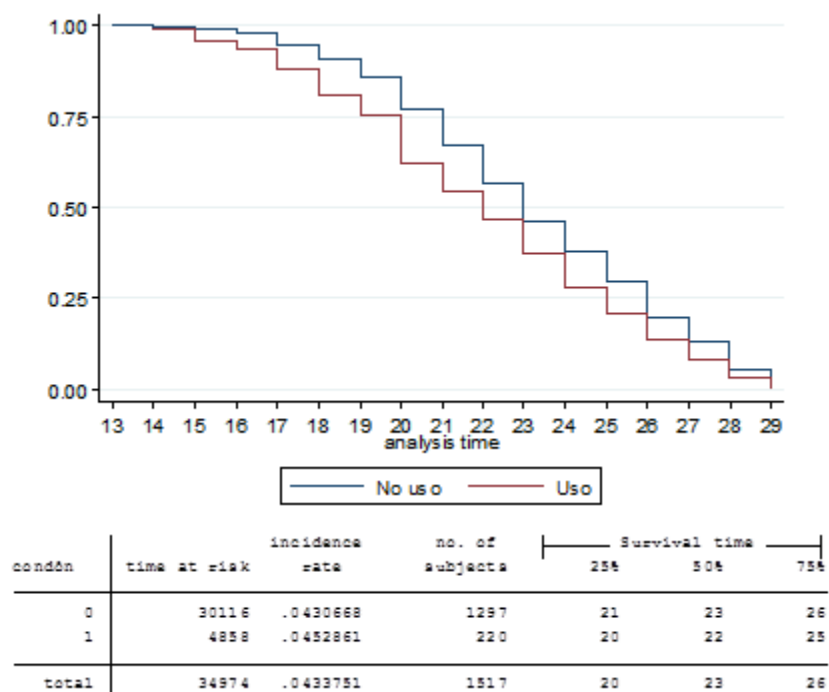


En lo concerniente a la probabilidad de primer uso de métodos anticonceptivos masculinos, puede notarse en la gráfica 40 que cuando se considera la sobrevivencia de que el primer anticonceptivo utilizado sea el condón, ésta suele presentar una menor sobrevivencia en el periodo que va de los 17 a los 26 años de edad, presentando una mediana de uso a los 23 años de edad.

Estas variaciones en la sobrevivencia de que el uso del condón sea el primer anticonceptivo utilizado en el periodo de observación, podría relacionarse con el carácter temprano de la transición sexual y su distanciamiento temporal de las transiciones de formación de familias en el caso de los hombres, por lo que el uso del condón tendría una relación más estrecha, que en el caso de las mujeres, con el inicio de la vida sexual, más que con los eventos relacionados con la formación de familias. Asimismo, refleja la disponibilidad, difusión, acceso y apertura al uso del condón, por parte de los hombres pertenecientes a las

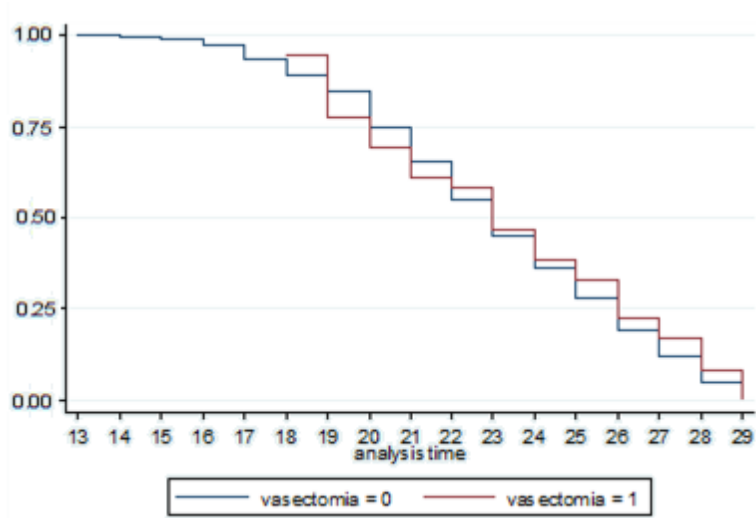
cohortes de nacimiento en estudio, a lo largo de casi todo el periodo de observación.

**Gráfica 40. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por utilización de condón. Estimaciones Kaplan Meier.**



Cuando se utiliza la vasectomía como primer método anticonceptivo como se muestra en la gráfica 41, de acuerdo con la prueba log rank, no representa diferencias significativas en las curvas de sobrevivencia, ya que no hay evidencia significativa que sugiera diferencia entre ellas. Estos resultados indican que la sobrevivencia de uso de la vasectomía como primer método anticonceptivo y la de no ocurrencia del evento no presentan diferencias, lo cual puede deberse al bajo número de casos en los que se utiliza la vasectomía como primer método anticonceptivo, teniendo en cuenta que es un método de anticoncepción definitivo.

**Gráfica 41. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por utilización de vasectomía. Estimaciones Kaplan Meier.**



vasect-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
0	34136	.0433853	1481	20	23	26
1	838	.0429594	36	20	23	26
total	34974	.0433751	1517	20	23	26

### **Primer uso de métodos anticonceptivos por proceso de transición de formación de familias**

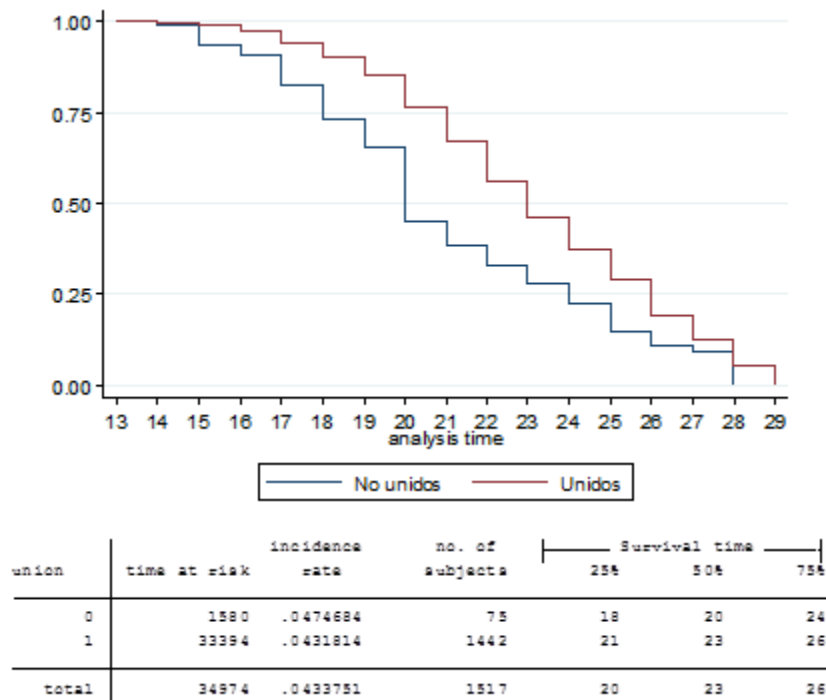
Respecto a la relación de la sobrevivencia del primer uso de métodos anticonceptivos con transiciones de formación de familias, puede notarse en la gráfica 42 que en el caso de la primera unión, si bien existe una menor sobrevivencia de primer uso antes de experimentar este evento en casi todo el periodo de observación, teniendo una mediana de 20 años los flujos de población no unidos ya habían experimentado el primer uso de anticonceptivos, cabe señalar que solo es el veinte por ciento de los casos observados fueron los que utilizaron algún método anticonceptivo antes de unirse. En tanto que los flujos de población que utilizaron por primera vez un método anticonceptivo cuando ya había ocurrido la primera unión, presentan un calendario más tardío que aquellos que lo hicieron antes de unirse, teniendo una mediana de 23 años.

Estas variaciones en la distribución de las curvas de sobrevivencia indican que en general durante este periodo de la juventud, la experiencia del primer uso

de anticonceptivos, si bien para una parte de los sujetos observados antecede a la primera unión, solo al final de dicho periodo el orden de ocurrencia de eventos se invierte, para el resto sigue siendo un evento que ocurre después de que se ha experimentado la primera unión.

Dicho orden en la primera experiencia de eventos refleja que sigue siendo importante la primera unión como antecedente al primer uso de anticonceptivos por la mayoría de los sujetos observados, sin embargo, también existe una parte de ellos que experimenta una transición sexual temprana respecto a la primer unión, como se observa al haber una menor sobrevivencia de los no unidos respecto a quienes han experimentado este evento, cabría corroborar este comportamiento teniendo en cuenta las características entre e intra cohorte.

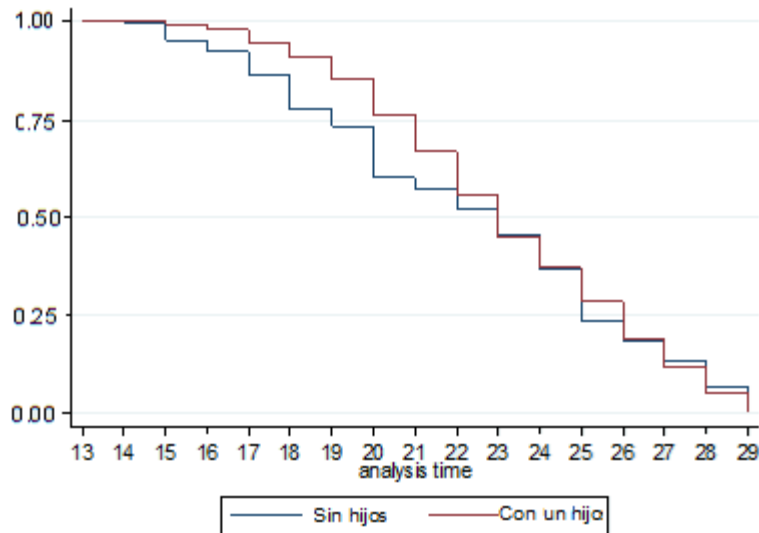
**Gráfica 42. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por primera unión. Estimaciones Kaplan Meier.**



En la gráfica 43, se observa la sobrevivencia del primer uso de métodos anticonceptivos cuando el nacimiento del primer hijo ya ha ocurrido, así como la sobrevivencia cuando no han ocurrido estos eventos. De acuerdo con la prueba

log rank, las curvas de supervivencia no representan evidencia significativa de que haya diferencias entre ellas, por lo que pareciera que el nacimiento del primer hijo no representa un evento significativo como antecedente del primer uso de métodos anticonceptivos.

**Gráfica 43. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por primer hijo. Estimaciones Kaplan Meier**



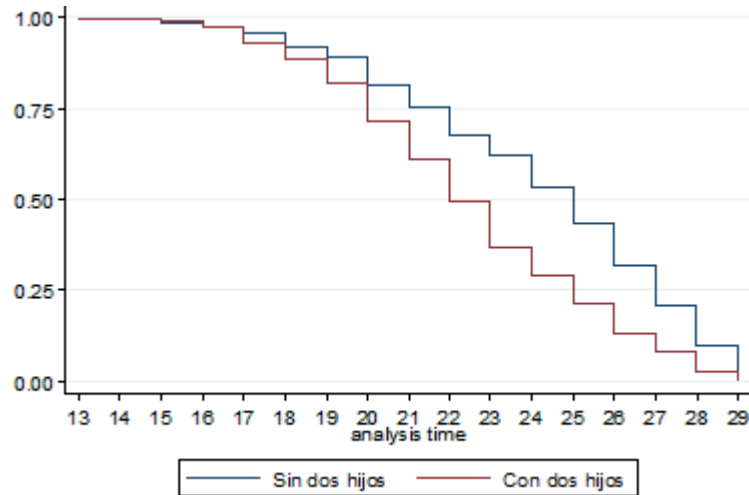
hijo_1	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
0	3133	.0446856	140	19	23	25
1	31841	.0432461	1377	21	23	26
total	34974	.0433751	1517	20	23	26

Como se puede notar en la gráfica 44, la supervivencia del primer uso de anticonceptivos, una vez que ya se ha tenido el segundo hijo, presenta un decremento notorio de los 20 a los 27 años, a los 25 años el 75 por ciento de los sujetos observados ha utilizado por primera vez un método anticonceptivo. Al observar estas curvas de supervivencia resalta la relación entre las edades en las que tiene lugar el proceso de formación de familias con los periodos de mayor ocurrencia del evento, y por tanto, se reafirma la tendencia del primer uso de métodos anticonceptivos postparto, y por tanto, muestran una mayor uniformidad en la importancia que tiene el espaciamiento o limitación de la descendencia después que ya se han tenido dos hijos. Asimismo, se refirma el calendario en la primera experiencia anticonceptiva entre quienes aún no experimentan el



nacimiento de su segundo hijo, el cual se ubica temporalmente antes de los 20 años.

**Gráfica 44. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por segundo hijo. Estimaciones Kaplan Meier.**



hijo_2	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
0	11583	.0413537	479	22	25	27
1	23391	.044376	1038	20	22	25
total	34974	.0433751	1517	20	23	26

De acuerdo a lo observado en este apartado puede notarse que se sigue con lo estatuido por la literatura y por los resultados de la presente investigación acerca de las edades en donde se tiene una mayor probabilidad ocurrencia de primer uso de métodos anticonceptivos, es decir, en el primer quinquenio de la segunda década de la vida.

Aunque también se observa que existen diferencias por sexo, cohorte y origen social. Por sexo se reafirma la relación estrecha entre el comportamiento anticonceptivo y el sexual así como el reproductivo en el caso de las mujeres, lo cual se refuerza al realizar las observaciones por cada uno de los tipos de métodos modernos y en las transiciones de formación de familias, a diferencia de los hombres para quienes esta relación se encuentra separada temporalmente, ya que experimentan el primer uso de anticonceptivos después.

Cuando se observa por cohorte de nacimiento puede notarse la influencia del tiempo sociohistórico en el primer uso de métodos anticonceptivos sobretodo en el calendario de la cohorte intermedia y joven, al presentar un calendario más joven que el de la cohorte antigua.

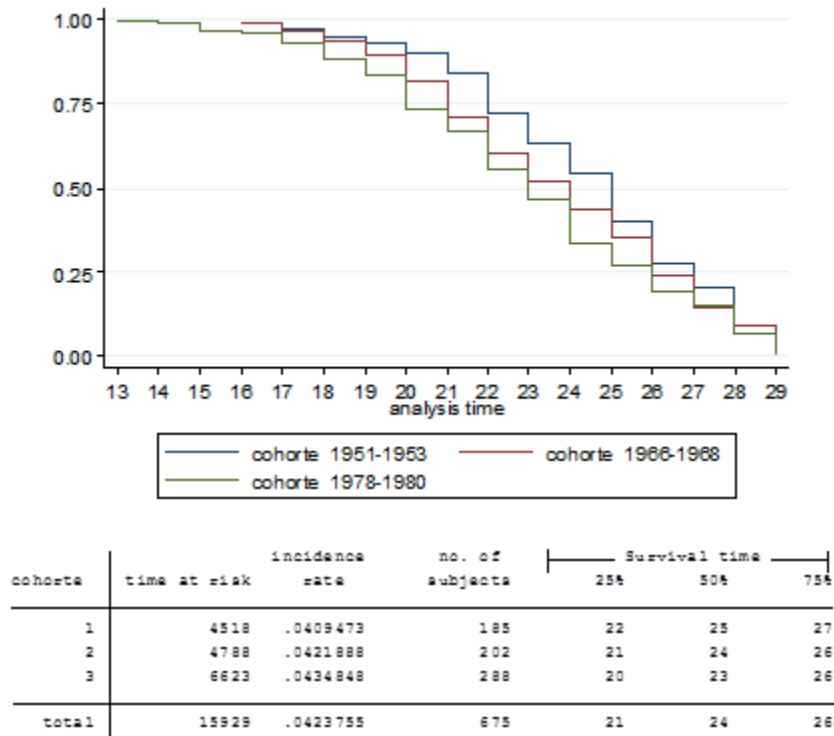
Por otra parte, por origen social puede notarse que se suaviza la influencia de la diferenciación de habitus, expresado en las diferencias que la escolaridad, trabajo y poder adquisitivo tienen en el primer uso de métodos anticonceptivos, de tal forma que las cuartiles más altos presentan un primer uso más tardío lo cual puede relacionarse con una postergación del procesos de formación de familias, a diferencia de lo que sucede con los cuartiles más bajos cuyo comportamiento se relaciona con un calendario más temprano relacionado con un proceso de formación de familias, así como su relación una vez que se ha iniciado este proceso con la limitación de la familia.

#### **Observaciones por cohorte de nacimiento.**

#### **Primer uso de métodos anticonceptivos por sexo.**

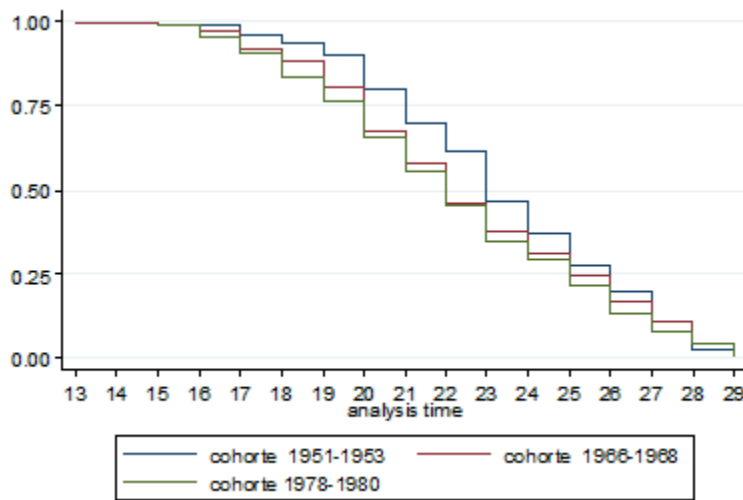
Como se puede observar en la gráfica 45, al comparar las curvas de sobrevivencia de las cohortes de nacimiento en el caso de los hombres, puede notarse que existe una menor sobrevivencia al primer uso de métodos anticonceptivos entre más joven es la cohorte, en todo el periodo de observación, así como un calendario más temprano, como puede notarse en la mediana de primer uso correspondiente a cada cohorte de nacimiento. Estas variaciones de la sobrevivencia pueden indicar que entre más joven es la cohorte de nacimiento los sujetos de observación que la conforman experimentan el primer uso de anticonceptivos más temprano y con una mayor probabilidad que las personas de cohortes anteriores cuando tenían la misma edad. Dicha diferencia podría indicar la influencia del tiempo sociohistórico en el primer uso de anticonceptivos al implicar una mayor oferta y posibilidad de acceso a ellos, así como una apertura mayor a su uso.

**Gráfica 45. Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por cohorte de nacimiento. Estimaciones Kaplan Meier.**



Como se muestra en la gráfica 46, si bien existe la misma tendencia que en el caso de los hombres, en las diferencias en las curvas de supervivencia de primer uso de métodos anticonceptivos de las mujeres pertenecientes a las cohortes de nacimiento 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, las variaciones entre cohorte son menos notorias principalmente entre la intermedia y joven, tanto en lo concerniente a la supervivencia del evento y calendario de primer uso.

**Gráfica 46. Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por cohorte de nacimiento. Estimaciones Kaplan Meier.**

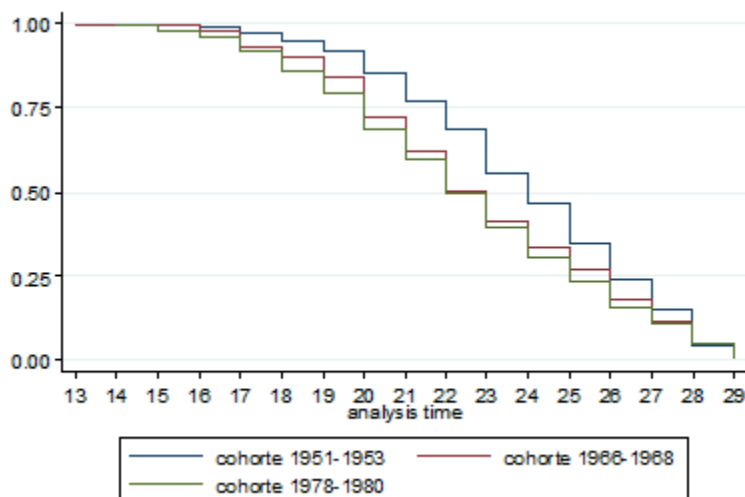


cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	5318	.0428733	228	21	23	26
2	6351	.0444025	282	20	22	25
3	7376	.0450108	332	20	22	25
total	19045	.0442111	842	20	23	25

Estos cambios pueden estar relacionados con la disponibilidad de anticonceptivos masculinos modernos para los miembros de las cohortes de nacimiento durante el periodo de observación, y por tanto, la relación con el contexto histórico a través de la importancia institucional pública de las políticas de planificación familiar, cuya población objetivo se trataba de las mujeres unidas. Por lo que puede relacionarse con el hecho de que las mujeres de las cohortes más jóvenes presentan una menor sobrevivencia que sus antecesoras sea menor la diferencia respecto al caso de los hombres cuya brecha es mayor.

## Primer uso de métodos anticonceptivos por tipo de método.

**Gráfica 47. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos modernos y cohorte de nacimiento. Estimaciones Kaplan Meier.**



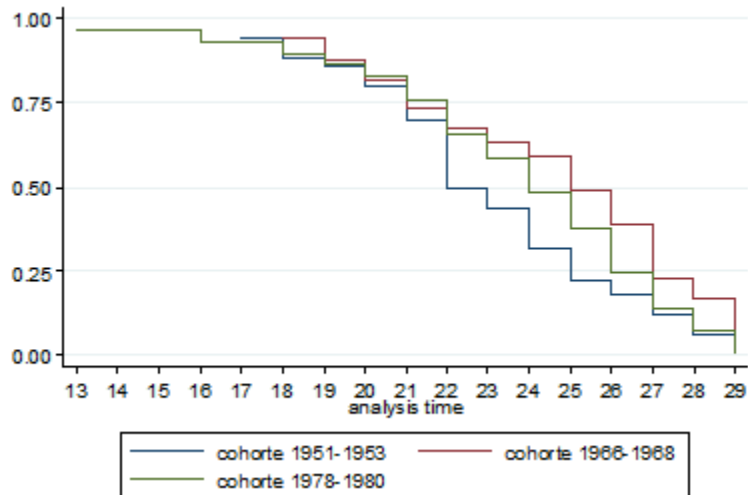
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	8685	.0417962	363	22	24	26
2	9937	.0437758	435	20	23	26
3	13313	.0443927	551	20	22	25
total	31935	.0434946	1389	20	23	26

Como se observa en la gráfica 47, la tendencia observada en las curvas de sobrevivencia en las cohortes de nacimiento, puede notarse en el caso de que el primer método utilizado sea uno moderno, las cohortes más jóvenes son las que presentan un mayor riesgo de primer uso, lo cual se relacionaría con la oferta de anticonceptivos institucional y su vinculación con la población objetivo a quien se dirigía el uso de métodos anticonceptivos.

De la misma manera que se puede observar un calendario más temprano entre más joven es la cohorte de nacimiento pasando la mediana de primer uso de 24 años de la cohorte antigua a 22 años para la más joven, por lo que los sujetos observados de la cohorte más joven experimenta más temprano y con una mayores probabilidad de ocurrencia el primer uso de métodos anticonceptivos que cohortes anteriores, lo cual puede relacionarse con una mayor penetración de los

métodos modernos en los jóvenes en el periodo de observación debido al avance tecnológico, la mayor posibilidad de acceso y apertura hacia este tipo de métodos.

**Gráfica 48. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos tradicionales, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1151	.0434405	50	21	22	25
2	1202	.0407654	49	21	25	27
3	686	.0422741	29	22	24	26
total	3039	.0421191	128	21	24	27

De acuerdo con la gráfica 48, las curvas de supervivencia correspondientes al primer uso de anticonceptivos cuando el primer método es de tipo tradicional, no son diferentes, pues de acuerdo con los resultados de la prueba log rank se observa que no hay evidencia significativa que sugiera diferencia en los tiempos de supervivencia para las tres cohortes. Además de ello, el número de sujetos de las cohortes de nacimiento es bajo, el cual además decrece mientras más joven es la cohorte.

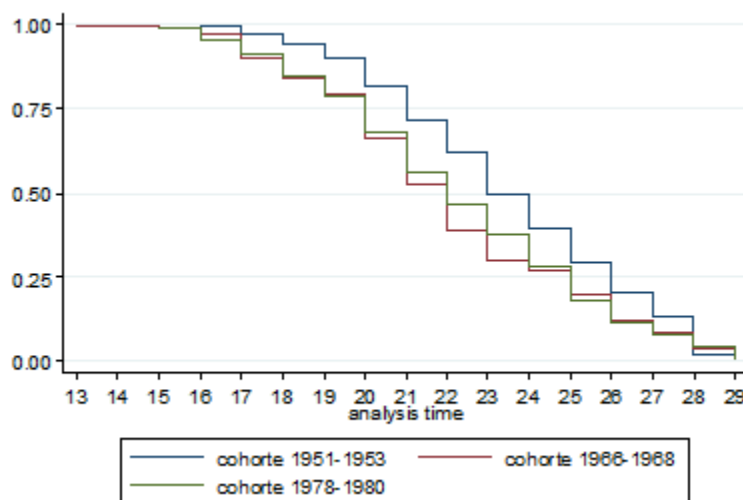
De esta manera la ausencia de diferencias en las curvas de supervivencia puede indicar que la utilización de métodos tradicionales no ha tenido grandes diferencias a través del tiempo, lo cual puede deberse a que el mayor impacto en

la anticoncepción lo han tenido los métodos modernos, debido a su eficacia y apertura social a éstos, para lo cual la difusión y acceso de su uso por parte de las instituciones de salud ha sido fundamental.

Como se muestra en la gráfica 49, las curvas de supervivencia cuando el primer método utilizado son los métodos hormonales presentan diferencias en las curvas de supervivencia por cohorte de nacimiento, principalmente en la cohorte antigua respecto a la intermedia y reciente, ya que es ésta la que tiene una mayor supervivencia. Asimismo las cohortes intermedia y joven presentan un rejuvenecimiento de calendario respecto a la antigua, tal como se puede notar en las medianas de cada cohorte de nacimiento.

De esta manera, puede relacionarse el aumento de primer uso de métodos hormonales desde la cohorte intermedia como primer anticonceptivo, tal como se pudo constatar en los apartados anteriores, lo cual puede relacionarse como parte de la difusión, acceso y apertura a dichos anticonceptivos, las cuales han sido mayores entre más jóvenes son las cohortes de nacimiento debido al contexto sociohistórico que ha logrado facilitarlos al tiempo que han sido utilizados a edades más tempranas.

**Gráfica 49. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos hormonales, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



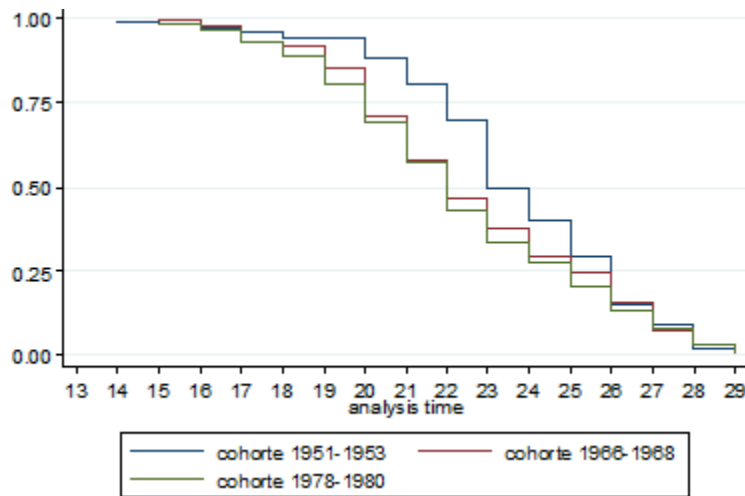
cohorta	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	5359	.0425453	228	21	23	26
2	4346	.045329	197	20	22	25
3	5034	.0448947	226	20	22	25
total	14739	.0441685	651	20	22	25

Como se puede notar en la gráfica 50, la misma tendencia observada en las curvas de sobrevivencia en las cohortes de nacimiento para los métodos hormonales es observada en cuanto al DIU como primer anticonceptivo utilizado, pues la cohorte antigua sigue presentando una mayor sobrevivencia respecto a las demás, aunque algunas periodos las variaciones son mayores que otros. De igual forma las cohortes intermedia y joven presentan un calendario más temprano pues la mediana para ambas cohortes es de 22 años.

Cuando se observa el uso del DIU como primer anticonceptivo por cohorte puede notarse que la cohorte intermedia y joven no presenta diferencias en los niveles de sobrevivencia, en cuanto a la cohorte antigua entre los 20 y 25 años se presenta la menor disminución en la sobrevivencia. Estos niveles reflejan que el uso del DIU como primer anticonceptivo, tal como se vio en el apartado de intensidad del evento, presenta mayores niveles de la cohorte intermedia y joven, como parte de la oferta de anticonceptivos en las instituciones de salud y la interiorización de medidas biomédicas a edades más tempranas si se consideran las diferencias por cohorte de nacimiento.



**Gráfica 50. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de DIU y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

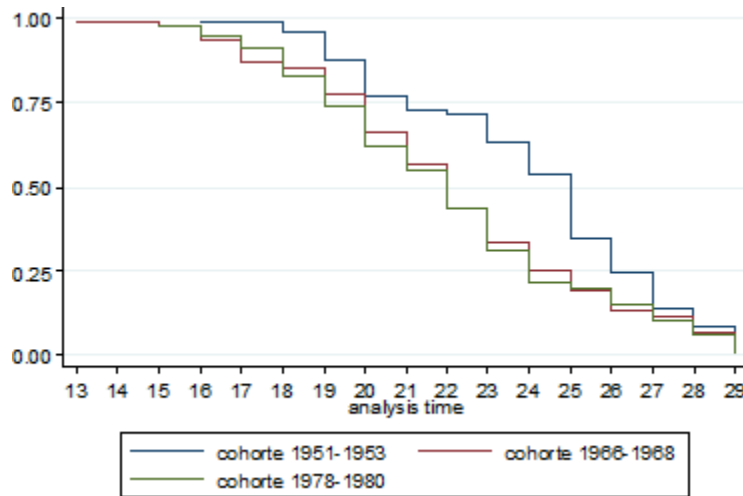


cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2409	.0423412	102	22	23	26
2	4092	.0442326	181	20	22	25
3	5423	.0448091	243	20	22	25
total	11924	.0441127	526	20	22	25

La utilización de la OTB como primer método anticonceptivo, como se muestra en la gráfica 51, presenta la misma tendencia observada en la comparación por cohortes de nacimiento anteriormente, es decir, muestra una mayor sobrevivencia en la cohorte antigua y una gran similitud entre la cohorte intermedia y la joven, al tiempo que presenta un calendario más temprano para estos dos cohortes en comparación con la cohorte antigua, tal como se puede observar en la mediana de primer uso en cada cohorte.

Estas diferencias entre cohorte pueden notarse principalmente en el primer quinquenio de la segunda década de la vida, lo cual puede estar relacionado con una el hecho de que un mayor número de sujetos observados de la cohorte intermedia y joven haya experimentado el uso de la OTB como primer método a diferencia de la cohorte antigua, tal como se puede notar en los datos de la gráfica 51.

**Gráfica 51. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de OTB y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

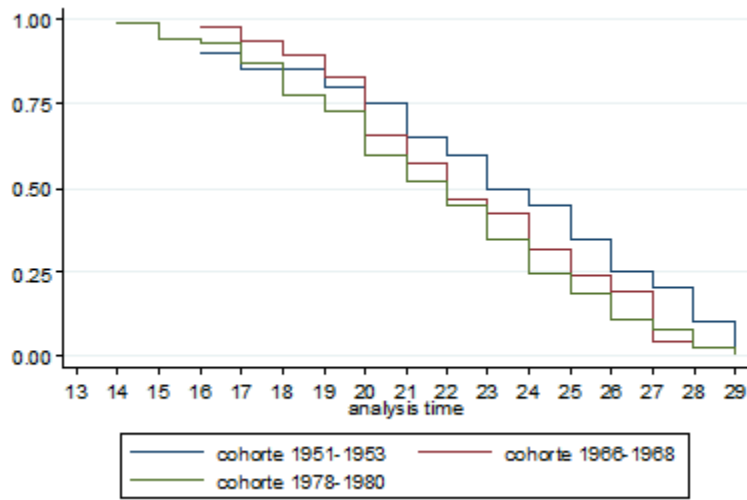


cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1777	.0416432	74	21	25	26
2	2680	.0451493	121	20	22	24
3	2931	.045377	133	19	22	24
total	7388	.0443963	328	20	22	25

El uso del condón como primer método anticonceptivo, como se muestra en la gráfica 52, no presenta diferencias en las curvas de sobrevivencia, pues de acuerdo con los resultados de la prueba log rank se observa que no hay evidencia significativa que sugiera diferencia en los tiempos de supervivencia para las tres cohortes. No obstante, puede notarse un número mayor de sujetos observados correspondientes a la cohorte de nacimiento más joven respecto a las anteriores.

La ausencia de diferencias por cohorte pueden estar relacionados con el menor impacto en la anticoncepción de los métodos masculinos, pues para las cohortes de nacimiento observadas los métodos femeninos son los que presentan diferencias en el primer uso a través del tiempo, lo cual puede vincularse con la influencia del contexto histórico en el acceso, oferta y difusión de métodos femeninos sobre los masculinos para las cohortes de nacimiento observadas durante el periodo en el que sus miembros experimentaron su juventud.

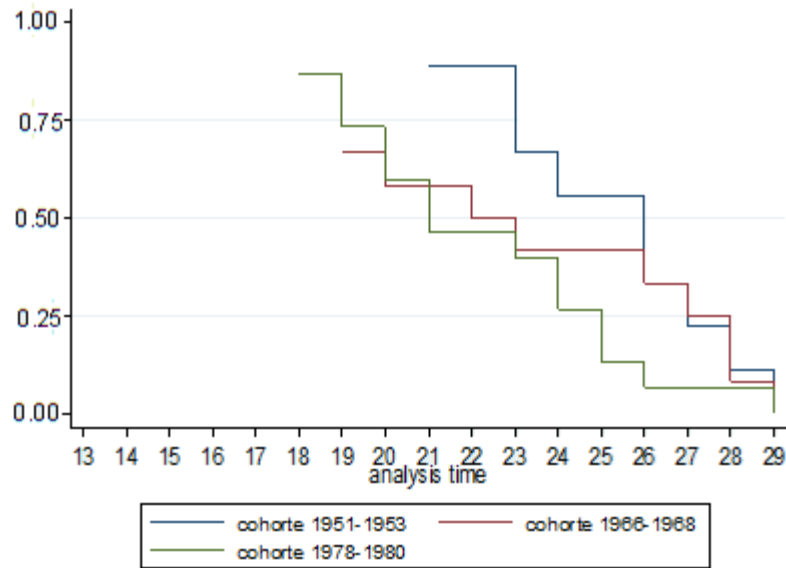
**Gráfica 52. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de condón y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	465	.0430108	20	20	23	27
2	1061	.0442978	47	20	22	25
3	3332	.0455184	153	19	22	24
total	4858	.0452861	220	20	22	25

Cuando se utiliza la vasectomía como primer método anticonceptivo como se muestra en la gráfica 53, de acuerdo con la prueba log rank, no representa diferencias significativas en las curvas de sobrevivencia, ya que no hay evidencia significativa que sugiera diferencia entre cohortes. Estos resultados pueden deberse al bajo número de casos en los que se utiliza la vasectomía como primer método anticonceptivo, teniendo en cuenta que es un método de anticoncepción definitivo, así como por el hecho de tratarse de un método masculino, pues los métodos femeninos, de acuerdo con las gráficas anteriores, presentan diferencias en el primer uso a través del tiempo.

**Gráfica 53. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de vasectomía y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

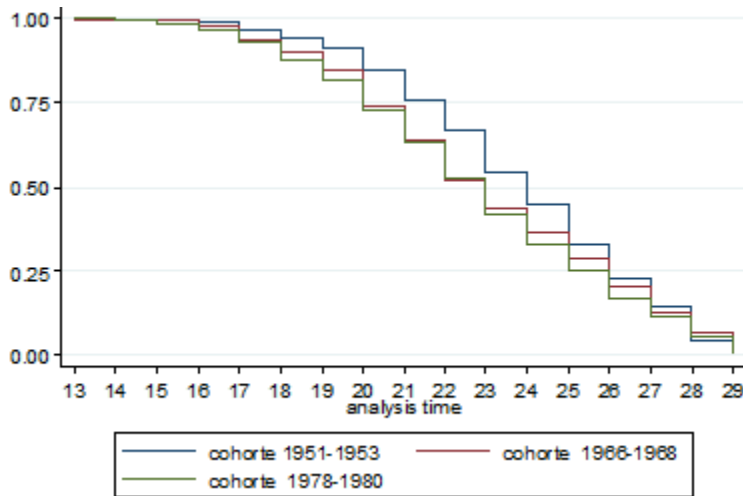


cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	227	.0396476	9	23	26	27
2	279	.0430108	12	19	22	27
3	332	.0451807	15	19	21	25
total	838	.0429594	36	20	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos por transiciones de formación de familias.**

Cuando el uso del primer método anticonceptivo es observado cuando ha ocurrido la primera unión, como puede notarse en la gráfica 54, puede notarse una mayor sobrevivencia de la cohorte antigua y similitud entre la cohorte intermedia y joven aunque con una menor diferenciación entre las curvas, esta diferencia entre curvas se observa principalmente en el primer quinquenio de la segunda década de la vida. Asimismo, se presenta un calendario más temprano para estas dos cohortes respecto a la antigua, al ser la mediana de primer uso para ambas de 22 años. Estas variaciones podrían estar relacionadas con la transición a la unión previa al primer uso en las cohortes más jóvenes quizá para postergar la formación de familia.

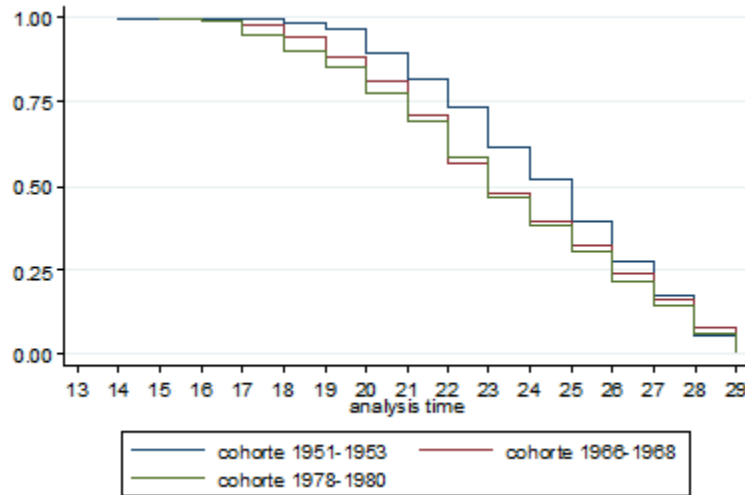
**Gráfica 54. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por primera unión y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	9644	.041995	405	22	24	26
2	10872	.0434143	472	20	23	26
3	12878	.0438733	565	20	23	26
total	33394	.0431814	1442	21	23	26

La sobrevivencia del primer uso de métodos anticonceptivos cuando es observada después de que se ha tenido el primer hijo, como se nota en la gráfica 55, muestra una mayor sobrevivencia en la cohorte antigua respecto a la intermedia y la joven, así como un calendario más joven para estas cohortes de nacimiento. Estas variaciones encontradas muestran la importancia que sigue teniendo para las cohortes más jóvenes el primer uso de anticonceptivos una vez que ha ocurrido el nacimiento del primer hijo, lo cual puede relacionarse con la relevancia del espaciamiento de los hijos desde el primer hijo para las cohortes más jóvenes en comparación con las anteriores y a edades más tempranas como una manera de poder formar familias más pequeñas, tal como lo demuestran los niveles de fecundidad acumulada para las cohortes de nacimiento observadas.

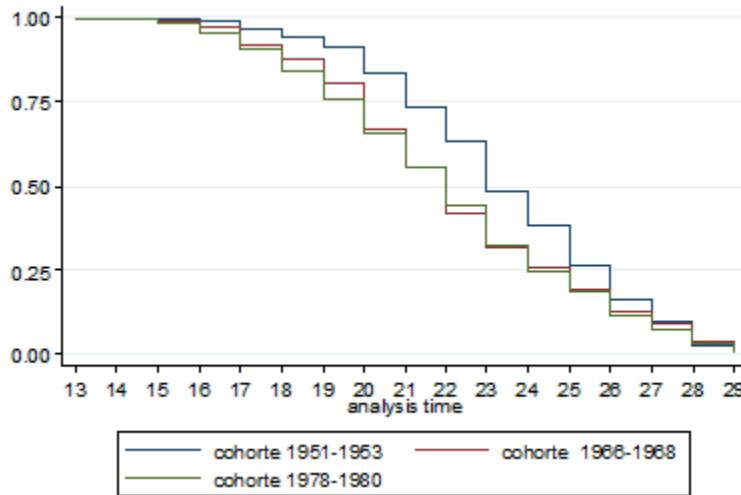
**Gráfica 55. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por primer hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	6495	.0409546	266	22	25	27
2	6035	.0424192	256	21	23	26
3	6879	.0428841	255	21	23	26
total	19409	.0420939	817	21	24	26

Al observar la sobrevivencia de primer uso de métodos anticonceptivos cuando ya se han tenido dos hijos, como se nota en la gráfica 56, se observa que existe una mayor sobrevivencia de la cohorte antigua respecto a la intermedia y la joven, así como un calendario más temprano entre más joven es la cohorte de nacimiento, ya que para los 24 años tres cuartas partes de los miembros de la cohorte más joven han experimentado el primer uso de anticonceptivos cuando ya se han tenido dos hijos a diferencia de la cohorte intermedia y antigua en la que ocurría a los 25 y 26 años, respectivamente. Estas diferencias pueden relacionarse con la relevancia que ha tenido la anticoncepción con el espaciamiento entre más joven es la cohorte de nacimiento, que puede deberse a la interiorización de las normas biomédicas como consecuencia de las transacciones con las instituciones de salud pública respecto al espaciamiento de los hijos, cuidado de salud materno infantil e ideales de familia más pequeña.

**Gráfica 56. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por segundo hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

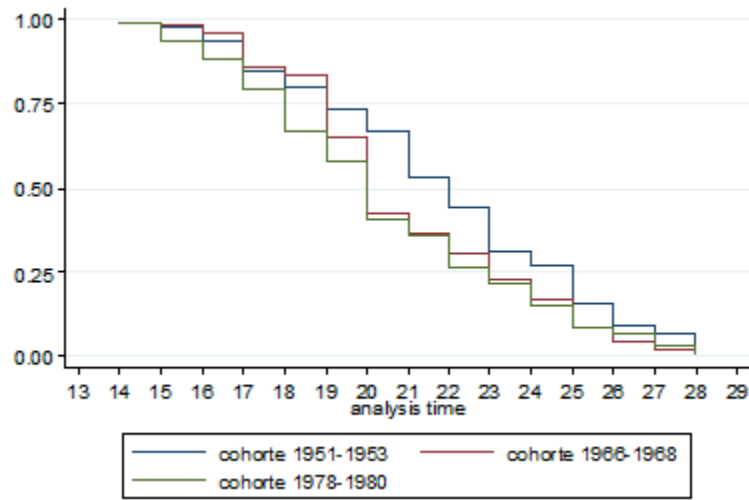


cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	7540	.0427056	322	21	23	26
2	7754	.045009	349	20	22	25
3	8097	.0453254	367	20	22	24
total	23391	.044376	1038	20	22	25

En la gráfica 57, las curvas de sobrevivencia del primer uso de métodos anticonceptivos antes de que ocurra la primera unión por cohorte de nacimiento, no presentan diferencias, pues de acuerdo con los resultados de la prueba log rank se observa que no hay evidencia significativa que sugiera diferencia en los tiempos de supervivencia para las tres cohortes. Aunque, de acuerdo con los sujetos que experimentaron el primer uso de métodos anticonceptivos antes de unirse son más los miembros de la cohorte más joven que las anteriores.

Este comportamiento en las curvas de sobrevivencia puede relacionarse con la relevancia de la primera unión para el primer uso de métodos anticonceptivos, por lo que podría sugerir que no habido grandes cambios a través del tiempo respecto al primer uso de métodos anticonceptivos antes de la primera unión.

**Gráfica 57. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes de la primera unión, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



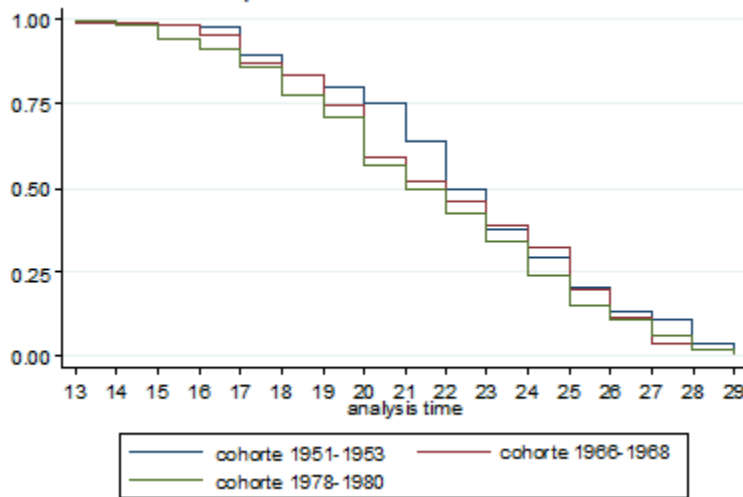
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	982	.0458248	45	19	22	25
2	1025	.0478049	49	19	20	23
3	2839	.0489609	139	18	20	23
total	4846	.0480809	233	18	20	23

Cuando el primer uso de métodos anticonceptivos ocurre antes del primer hijo, como se muestra en la gráfica 58, muestra que las curvas de sobrevivencia no presentan diferencias, pues de acuerdo con los resultados de la prueba log rank se observa que no hay evidencia significativa que sugiera diferencia en los tiempos de supervivencia para las tres cohortes.

Este comportamiento en las curvas de sobrevivencia puede relacionarse con la relevancia del primer hijo para el primer uso de métodos anticonceptivos, por lo que podría sugerir que no habido grandes cambios a través del tiempo respecto al primer uso de métodos anticonceptivos antes del primer hijo.



**Gráfica 58. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes del primer hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

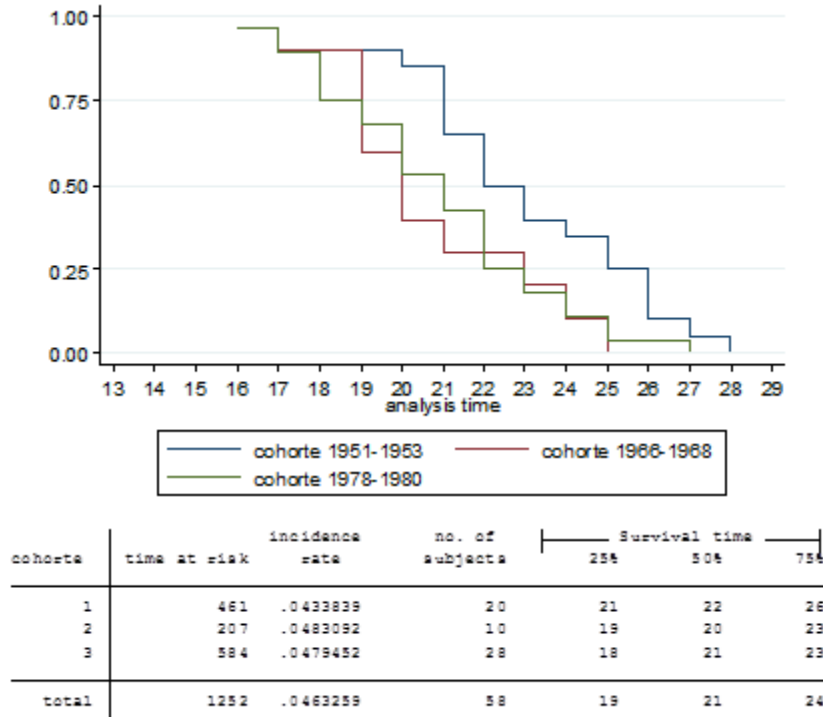


cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1894	.0443506	84	20	22	25
2	2709	.0454042	123	19	22	25
3	4273	.0463375	198	19	21	24
total	8876	.0456287	405	19	22	25

Como puede observarse en la gráfica 59, al observarse el primer uso de métodos anticonceptivos una vez que ha ocurrido el nacimiento del primer hijo y antes de la primera unión, puede notarse que existen variaciones en la sobrevivencia del primer uso de anticonceptivos, ya que la cohorte intermedia y joven presentan menores niveles de sobrevivencia, así como un calendario más temprano, aunque cabe señalar que los sujetos observados en las cohortes de nacimiento son pocos.

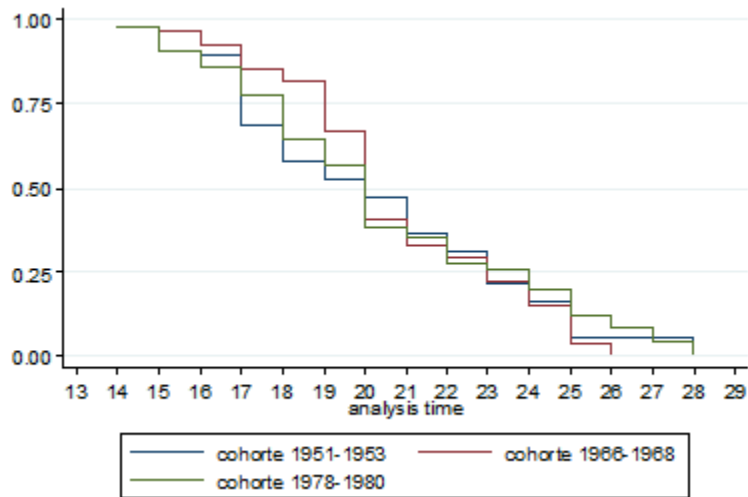
Estas diferencias pueden relacionarse con la importancia de la ocurrencia del nacimiento del primer hijo como precedente para el primer uso de métodos anticonceptivos aun cuando todavía no ocurre la primera unión para los casos observados, lo cual indica la relevancia del espaciamiento de intervalos intergenésicos cuando ya se ha tenido un hijo entre más joven es la cohorte de nacimiento.

**Gráfica 59. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer hijo y antes de la primera unión, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



Respecto a la gráfica 60, las curvas de supervivencia no presentan diferencias, pues de acuerdo con los resultados de la prueba log rank se observa que no hay evidencia significativa que sugiera diferencia en los tiempos de supervivencia para las tres cohortes. Estos resultados pueden indicar que aún resulta relevante como factor de variación entre cohortes el nacimiento del primer hijo y la primera unión.

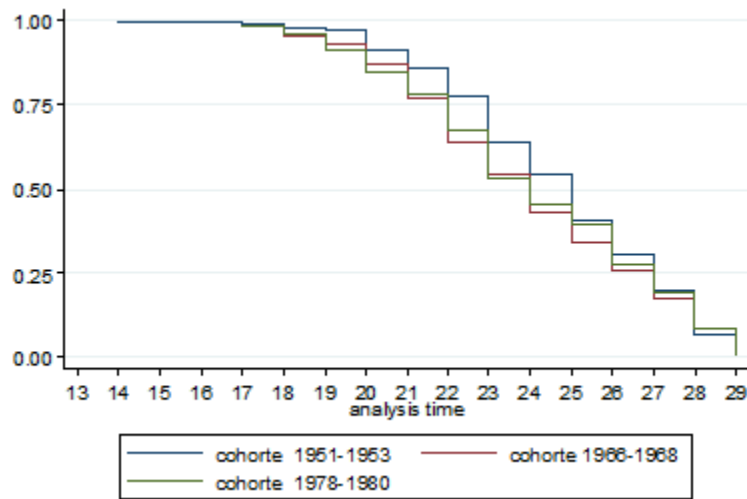
**Gráfica 60. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes del primer hijo y la primera unión, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



cohortes	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	387	.0490556	19	17	20	23
2	558	.0483871	27	19	20	23
3	1902	.0488559	93	18	20	24
total	2847	.0488233	139	18	20	23

Quando el primer uso de métodos anticonceptivos ocurre después de la primera unión y del primer hijo, como se presenta en la gráfica 61, no presenta diferencias en las curvas de supervivencia, pues de acuerdo con los resultados de la prueba log rank se observa que no hay evidencia significativa que sugiera diferencia en los tiempos de supervivencia para las tres cohortes. Estos resultados pueden relacionarse con la importancia que tiene para todas las cohortes la primera unión y el primer hijo en el uso del primer método anticonceptivo.

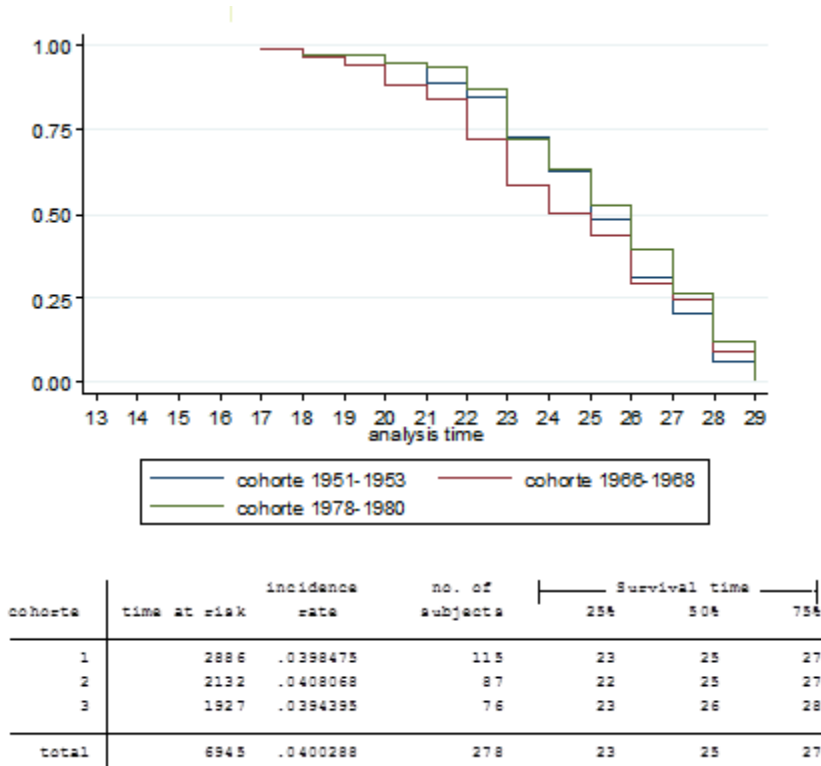
**Gráfica 61. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la unión y del primer hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	4211	.0406079	171	23	25	27
2	4051	.0417181	169	22	24	27
3	3999	.0418104	166	22	24	27
total	12261	.0412691	506	22	24	27

Cuando la observación del primer uso de métodos anticonceptivos tiene lugar después de la primera unión y del segundo hijo, como se muestra en la gráfica 62, de acuerdo con la prueba log rank, se observa que no hay evidencia significativa que sugiera diferencia en las curvas de sobrevivencia para las tres cohortes. Estos resultados pueden relacionarse con que el primer uso de métodos anticonceptivos, cuando ya se ha experimentado la unión y el segundo hijo, presente una relevancia similar, teniendo un impacto menor las diferencias del contexto histórico.

**Gráfica 62. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y del segundo hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



De acuerdo con lo expuesto anteriormente puede notarse que es durante la segunda década de la vida en la que se presentan las variaciones de sobrevivencia al primer uso de métodos anticonceptivos. Asimismo, es posible observar que es la cohorte intermedia y la joven, son las que más intensidad de uso y calendario temprano presentan respecto a la cohorte antigua.

De la misma manera que es posible notar que existen diferencias por sexo relacionadas con los tipos de anticonceptivos y con las transiciones de formación de familias, ya que es posible notar que las mujeres son las que poseen una relación más estrecha entre inicio de comportamiento anticonceptivo y transiciones. Por otra parte parece que estas diferencias por sexo suelen permanecer restando importancia a las diferencias por cohorte de nacimiento.

Asimismo, se observó que no se muestran diferencias por cohorte de nacimiento en el primer uso de métodos anticonceptivos por uso de métodos tradicionales, así como por el uso del condón y la vasectomía. De igual forma no

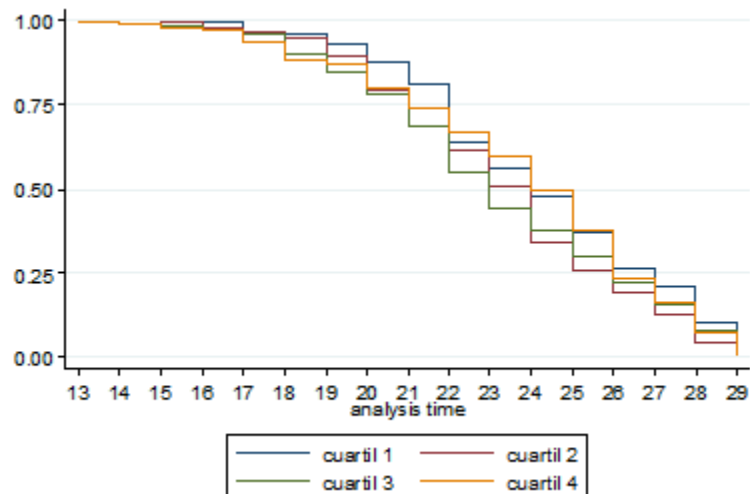
se notaron diferencias en las transiciones correspondientes al primer uso de métodos anticonceptivos antes de la primera unión, del primer hijo, después del primer hijo y la primera unión, así como después de la primera unión y segundo hijo.

## Observaciones por origen social

### Primer uso de métodos anticonceptivos por sexo

El primer uso de métodos anticonceptivos cuando es observado por origen social, gráfica 63, muestra que de acuerdo con la prueba log rank, no hay evidencia significativa que sugiera diferencia en las curvas de sobrevivencia para los cuatro cuartiles. Estos resultados pueden indicar que el comportamiento de los hombres no es distinto por origen social, lo cual podría relacionarse con el mayor impacto en los miembros de las cohortes de nacimiento de los métodos anticonceptivos femeninos.

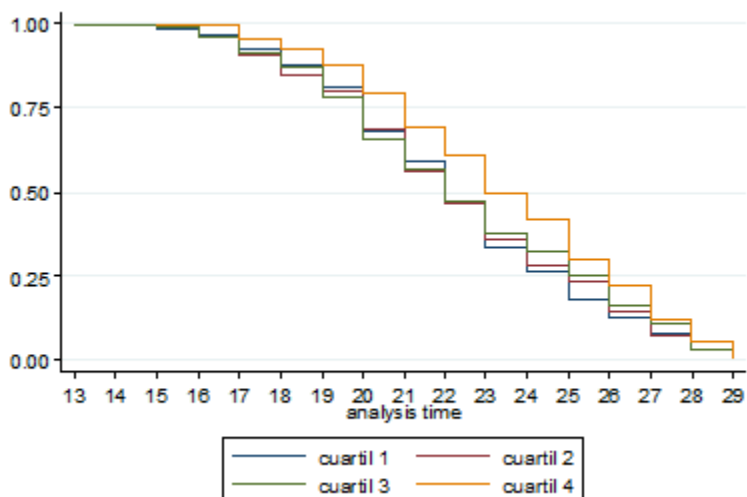
**Gráfica 63. Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



Cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	3428	.0414236	142	22	24	27
2	3827	.0428534	164	21	24	26
3	3883	.043008	167	21	23	26
4	4515	.0420819	190	21	24	26
total	15653	.0423561	663	21	24	26

Como puede notarse en la gráfica 64, puede observarse que casi no existen diferencias en las curvas de sobrevivencia de las mujeres que han utilizado por vez primera un método anticonceptivo, a excepción del cuarto cuartil, que presenta una mayor sobrevivencia, que es también el que se presenta un calendario más tardío. Estas variaciones en las curvas de sobrevivencia podrían relacionarse con el hecho de que quizá las mujeres del cuartil más alto deleguen la responsabilidad del primer uso de anticonceptivos a sus parejas, mientras que en el resto, dicha responsabilidad recaería en ellas mismas.

**Gráfica 64. Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



Cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	4441	.0448097	199	20	22	25
2	4602	.0447631	206	20	22	25
3	4363	.0445295	221	20	22	25
4	4668	.0426307	199	21	23	26
total	18674	.0441791	825	20	23	25

### Primer uso de métodos anticonceptivos por cohorte de nacimiento.

La sobrevivencia del primer uso de métodos anticonceptivos por cohorte de nacimiento, cuando se observa por cuartiles del IOS, no presenta diferencias en la cohorte antigua y la intermedia, de acuerdo con la prueba log rank, ya que de acuerdo con los resultados de ésta no hay evidencia significativa que sugiera diferencia en las curvas de sobrevivencia para los cuatro cuartiles.

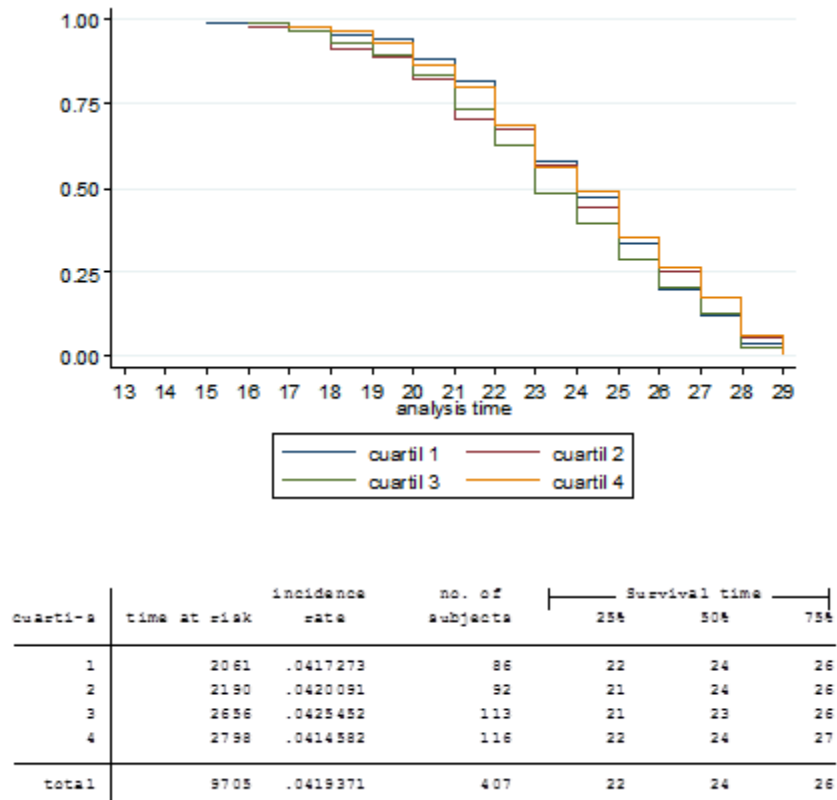
En la gráfica 67, correspondiente a la cohorte más joven, el segundo y tercer cuartil presentan una menor sobrevivencia y el último cuartil es el que presenta una mayor, así como un calendario más tardío.

Estas variaciones de sobrevivencia permiten mostrar que la importancia del origen social para el primer uso de métodos anticonceptivos es relevante para la cohorte más joven, pues los cuartiles que menor sobrevivencia tienen son los cuartiles medios, lo cual puede estar relacionado con otros factores que tal vez incluyan diferencia de habitus, mientras que para las cohortes anteriores no hay diferencias significativas, lo cual puede deberse al alcance de los planes y programas de planificación familiar.

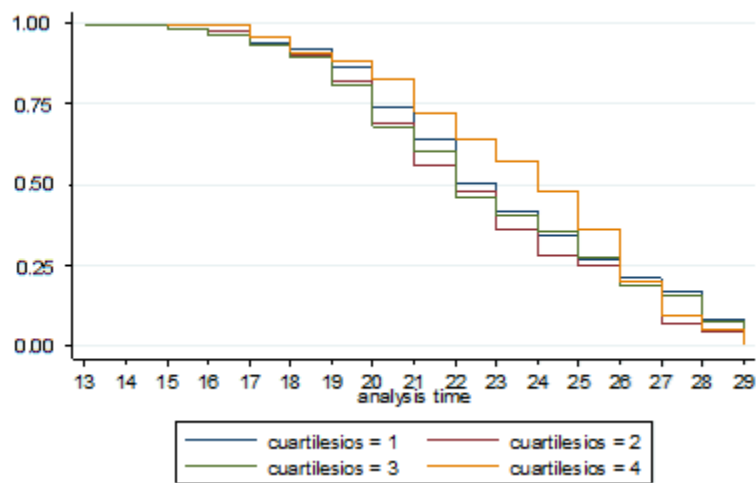
Cabe mencionar que se observa un calendario más temprano en la cohorte joven, que podría relacionarse con una mayor cercanía del inicio de la vida sexual con el de la anticoncepción dadas la oferta, disponibilidad, acceso y apertura a los métodos anticonceptivos por parte de la población joven.



**Gráfica 65. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

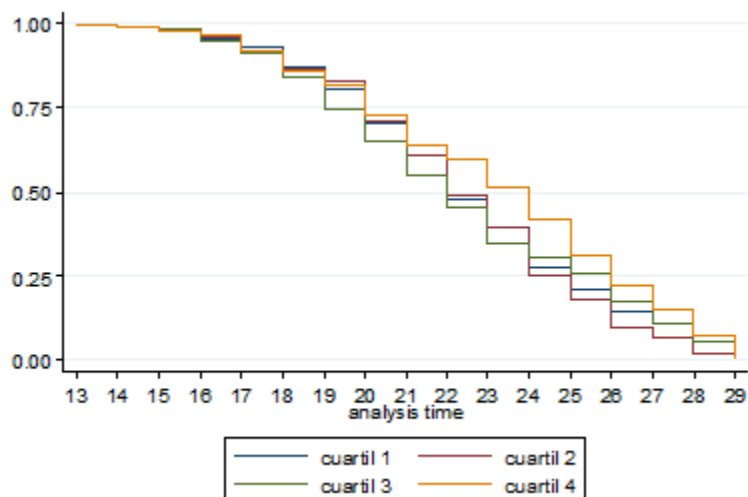


**Gráfica 66. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2839	.0433251	123	20	23	26
2	2548	.0443485	113	20	22	25
3	2754	.0439361	121	20	22	26
4	2817	.0422435	119	21	24	26
total	10958	.0434386	476	20	23	26

**Gráfica 67. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



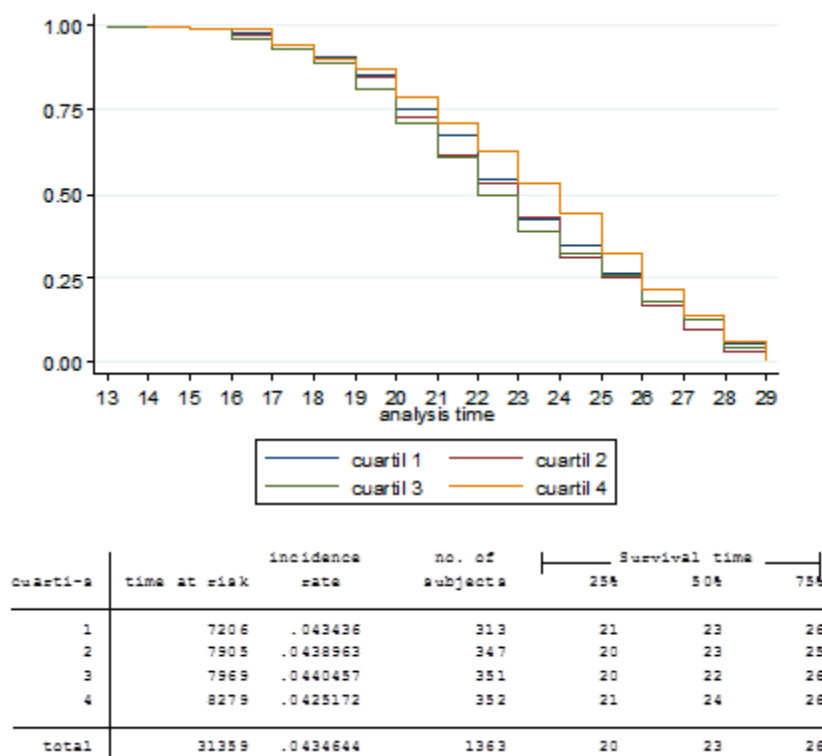
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2869	.0444594	132	20	22	25
2	3691	.0447033	165	20	22	24
3	3436	.0448196	154	19	22	26
4	3568	.0431614	154	20	24	26
total	13664	.0442769	605	20	23	25

### Primer uso de métodos anticonceptivos por tipo de método

El primer uso de métodos anticonceptivos cuando se observa por utilización de métodos modernos y origen social, como se puede notar en la gráfica 68 presenta una mayor sobrevivencia en el último cuartil y una menor en el tercer cuartil, así como un calendario más joven en éste. Estas diferencias pueden

indicar que los esfuerzos institucionales parecen haber mediado de manera importante el primer uso de anticonceptivos a través de sus medidas biomédicas, principalmente en los tres primeros cuartiles.

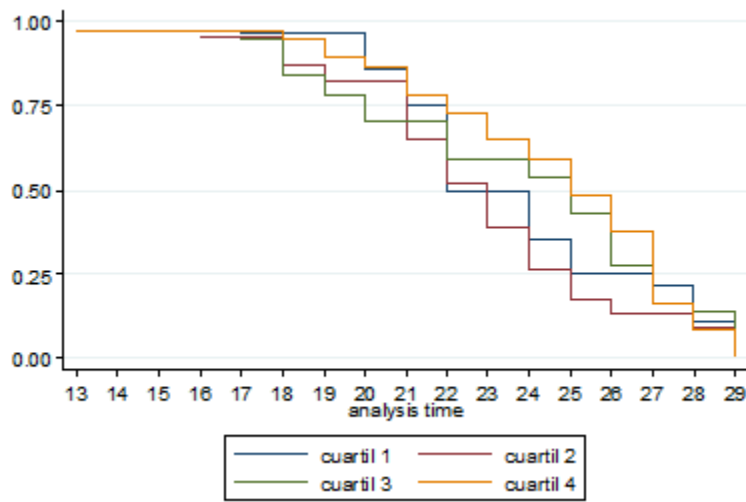
**Gráfica 68. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos modernos y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



La utilización de métodos tradicionales como primer método anticonceptivo, a diferencia de los anticonceptivos modernos, como se muestra en la gráfica 69, no presenta diferencias en la distribución de curvas de sobrevivencia, ya que, de acuerdo con la prueba log rank, no hay evidencia significativa que sugiera diferencia para los cuatro cuartiles.

Por lo que el primer uso de métodos anticonceptivos cuando éstos son tradicionales, no presenta diferencias cuando se observan por origen social, lo cual podría relacionarse con su menor utilización y bajo impacto en la anticoncepción, en comparación con los métodos modernos.

**Gráfica 69. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos tradicionales, y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

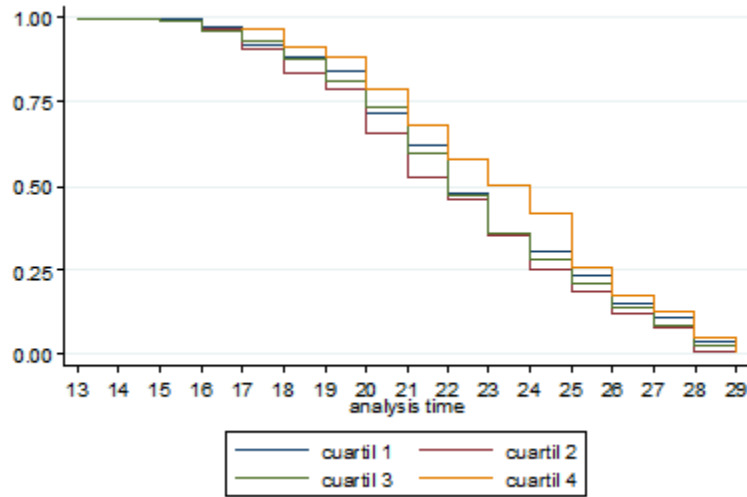


cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	663	.0422323	28	21	22	25
2	524	.0438931	23	21	23	25
3	877	.0421893	37	20	25	27
4	904	.0409292	37	22	25	27
total	2968	.0421159	125	21	24	27

Como puede notarse en la gráfica 70, la tendencia de una mayor sobrevivencia del cuartil más alto sigue observándose cuando en el uso de métodos hormonales es el primer anticonceptivo, así como una menor sobrevivencia para el segundo cuartil. Al igual que se nota un calendareio más tardío en el caso del cuarto cuartil respecto a los demás.

Estas variaciones observadas corresponden a que este tipo de método anticonceptivo se utiliza con mayor frecuencia y más temprano en el caso de los cuartiles medios en relación con el más alto, lo cual puede relacionarse con la oferta de éstos en las instituciones públicas de salud para las mujeres pertenecientes a estos cuartiles.

**Gráfica 70. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos hormonales y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

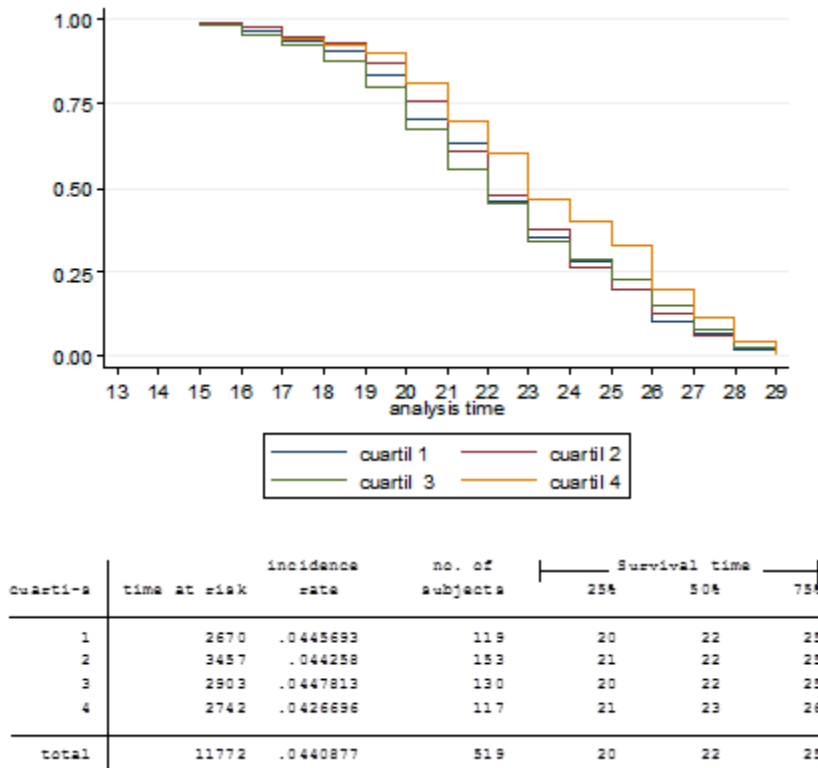


cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	3210	.0442368	142	20	22	25
2	3604	.0452275	163	20	22	25
3	3772	.0445387	168	20	22	25
4	3897	.0428535	167	21	24	26
total	14483	.0441897	640	20	22	25

El primer uso de métodos anticonceptivos cuando se utiliza el DIU, como se muestra en la gráfica 71, no representa diferencias significativas en las curvas de sobrevivencia, ya que, de acuerdo con la prueba log rank, no hay evidencia significativa que sugiera diferencia para los cuatro cuartiles.

Este comportamiento en la sobrevivencia al uso del DIU como primer método, puede relacionarse con una menor influencia del origen social como resultado de la oferta de las instituciones de salud pública para las mujeres.

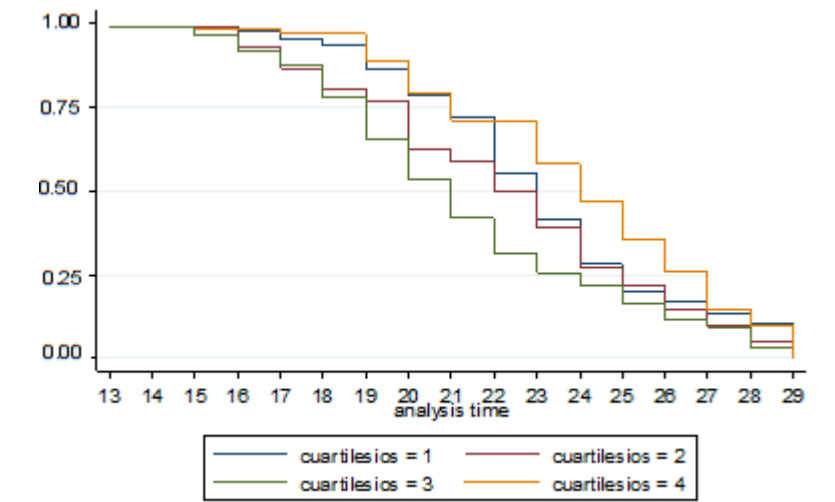
**Gráfica 71. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de DIU y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



La sobrevivencia del primer uso de anticonceptivos, cuando el método utilizado es la OTB, como se puede notar en la gráfica 72, muestra que existe una menor sobrevivencia del tercer cuartil y una mayor del cuarto, así como calendario más temprano para el tercero y uno más tardío para el cuarto. De igual forma, son pocos los casos que se presentan para cada cuartil, pero son menos lo que se observan para el cuartil más alto, en tanto que son más para el primero.

Estas variaciones que se presentan al usar como primer anticonceptivo un método definitivo pueden relacionarse con una mayor preferencia en los tres primeros cuartiles, lo cual podría ser una manera de limitar su descendencia, aunque de acuerdo a las cifras no sería la opción por la que más se optaría, ya que en el caso de los métodos femeninos anteriores se observa un mayor número de casos.

**Gráfica 72. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de OTB y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

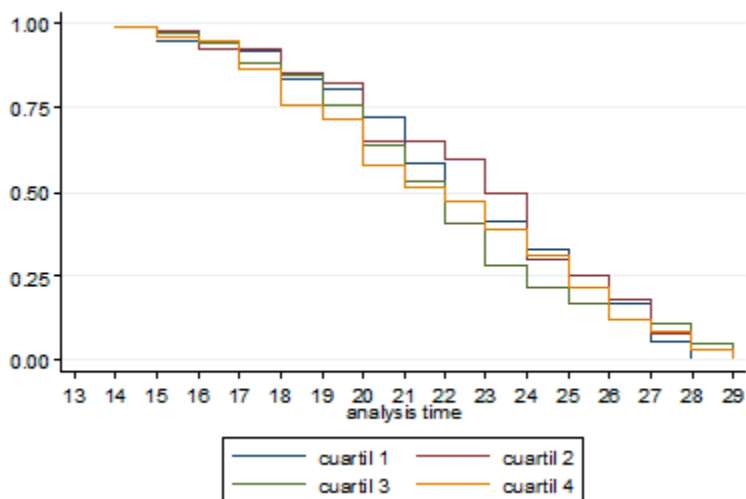


cuartil-s	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2054	.0433301	89	21	23	25
2	1823	.0449808	82	20	22	25
3	1833	.0469176	86	19	21	24
4	1482	.0418354	62	21	24	27
total	7192	.0443548	319	20	23	25

La sobrevivencia del primer uso de métodos anticonceptivos cuando es observada por el uso del condón y por origen social, como se muestra en la gráfica 73, no representa diferencias significativas en las curvas de sobrevivencia, ya que, de acuerdo con la prueba log rank, no hay evidencia significativa que sugiera diferencia para los cuatro cuartiles.

Este comportamiento en las curvas de sobrevivencia puede relacionarse con el menor impacto en la anticoncepción de los métodos masculinos en comparación con los femeninos para las cohortes de nacimiento observadas, así como un uso más igualitario por origen social debido a su oferta y acceso por parte de instituciones de salud.

**Gráfica 73. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de condón y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



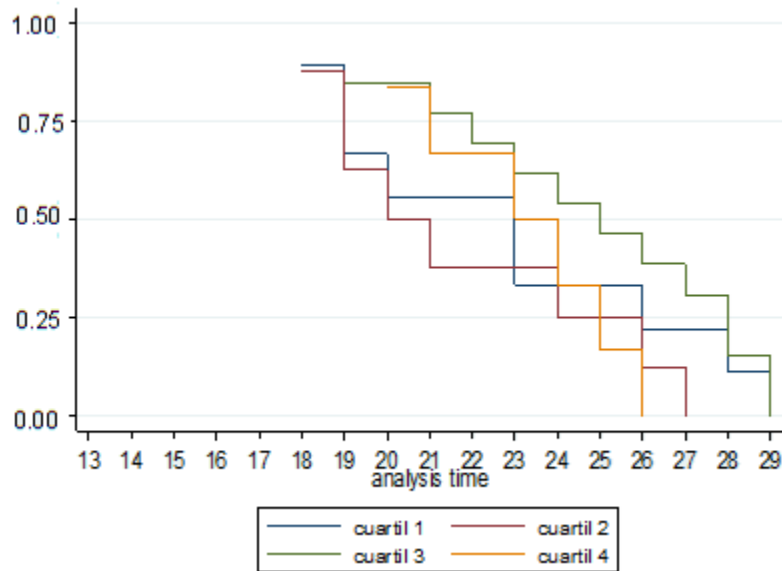
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	808	.0445545	36	20	22	25
2	810	.043956	40	20	23	26
3	1446	.0456432	66	20	22	24
4	1624	.0455665	74	19	22	25
total	4788	.0451128	216	20	22	25

La sobrevivencia del primer uso de métodos anticonceptivos cuando es observada por el uso la vasectomía y por origen social, como se muestra en la gráfica 74, no representa diferencias significativas en las curvas de sobrevivencia, ya que, de acuerdo con la prueba log rank, no hay evidencia significativa que sugiera diferencia para los cuatro cuartiles.

Este comportamiento en las curvas de sobrevivencia puede relacionarse con el menor impacto en la anticoncepción de los métodos masculinos en comparación con los femeninos en las cohortes de nacimiento observadas, así como por el bajo número de casos de primer uso de vasectomía, al ser éste un método definitivo.



**Gráfica 74. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de vasectomía y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



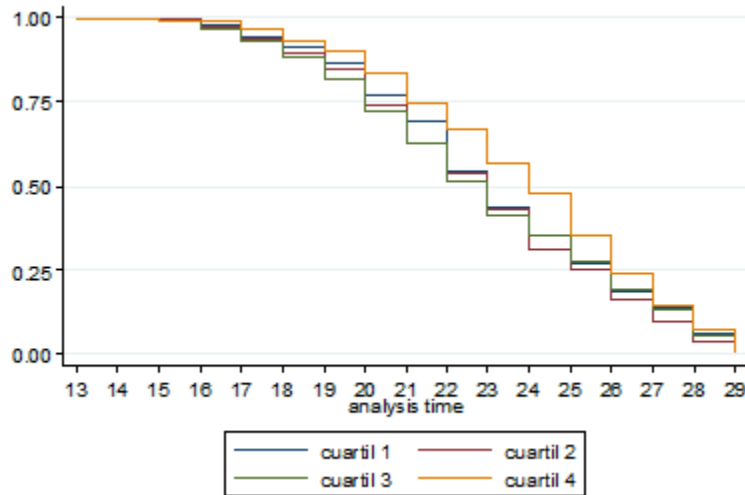
cuartil-s	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	205	.0439024	9	19	23	26
2	174	.045977	8	19	20	24
3	320	.040625	13	22	25	28
4	139	.0431655	6	21	23	25
total	838	.0429594	36	20	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos por transiciones de formación de familias.**

El primer uso de métodos anticonceptivos cuando es observado por primera unión, como puede notarse en la gráfica 75, el cuarto cuartil presenta una mayor sobrevivencia que el resto, así como un calendario más tardío. Por otra parte, el tercer y segundo cuartil presentan una menor sobrevivencia y un calendario más temprano.

Estas variaciones en el comportamiento de las curvas de sobrevivencia son parecidas a las observadas en las gráficas anteriores, lo cual resta importancia a la primera unión como antecesora del primer uso de métodos anticonceptivos.

**Gráfica 75. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

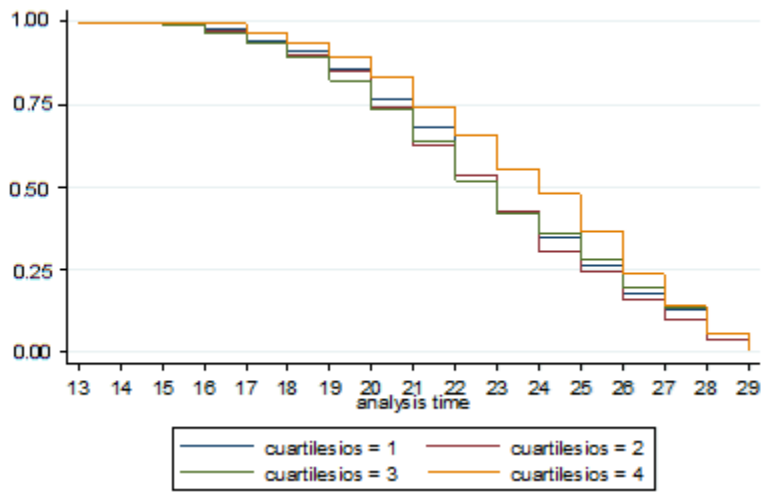


cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	7726	.0432306	334	21	23	26
2	8267	.0437886	362	20	23	25
3	8344	.043744	365	20	23	26
4	8427	.0418892	353	21	24	26
total	32764	.0431571	1414	21	23	26

El primer uso de métodos anticonceptivos al observarse cuando ya se ha tenido el primer hijo, como se puede notar en la gráfica 76, muestra una mayor sobrevivencia del cuarto cuartil y una menor para el segundo cuartil. Así como un calendario más tardío para el cuarto cuartil.

Estas variaciones en el comportamiento de las curvas de sobrevivencia son parecidas a las observadas en las gráficas anteriores, lo cual resta importancia al nacimiento del primer hijo como antecedente del primer uso de métodos anticonceptivos.

**Gráfica 76. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por primer hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

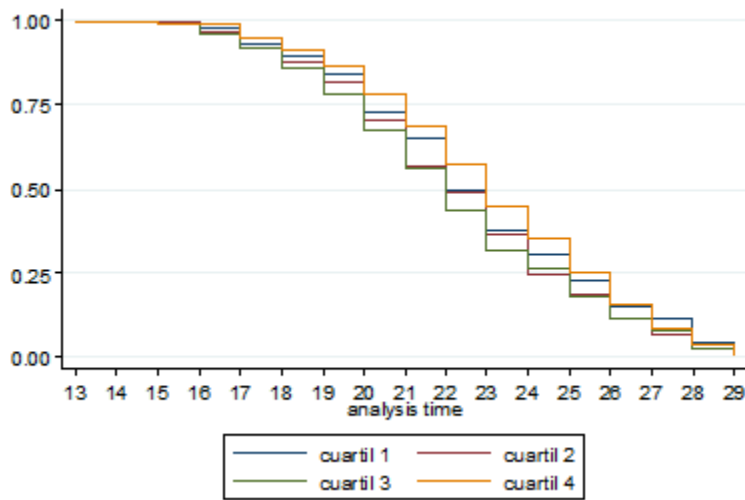


cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	7564	.0433633	328	21	23	26
2	8057	.0438128	353	20	23	25
3	8091	.0436287	353	20	23	26
4	7528	.0419766	316	21	24	26
total	31240	.0432138	1350	21	23	26

El primer uso de métodos anticonceptivos cuando es observado después de que ha ocurrido el nacimiento del segundo hijo, como se muestra en la gráfica 77, presenta menores diferencias por origen social que en las dos anteriores gráficas, aunque también se observa una mayor sobrevivencia del cuarto cuartil, así como una menor del tercer cuartil. Asimismo, se nota un calendario más tardío para el cuarto cuartil.

Estas variaciones en las curvas de sobrevivencia indican que después del segundo hijo aminoran las diferencias por cuartil, por lo que a diferencia de los eventos anteriores, entre más descendencia se tenga se aminora la brecha entre cuartiles en el primer uso de métodos anticonceptivos.

**Gráfica 77. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

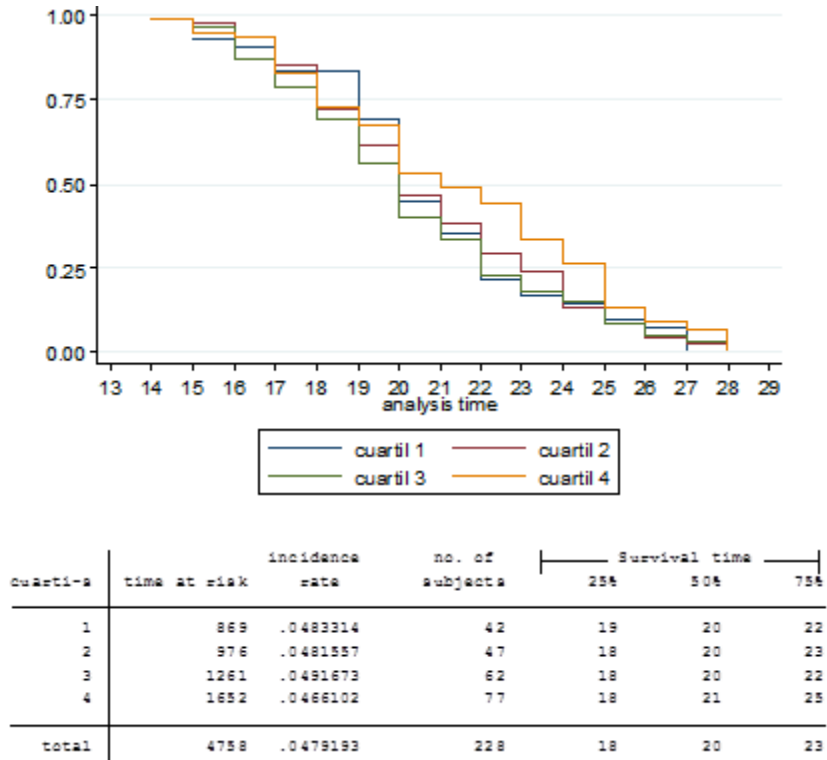


cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	6228	.0439949	274	20	22	25
2	6210	.0447665	278	20	22	24
3	5669	.0451979	256	20	22	25
4	4920	.043361	209	21	23	25
total	22927	.0443582	1017	20	22	25

El primer uso de métodos anticonceptivos cuando es observado antes de la primera unión tal como puede observarse en la gráfica 78, no representa diferencias significativas en las curvas de sobrevivencia, ya que, de acuerdo con la prueba log rank, no hay evidencia significativa que sugiera diferencia para los cuatro cuartiles.

Este comportamiento en las curvas de sobrevivencia puede relacionarse con la importancia de la primera unión como evento que antecede al primer uso de métodos anticonceptivos.

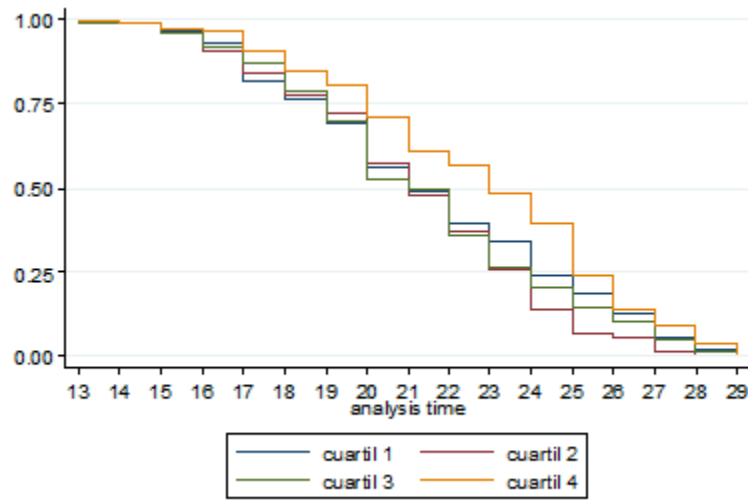
**Gráfica 78. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes de la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



El primer uso de métodos anticonceptivos cuando es observado antes del nacimiento del primer hijo, como se nota en la gráfica 79, muestra una mayor sobrevivencia del cuarto cuartil, así como un calendario más tardío para este cuartil, en comparación con el resto de los cuartiles. Aunque cabe señalar que hay más sujetos de observación entre más alto es el cuartil.

Por lo que si bien el cuartil más alto presenta una menor sobrevivencia en relación a los demás cuartiles, también es el que presenta un mayor número de sujetos observados por lo que antes del primer hijo en el cuartil más alto se presenta una mayor relevancia del uso del primer método, como parte de las características, laborales, económicas y educativas de este cuartil.

**Gráfica 79. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

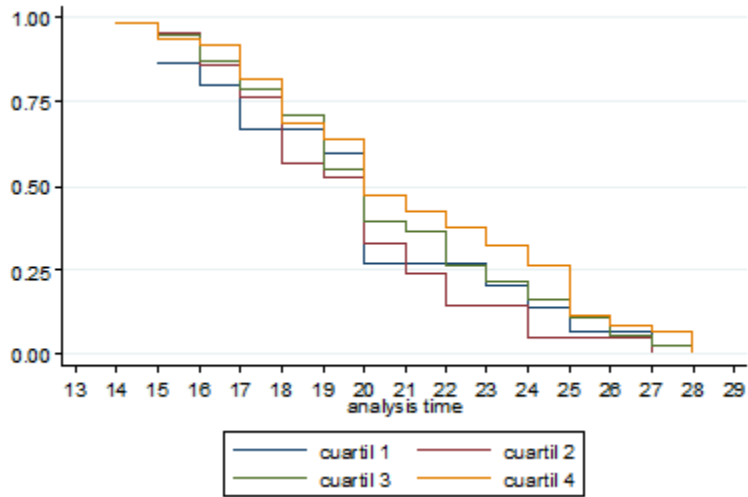


cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1187	.0469353	55	19	21	24
2	1587	.0472559	75	19	21	24
3	2115	.0468085	99	19	21	24
4	3821	.0439675	168	20	23	25
total	8710	.0455798	397	19	22	25

Quando se observa el primer uso de métodos anticonceptivos antes del nacimiento del primer hijo y de la primera unión, como puede notarse en la gráfica 80, no representa diferencias significativas en las curvas de sobrevivencia, ya que, de acuerdo con la prueba log rank, no hay evidencia significativa que sugiera diferencia para los cuatro cuartiles.

Estos resultados indican que el origen social no genera diferencias en la experiencia del primer método anticonceptivo antes del nacimiento del primer hijo y la primera unión, lo cual puede estar relacionado con la importancia de estos eventos como antecedentes del primer uso de métodos anticonceptivos.

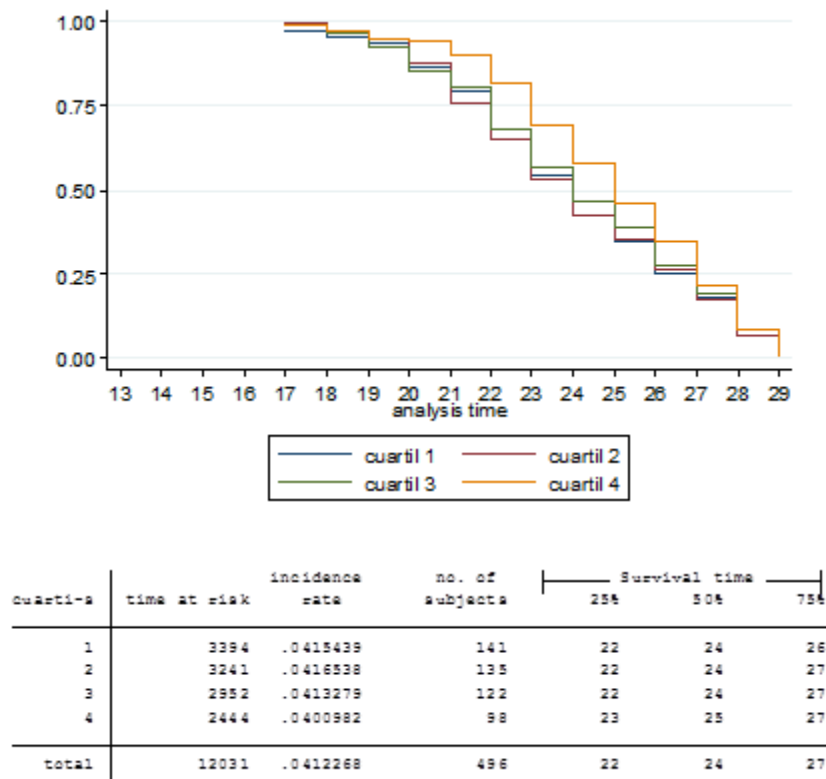
**Gráfica 80. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes del primer hijo y la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



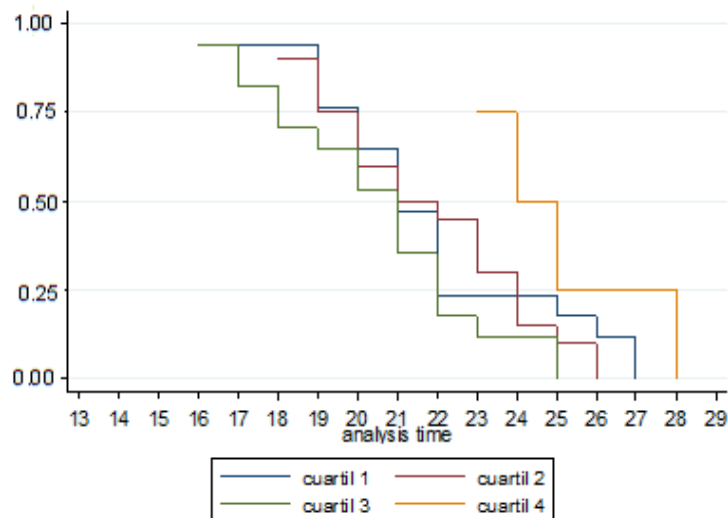
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	298	.0503356	15	17	20	23
2	413	.0508475	21	18	20	21
3	777	.048906	38	18	20	23
4	1288	.0473602	61	18	20	25
total	2776	.0486311	135	18	20	24

Al observar el primer uso de métodos anticonceptivos después de la primera unión y el primer hijo, como se muestra en la gráfica 81, no representa diferencias significativas en las curvas de sobrevivencia, ya que, de acuerdo con la prueba log rank, no hay evidencia significativa que sugiera diferencia para los cuatro cuartiles. Estos resultados pueden relacionarse con la importancia que tiene sin importar el origen social la primera unión y el primer hijo en el uso del primer método anticonceptivo.

**Gráfica 81. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



**Gráfica 82. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer hijo y antes de la primera unión, por origen social.**





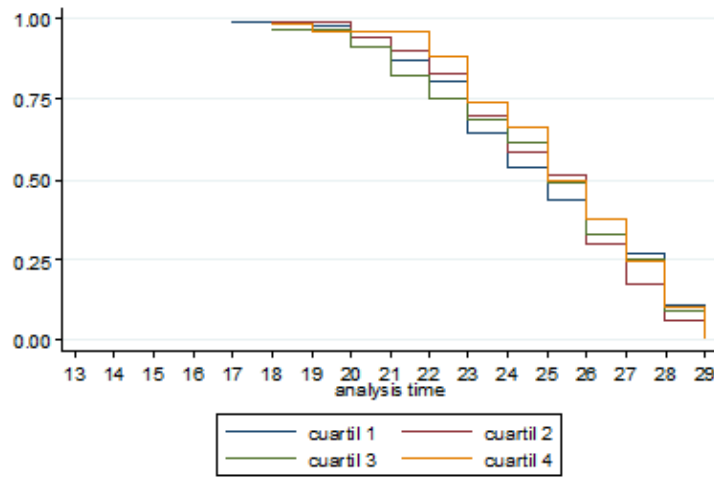
cuartil~s	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	370	.0459459	17	20	21	22
2	435	.045977	20	19	21	24
3	347	.0489914	17	18	21	22
4	100	.04	4	23	24	25
total	1252	.0463259	58	19	21	24

De acuerdo con la gráfica 82, las curvas de sobrevivencia del primer uso de métodos anticonceptivos una vez que ha ocurrido el nacimiento del primer hijo y antes de la primera unión por origen social, de acuerdo con los resultados de la prueba log rank, no presentan evidencia significativa que sugiera diferencia en los tiempos de supervivencia. Este comportamiento de las curvas de sobrevivencia puede deberse al bajo número de casos para los cuartiles.

Al observar el primer uso de métodos anticonceptivos después de que ha ocurrido la primera unión y el nacimiento del segundo hijo, como se muestra en la gráfica 83, no representa diferencias significativas en las curvas de sobrevivencia, ya que, de acuerdo con la prueba log rank, no hay evidencia significativa que sugiera diferencia para los cuatro cuartiles.

Estos resultados pueden indicar que la primera unión y el nacimiento del segundo hijo como precedente al primer uso de métodos anticonceptivos, presentan una relevancia similar, teniendo un impacto menor las diferencias por origen social.

**Gráfica 83. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y el segundo hijo por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2314	.0401901	93	23	25	28
2	1748	.0400458	70	23	26	27
3	1418	.0401975	57	23	25	27
4	1268	.0394322	50	23	25	27
total	6748	.0400119	270	23	25	27

De acuerdo con lo expuesto puede notarse que el origen social logra tener importancia en la definición de la probabilidad de primer uso de métodos anticonceptivos y que la estratificación de éste logra plasmarse en las diferencias encontradas, ya que pueden notarse que el cuartil más alto tiene una mayor sobrevivencia respecto a los otros, así como el calendario en el que ocurre el primer uso de métodos anticonceptivos el cual se sitúa en la segunda década de la vida, principalmente en el primer quinquenio.

No obstante, no se encontraron diferencia en las curvas de sobrevivencia por origen social en el caso de los hombres, la cohorte antigua e intermedia, así como en el uso de métodos tradicionales, al igual que en el uso del DIU, condón y vasectomía. De la misma manera, tampoco se encontraron diferencias en el primer uso de métodos anticonceptivos antes de la primera unión, antes del primer hijo y primera unión, después de la primera unión y el primer hijo, después del primer hijo y antes de primera unión, así como después de la primera unión y el segundo hijo.

En el análisis longitudinal se ha podido observar que es la segunda década de la vida, principalmente los primeros cinco años donde se presenta una menor sobrevivencia al primer uso de métodos anticonceptivos, lo cual se relaciona con el proceso de formación de familias, esta relación se logra evidenciar con más fuerza en el caso de las mujeres, a diferencia de los hombres debido al calendario de primer uso de anticonceptivos, lo cual se puede relacionar con el seguimiento de patrones distintos por sexo.

También se observó un calendario más temprano y más intenso entre más joven es la cohorte de nacimiento, cuando se trata del primer uso de métodos modernos, mientras que no se presentaron diferencias en el primer uso de métodos tradicionales, lo cual se relaciona con las diferencias del tiempo sociohistórico en la oferta, acceso, disponibilidad y apertura de uso de métodos modernos anticonceptivos que logran impactar el calendario y la intensidad del primer uso de métodos anticonceptivos. Estos cambios sin duda son parte de las transformaciones socioculturales de lo que implica ser joven y de la permisividad y limitaciones que les son inherentes así como de las transformaciones en el orden de experiencia de los eventos que conforman la formación de familias.

El origen social también tiene un papel importante al presentarse una menor sobrevivencia al primer uso de métodos modernos en los cuartiles medios. Respecto a los métodos tradicionales, no se presentaron diferencias en el primer uso. Estas variaciones reflejan diferencias que el aspecto, social y económico tienen en el primer uso de métodos anticonceptivos, acordes a un comportamiento relacionado con la estratificación social y las desigualdades sociales que les son inherentes, lo cual sin duda lo vincula con el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos desigual.

A lo largo de este capítulo se ha podido notar que el primer uso de métodos anticonceptivos se encuentra relacionado temporalmente con las transiciones a la vida adulta, entre ellos el proceso de formación de familias, por lo que sigue el camino de la institucionalización de la sexualidad para las cohortes de nacimiento analizadas.

Sin embargo, se observan diferencias por cohorte de nacimiento, sexo y origen social, por sexo puede notarse que se encuentra mayormente relacionados cuando se trata de las mujeres, en las cohortes antigua e intermedia se tiene un primer uso de anticonceptivos más intenso después de la primera unión y de haber tenido hijos, lo cual demuestra como el contexto sociohistórico y el sexo afectan los cambios de calendario en el primer uso de anticonceptivo.

Por cohorte de nacimiento puede notarse que en la cohorte más joven se observa una mayor intensidad y un calendario más temprano de primer uso de anticonceptivos en el periodo de observación, cuando el primer método es moderno (pues se muestra una tendencia opuesta en el caso de los métodos tradicionales, ya son las cohortes antigua e intermedia las que poseen una mayor intensidad de uso y un calendario más tardío), siendo los más utilizados: el DIU, los métodos hormonales y el condón.

También es en la cohorte más joven donde se puede observar que aumenta la experiencia del primer uso de métodos anticonceptivos para los hombres y mujeres sin hijos y no unidos respecto a las cohortes anteriores, siendo utilizados el condón y los métodos hormonales como primer método anticonceptivo para la población con estas características, de tal forma que puede notarse que el primer uso de anticonceptivos más apegado a las necesidades sexuales y reproductivas de los jóvenes entre más joven es la cohorte de nacimiento.

Al observar el comportamiento del primer método anticonceptivo por origen social los cuartiles más altos son los que presentan una mayor utilización de métodos modernos entre ellos, el condón, los métodos hormonales y el DIU, siendo los más utilizados por hombres y mujeres sin unirse y sin hijos el condón y los métodos hormonales.

Asimismo son los cuartiles más altos los que presentan un calendario más tardío de primer uso respecto a los más bajos, de igual manera el cuartil más alto tiene una mayor intensidad de primer uso cuando éste se experimenta antes que el proceso de formación de familias, mientras que el cuartil más bajo lo hace cuando la unión, el primer y segundo hijo anteceden al primer uso de anticonceptivos.

De esta manera el tiempo social y el histórico interactúan para dar cuenta de los cambios en el orden de experiencia del primer uso de anticonceptivos, expresando con ello que subyacen desigualdades de género, sociales y temporales.

Estas características en el primer uso de métodos anticonceptivos muestran que entre más joven es la cohorte de nacimiento y entre más alta es la posición en la jerarquía social, mayor es el primer uso de las mujeres que no han experimentado alguna transición del proceso de formación de familias y mayor es su utilización de métodos acorde a sus necesidades específicas.

El primer uso de métodos anticonceptivos para las cohortes analizadas muestra la influencia macroestructural a través del tiempo sociohistórico en el inicio de la práctica anticonceptiva mediado por el tiempo social observado a través del sexo, la cohorte de nacimiento y el origen social de los flujos de población observados así como la influencia del tiempo familiar en ello, mediante la influencia de éste en las variaciones de intensidad y calendario del primer uso de métodos anticonceptivos.

Con ello se puede notar la manera en que cambia el comportamiento anticonceptivo para las cohortes de nacimiento orientados a una reducción de la fecundidad entre más joven es la cohorte de nacimiento y con ello el cambio en la valoración de la relación del inicio de la vida sexual y anticonceptiva con el matrimonio, así como las valoraciones acerca de la familia. En estos cambios las instituciones han tenido un papel importante para su realización, a partir de las transacciones con los usuarios, y de las políticas de población de planificación familiar, lo cual es posible notar en la adopción de valores, actitudes, conocimiento y comportamientos relacionados con la sexualidad y procreación, dando como resultado diferencias por sexo y cohortes de nacimiento en el primer uso de anticonceptivos.

A este proceso contribuyeron los cambios culturales y sociales que permitieron el acceso y aumento del nivel educativo de las mujeres, así como su incorporación a la fuerza de trabajo en el sector terciario, dando como resultado la desvinculación de la vida sexual y reproductiva, debido a que la educación dota de

capital cultural que incide en la redefinición de la posición de la mujer en las relaciones familiares, transformando así el campo de interacción y por tanto el habitus de cada sujeto. Asimismo tiene impacto en la vida de la mujer la incorporación a la fuerza de trabajo debido al costo de oportunidad, el precio relativo de los hijos, costos de bienes y servicios, así como de ocio.

También se relacionan con dichos cambios en el contexto sociohistórico, los elementos que retoma Coale (1977) de racionalidad apertura y acceso, los cuales se encuentran relacionados con el conocimiento y acceso de anticonceptivos, al estar vinculados con la legitimación de nuevos comportamientos a través de la interiorización de nuevas estructuras, la aceptación de ideas y valores modernos acerca de la sexualidad y reproducción para lo cual fue relevante el papel de las instituciones y sus programas, principalmente las de salud, educativas y sociales.

Asimismo, también resulta relevante la existencia, disponibilidad y generalización de tecnología anticonceptiva, para lo cual, las instituciones también fueron un elemento clave, pues a través de las transacciones que establecen con los individuos hicieron posible los cambios ideológicos, simbólicos y materiales, que posibilitaron los cambios en el primer uso de métodos anticonceptivos, vinculándose con las diferencias en el tiempo histórico en el que se experimenta la juventud para cada cohorte de nacimiento, así como con la posición dentro del campo y los diferentes habitus de los jóvenes expresados en la clase, sexo, generación y espacio social, que se manifiestan en prácticas sexuales y necesidades anticonceptivas diversas, que se pueden notar en el uso de anticonceptivos.

El primer uso de métodos anticonceptivos para las cohortes de nacimiento que experimentan la juventud se muestra como resultado de transformaciones que reflejan el camino para un ejercicio sexual y reproductivo menos desigual y acorde a las necesidades específicas de la diversidad de jóvenes dados diferentes habitus, ya que a través del tiempo se observan aspectos favorables, aunque no en el caso de la desigualdad social y de género, para el ejercicio pleno al derecho a una vida sexual satisfactoria.

## Conclusiones

El presente trabajo ha abordado la interrelación entre el tiempo histórico, social y familiar en la definición del calendario de primer uso de métodos anticonceptivos en las cohortes de nacimiento 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, de los 12 a los 29 años de edad, rango etario caracterizado social histórica y culturalmente en México como juventud. Además, es el periodo en el que tienen lugar las transiciones a la adultez, particularmente las relacionadas con la formación de familias. La finalidad fue captar la variación de características de los usuarios pertenecientes a dichos flujos de población en relación al sexo, el origen social, la cohorte de nacimiento y el orden de ocurrencia respecto a las transiciones a la adultez relacionadas con la formación de familias, es decir, con la unión, el primer y segundo hijo, para de esta manera, poder vincular la estructura del orden social con el comportamiento sexual y reproductivo específico de acuerdo al contexto histórico social.

Los resultados obtenidos en el análisis desarrollado muestran que el primer uso de métodos anticonceptivos tiene lugar principalmente en la segunda década de la vida, siendo los primeros cinco años el periodo más importante. Asimismo se mostró que se presentan diferencias por sexo, cohorte de nacimiento y origen social. No obstante, en el análisis de historia de eventos no se encontraron diferencias en las curvas de sobrevivencia en el primer uso del condón, de la vasectomía y después del primer hijo cuando el primer uso es contrastado por quienes no han experimentado el evento. Tampoco se encontraron diferencia en el uso de métodos tradicionales, condón, vasectomía, antes de la primera unión y después de la primera unión y segundo hijo, cuando son comparados por cohorte y origen social. En cuanto a la comparación por cohorte de nacimiento no se encontraron diferencias por del primer uso de métodos anticonceptivos cuando ocurren antes del primer hijo y después del primer hijo y la primera unión. Por origen social tampoco se encontraron diferencias al comparar las curvas de sobrevivencia en el caso de los hombres, la cohorte antigua e intermedia, en el uso del DIU, antes del primer hijo y primera unión, después de la primera unión y el primer hijo, así como después del primer hijo y antes de primera unión.

En los resultados donde se pudieron encontrar diferencias, pueden notarse que la cohorte joven presenta un primer uso mayor y un calendario más temprano que las cohortes precedentes, ya que éste se va haciendo mayor y más temprano entre más joven es la cohorte de nacimiento, lo cual es posible observarlo cuando se utilizan los métodos modernos como primer anticonceptivo, siendo los más utilizados el DIU, los métodos hormonales y el condón.

De igual forma en esta cohorte se presenta una mayor intensidad de primer uso antes de las transiciones. Asimismo en ella aumenta el primer uso de anticonceptivos de hombres y mujeres que no tienen hijos y no están unidos, siendo los hombres que se encuentran en esta posición los que más utilizan el condón, mientras que las mujeres utilizan más los métodos hormonales.

La cohorte intermedia y la antigua presentan una mayor intensidad cuando se experimenta el primer uso de anticonceptivos después de la primera unión y de haber tenido hijos, presentando una menor sobrevivencia la cohorte intermedia cuando el primer método utilizado es después de haber tenido el segundo hijo, lo cual se presenta de manera indistinta por sexo y origen social.

Si bien se presentan diferencias por cohorte respecto a las transiciones de formación de familias, éstas son importantes para las tres cohortes de nacimiento como antecedente del primer uso de métodos anticonceptivos.

La cohorte antigua e intermedia registran un mayor primer uso de métodos anticonceptivos tradicionales, pues hay un menor número de usuarios entre más joven es la cohorte de nacimiento.

Los métodos que son mayormente utilizados por las cohortes antigua e intermedia son los métodos hormonales, el DIU y OTB, aunque para la cohorte intermedia hay una reducción de los métodos hormonales, aumento del DIU y la OTB.

Las diferencias en las variaciones de primer uso de anticonceptivos de las mujeres por cohorte son menores que en el caso de los hombres, lo cual puede relacionarse con la llegada del condón como método anticonceptivo, que logró un mayor uso de éste en las cohortes más recientes. No obstante, las curvas de



sobrevivencia de los métodos masculinos no presentan diferencias por cohorte y origen social.

De acuerdo con los resultados, el cuartil más alto de origen social presenta un calendario más tardío de primer uso respecto a las demás, de forma indistinta si se observa por sexo y por cohorte, presentando los cuartiles medios, un calendario más temprano.

Asimismo, el cuartil más alto presenta una mayor intensidad cuando el primer uso de anticonceptivos se experimenta antes del proceso de formación de familias, mientras que el cuartil más bajo lo hace cuando la unión, el primer y segundo hijo anteceden al primer uso de anticonceptivos, lo cual se sigue independientemente de la cohorte y del sexo.

En el cuartil más alto se observó un mayor primer uso de métodos anticonceptivos entre hombres y mujeres, siendo los métodos más utilizados el condón, los métodos hormonales y el DIU, disminuyendo así los métodos como vasectomía y OTB. En el uso de métodos modernos como primer método, los cuartiles medios también presentan mayor intensidad, respecto en los métodos tradicionales, los cuartiles más bajos fueron los que presentaron un mayor primer uso.

Las mujeres y hombres sin hijos y sin unirse son los que poseen una mayor intensidad de primer uso de métodos hormonales y de condón en las posiciones más altas de origen social.

El primer uso de anticonceptivos dado su calendario se encuentra mayormente desligado al proceso de formación de familias en los hombres, por ser más tardío, y más ligado a este proceso en el caso de las mujeres, éstos se relajan en tanto se observan por cohorte y origen social, de acuerdo a la práctica anticonceptiva de hombres y mujeres.

Entre más joven es la cohorte de nacimiento y entre más alta es la posición en la jerarquía social, mayor es el primer uso de las mujeres que no han experimentado el primer uso de anticonceptivos relacionado con alguna transición del proceso de formación de familias.

Considerando los resultados obtenidos puede notarse que se reitera lo encontrado por Brugueilles (2004), en cuanto al primer uso de métodos anticonceptivos durante el proceso de formación de familias que había observado para la cohorte antigua e intermedia, asimismo se confirma el tipo de métodos anticonceptivos femeninos y masculinos, utilizados para estas cohortes.

También se observa que los resultados aluden a lo encontrado por Solís, Gayet y Juárez (2008) de la formación de familias en las mujeres más escolarizadas, cuando se observa un mayor primer uso de mujeres que experimentan el primer uso de anticonceptivos antes de las transiciones de formación de familias.

Asimismo, se observa que se sigue un patrón de primer uso de métodos anticonceptivos con las posiciones sociales, como lo encontrado por Tuirán (2002), al considerar que al nivel alto le corresponde una práctica anticonceptiva con la finalidad espaciar y limitar nacimientos, en el nivel medio también se presenta relación de acuerdo a la intensidad de primer uso relacionada con la limitación y espaciamiento de nacimientos, en tanto que en el nivel bajo se relaciona con una práctica ligada a limitar la descendencia.

De acuerdo con la clasificación que hace Lerner, Quesnel y Yanes (1994), acerca de la diversidad de trayectorias de mujeres, pueden notarse semejanzas de la trayectoria tradicional, referente a las mujeres que utilizaron métodos tradicionales que cuentan con baja escolaridad, se dedican a labores domésticas, con las mujeres de la cohorte antigua y los cuartiles más bajos. Así como las mujeres con trayectoria moderna continua, que la conforman mujeres que utilizaron anticonceptivos antes de la unión, quienes poseen experiencia laboral y tamaño de familia pequeño, pueden relacionarse sus características con las mujeres de la cohorte más joven y los cuartiles más altos.

De igual forma pueden establecerse relaciones del cuartil bajo con lo encontrado por Szasz (2008), respecto a los niveles socioeconómicos bajo y muy bajo, las cuales se relacionan con patrones tradicionales en la sexualidad y la procreación. Así como lo encontrado en el nivel medio y alto, caracterizados por la escisión entre sexualidad y procreación, con los resultados de los cuartiles medios

y alto. También pueden hallarse similitudes de lo hallado con los resultados del estudio de Szasz, en cuanto a que las diferencias por estrato, tienen un impacto mayor que las correspondientes al sexo, al semejarse el comportamiento sexual y reproductivo de hombres y mujeres por nivel socioeconómico.

De esta forma el primer uso de métodos anticonceptivos para las cohortes analizadas muestra la influencia macroestructural a través del tiempo sociohistórico en el inicio de la práctica anticonceptiva mediado por el tiempo social observado a través del sexo, la cohorte de nacimiento y el origen social de los sujetos analizados así como la influencia del tiempo familiar en ello.

Es por ello que cobra relevancia el principio de *timing* del curso de vida, al referirse a que la vida de los individuos y de grupos se sitúan y desarrollan en el tiempo histórico y lugar específico (Elder, 1998) compartiendo así características de las cuales se nutre el proceso identitario de cohorte, mediado por categorías como el género y origen social, por lo que tiene lugar un *habitus* compartido dependiendo de los atributos de los agentes, lo que se traduce en diversidad de prácticas.

Otro principio importante es el de vidas vínculo o interconectadas, el cual se encuentra relacionado con las transiciones que constituyen el curso de vida, las cuales pueden tener variaciones dependiendo de los atributos sociales con los que cuentan los individuos o grupos, cuyos efectos pueden tener lugar en su propia trayectoria, en la de otros individuos o grupos (Elder, 1998; Blanco, 2011).

Retomando estos conceptos se puede notar que el primer uso de métodos anticonceptivos presenta variaciones y similitudes de acuerdo a un *habitus* compartido por cohorte, sexo y origen social, al observar la influencia del tiempo histórico, social y familiar en los sujetos observados.

El cambio que el tiempo histórico realiza en el primer uso de anticonceptivos, observado a través de las cohortes de nacimiento, refleja la influencia de los diferentes contextos sociohistóricos en el que cada una de ellas experimentó la juventud, la cohorte antigua lo hizo en un periodo en el que tuvieron lugar las reformas a la Ley General de Población, la creación de programas de planificación familiar que garantizaran la cobertura y acceso de la

población unida y en edad reproductiva a los métodos anticonceptivos modernos, para lograr aminorar el crecimiento de población a través del aumento de la cobertura de métodos no reversibles, así como del DIU, lo cual puede notarse en los resultados encontrados en esta investigación, ya que los sujetos observados pertenecientes a esta cohorte presentan un mayor primer uso de métodos anticonceptivos después que han tenido alguna transición de formación de familias, por lo que el primer uso de métodos anticonceptivos se estaría relacionando a un patrón tradicional al ubicarse después de las estas transiciones.

Asimismo, se puede corroborar el tipo de métodos anticonceptivos que eran facilitados por el sector salud en ese tiempo (como la OTB y el DIU, pero también de métodos hormonales), con los niveles de primer uso de esta cohorte de nacimiento. Al igual que puede notarse que en ella se presenta un mayor primer uso de métodos tradicionales que en las cohortes posteriores, lo cual nos acerca al periodo de cambio de métodos anticonceptivos socialmente aceptados debido, entre otros aspectos a los cambios culturales relacionados con el reconocimiento de los jóvenes como actores sociales, la secularización de la sociedad, la revolución sexual y la difusión del feminismo.

En la cohorte intermedia también se plasma esta influencia contextual histórica, ya que en el momento en el que los miembros de ésta experimentan la juventud, por una parte se continúa con el programa de planificación familiar en la década de los ochenta y por otra, se reemplaza el concepto de planificación familiar por el de salud sexual y reproductiva, en la década de los noventa.

Es por ello que esta cohorte recibió aún la influencia de la anticoncepción post-evento obstétrico, en la que figuraban métodos como la oclusión tubaria bilateral y el DIU. Sin embargo, también fue esta misma cohorte de nacimiento la que experimentó el cambio de perfil de políticas de salud al incorporarse el concepto de salud sexual y reproductiva a las medidas programáticas de salud que se sustentara en los derechos reproductivos, por lo cual estuviera relacionado el tipo de métodos anticonceptivos con las necesidades de los usuarios con lo cual los usuarios pudieran controlar su vida reproductiva. Asimismo, incluía además de las mujeres unidas, a las no unidas, a los adolescentes y a los hombres. Esta

transformación, así como el avance tecnológico conllevó a un incremento de métodos diferentes, como el condón.

El cambio de paradigma en la regulación de la fecundidad que vivió la cohorte intermedia puede notarse en lo encontrado por esta investigación, ya que ésta presenta un comportamiento intermedio entre la cohorte antigua y la joven, pues sigue observándose el primer uso de métodos anticonceptivos después de que han ocurrido las transiciones de formación de familias, aunque en un nivel menor que en la cohorte antigua.

Asimismo, puede notarse en los tipos de métodos empleados, pues sigue habiendo un primer uso de métodos como el DIU y la OTB, aunque presenta niveles menores en los métodos hormonales que la cohorte antigua. De igual forma, puede empezarse a notar el uso del condón, como primer método anticonceptivo.

En la cohorte joven también se puede notar la influencia contextual histórica en el periodo que experimenta su juventud, pues es ella donde puede notarse la relación que guarda con la política de salud sexual y reproductiva de los años noventa, así como con el cambio en las medidas de control de fecundidad de la primera década del siglo XXI, al estar relacionadas con una disminución de los recursos a estas medidas por parte del Estado y la influencia de posturas conservadoras. De igual forma es en este periodo en el que la pastilla de anticoncepción de emergencia se incorpora al cuadro básico de medicamentos del Sistema Nacional de Salud.

La influencia contextual en la cohorte joven puede notarse en la mayor intensidad y calendario más temprano de primer uso de anticonceptivos en el periodo observado, lo cual puede relacionarse con las políticas de salud sexual y reproductiva, ya que integran a la población en general y no solamente a las mujeres unidas como los programas de planificación familiar, es por ello que se puede observar en esta cohorte de nacimiento un mayor primer uso antes de las transiciones de formación de familias, tanto para hombres como para mujeres.

Esta experiencia más temprana del primer uso de métodos anticonceptivos desligada de las transiciones de formación de familias se acerca más a un patrón moderno seguido por esta cohorte de nacimiento, ya que el primer uso de

anticonceptivos antecede a la unión y a la descendencia, y con ello se vincula el primer uso de anticonceptivos a las necesidades sexuales y reproductivas de los jóvenes, que puede notarse con el tamaño de la familia alcanzado al final del periodo analizado y que corresponde al descenso de fecundidad observado para este periodo histórico.

Asimismo, puede notarse la influencia contextual en los tipos de métodos anticonceptivos utilizados, pues en la cohorte joven el DIU, los métodos hormonales y el condón, son los más utilizados, siendo éstos últimos los más empleados por los sujetos observados que no se han unido y no tienen hijos, lo cual refleja la utilización de los métodos más avanzados tecnológicamente para este periodo, así como su preferencia para la población joven dado su fácil acceso, bajo costo y practicidad, que han posibilitado el aumento del condón como primer método utilizado hasta la actualidad.

Es precisamente el uso del condón, el método que presenta la mayor diferenciación en la cohorte joven respecto a las anteriores, (aunque de acuerdo a las curvas de sobrevivencia no parece diferenciarse) lo cual puede relacionarse con el contexto histórico debido a su promoción por las instituciones de salud, así como su difusión por medios de comunicación como método para prevenir embarazos no deseados y protegerse de infecciones de transmisión sexual.

La influencia del tiempo social en los sujetos de estudio, al implicar las diferencias del orden del primer uso de métodos anticonceptivos de acuerdo con los atributos de los miembros de las cohortes de nacimiento, puede notarse que las diferencias por sexo acentúan la influencia de la institucionalización de la sexualidad en el ejercicio de los roles sexuales, pues de acuerdo a los resultados obtenidos, el calendario de primer uso de métodos anticonceptivos refuerza los roles de género tradicionales, al estar más ligado en el caso de las mujeres con las transiciones de formación de familias, en las tres cohortes y en el de los hombres más desligado con estos eventos.

Aunque en el caso de mujeres y hombres de la cohorte más joven y los cuartiles más altos, el primer uso de métodos anticonceptivos antecede a las transiciones de formación de familias, lo cual se relaciona con un seguimiento de

un patrón moderno relacionado con un uso más autónomo y acorde a las necesidades sexuales y anticonceptivas de los jóvenes, que se debe al acceso educativo y un mayor nivel en este aspecto, la participación laboral de la mujer y mayor poder adquisitivo. De ello deviene un menor tamaño familiar como el correspondiente a la cohorte más joven y a los niveles más altos de origen social.

En el caso de la participación de los hombres en la primera anticoncepción puede notarse que es mayor cuando se trata de la cohorte más joven y el cuarto cuartil, principalmente debido al uso del condón, lo cual dejaría entrever que en este nivel social se podría alcanzar en un futuro un uso más igualitario respecto a las mujeres, y de esta manera replantearse la coerción social que subyace en las mujeres respecto a la anticoncepción, ya que sigue siendo un evento principalmente femenino dado el tipo de métodos modernos que se ofertan en las instituciones de salud.

En el caso del origen social, de acuerdo a los resultados obtenidos, los cuartiles bajos reproducen un patrón tradicional al ubicarse el primer uso de métodos anticonceptivos después de las transiciones de formación de familias, así como emplear con mayor frecuencia métodos para limitar descendencia, en comparación con los más altos en los que el condón, los hormonales y el DIU fueron más utilizados y donde el primer uso de métodos anticonceptivos se ubica antes del proceso de formación de familias.

Por lo anterior puede notarse que en lo observado acerca del origen social se continúa con lo encontrado en la literatura en respecto a la utilización de la OTB de los estratos bajos, ya que se le suele relacionar con una práctica impuesta por las instituciones de salud, a las mujeres de baja escolaridad y de estratos bajos (Oliva, 2002), lo cual también puede estar relacionado con el contexto histórico que posibilitó que este método fuera aplicado a esta población específica como parte de los programas de planificación familiar.

La influencia del tiempo familiar puede notarse en el seguimiento de la normatividad que impone la institucionalización de la sexualidad, que indica la legitimidad del calendario de inicio de la vida sexual, así como su vinculación con la edad socialmente aceptada de la procreación y unión, pues de acuerdo a los

resultados obtenidos el primer uso de métodos anticonceptivos se sitúa en la segunda década de la vida, dentro de los cinco primeros años, principalmente y para las tres cohortes se presenta después del proceso de formación familias, aunque en el caso de la cohorte joven y de los cuartiles de origen social más altos, existe una tendencia hacia la utilización del primer método antes de estos eventos.

De esta manera se puede notar que el tiempo social, histórico y familiar interaccionan para dar cuenta de los cambios que el primer uso de métodos anticonceptivos ha tenido para los sujetos observados de las cohortes de nacimiento analizadas durante el periodo en el que experimentan la juventud.

A través de la observación de esta interacción, se puede notar los cambios culturales y sociales que propiciaron el cambio de actitudes, conocimiento, valores y comportamiento que conllevaron a las diferencias observadas del primer uso de métodos anticonceptivos, como lo es el acceso y aumento del nivel educativo de las mujeres, al tomar en cuenta como base para ello el origen social familiar así como los avances de cobertura educativa entre más joven es la cohorte de nacimiento.

Se puede notar el impacto de la educación, al encontrarse negativamente relacionada con la fecundidad al asociarse con un comportamiento moderno, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, posposición de la unión y del primer hijo, dando como resultado un cambio en la valoración de la vida sexual y reproductiva así como de la familia, al desvincular la vida sexual y reproductiva, debido a que la educación dota de capital cultural que incide en la redefinición de la posición de la mujer en las relaciones familiares, transformando así el campo de interacción y por tanto el habitus de cada sujeto.

Relacionada con la educación, se encuentra la incorporación femenina a la fuerza de trabajo en el sector terciario, que dan forma al estatus de la mujer, y su impacto en la vida de ésta y su familia debido al costo de oportunidad, el precio relativo de los hijos, costos de bienes y servicios, así como de ocio, por lo que la demanda de los hijos baja conforme aumenta el nivel de vida, de acuerdo a Caldwell, lo cual conlleva a un ideal de familia más pequeña. Este aspecto puede notarse en el origen social de los sujetos observados ya que un factor para su



definición es el aspecto laboral de la madre, así como por cohorte de nacimiento al aumentar la participación de la mujer desde mediados del siglo XX.

Estos factores nos acercan a la relación con el seguimiento de patrones modernos de los cuartiles más altos de origen social y de la cohorte más joven, ya que adoptan valores de menor tamaño familiar y uso de anticonceptivos al influir en el campo de la acción volitiva.

En estos cambios las instituciones han tenido un papel importante para su realización, ya que el acceso a servicios de salud se relaciona con la el uso de anticonceptivos y la menor fecundidad al estar vinculado con su distribución, que son parte de las políticas de población de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva, que influyeron en cada una de las cohortes de nacimiento, al fungir como instancias mediadores en las cuales tienen lugar transacciones con los usuarios, mujeres unidas para la cohorte antigua, y mujeres no unidas, hombres y adolescentes para la cohorte intermedia y joven, que derivaron en interacciones que coadyuvaron a los cambios ideológicos, simbólicos y materiales, que posibilitaron los cambios en el primer uso de métodos anticonceptivos.

Los cambios que impulsaron las instituciones de salud se relacionan con los elementos que retoma Coale (1977) de racionalidad, apertura y acceso, los cuales se encuentran vinculados con el conocimiento y acceso de anticonceptivos, ligados con la legitimación de nuevos comportamientos a través de la interiorización de nuevas estructuras, la aceptación de ideas y valores modernos acerca de la sexualidad y reproducción, y el cambio tecnológico que posibilita la oferta y acceso a los métodos anticonceptivos modernos.

Si bien el impacto institucional pudo notarse en el primer uso de métodos anticonceptivos, también es cierto que existen desigualdades de género, sociales y temporales, ya que hacen referencia a campos que interactúan y que en sí mismos sostienen relaciones sociales desiguales, que al combinarse generan una posición de subordinación o desventajosa, que agravan dichas desigualdades, en el caso del primer uso de métodos anticonceptivos se puede observar para las mujeres de la cohorte antigua pertenecientes al cuartil bajo, al poseer limitaciones del contexto histórico dado el periodo en el que experimentan la juventud, su

posición social y por sexo. Por otro lado, las cualidades más ventajosas para el primer uso de métodos anticonceptivos el ser hombre de la cohorte más joven y del cuartil más alto.

A las desigualdades relacionadas con la posición social, la temporalidad y el sexo se une el estigma social asociado con la práctica sexual de los jóvenes, el cual se agrava en una posición desventajosa en las categorías que se están considerando.

En esta situación puede notarse dado que la sexualidad de los jóvenes se observa desde el mundo adulto como una transgresión a la normatividad, pues se toma a la sexualidad como un ámbito exclusivo para los adultos. Este aspecto puede notarse en el hecho de que en la población joven, las medidas institucionales han tenido menos impacto.

Por lo anterior al no reconocer a los adolescentes como sujeto de derechos sexuales, se genera una violación a los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, al dificultar la toma de decisiones autónomas sobre su sexualidad y reproducción.

Este panorama refleja la necesidad de un ejercicio anticonceptivo, sexual y reproductivo menos desigual y acorde a las necesidades específicas de la diversidad de jóvenes dados diferentes hábitos, ya que a través del tiempo se observan aspectos favorables, aunque no en el caso de la desigualdad social y de sexo, para el ejercicio pleno al derecho a una vida sexual satisfactoria.

El primer uso de anticonceptivos es solo un aspecto desde el cual puede observarse la desigualdad social y su influencia en la reproducción biológica y social. Por lo que debe considerarse relevante la incorporación de medidas políticas que consideren la heterogeneidad intrínseca de la población con la finalidad de que el ejercicio de la salud sexual y reproductiva como derecho humano sea un hecho, y por tanto, garantizar la ciudadanía a través del uso de anticonceptivos de acuerdo a las necesidades de la población, cuya utilización sea complementada con medidas tales como acceso a la información científica y de calidad sobre salud sexual y reproductiva y por ende de sexualidad, métodos anticonceptivos y derechos sexuales y reproductivos. Aunque también cabe

destacar que conlleva también a un gran reto debido a las desigualdades de género y a la doble moral sexual intrínseca en el orden social.

Asimismo debe garantizarse el acceso a servicios de calidad, completos y amigables para la población joven, es decir, sin intermediación de los padres o tutores, con la oferta de todos los servicios de anticoncepción y con información facilitada por otros jóvenes (principalmente en el caso de los adolescentes).

De la misma manera que es importante generar medidas eficaces en contra del abuso sexual y contra la violencia de género, crear oportunidades de desarrollo para esta población tanto a nivel educativo, laboral y personal que coadyuven a la creación de proyectos de vida, al autoconocimiento y autoestima. Además de ello que se debe reconocer que la reproducción y la anticoncepción son ámbitos relacionales donde es necesaria la participación de los hombres en ellos.

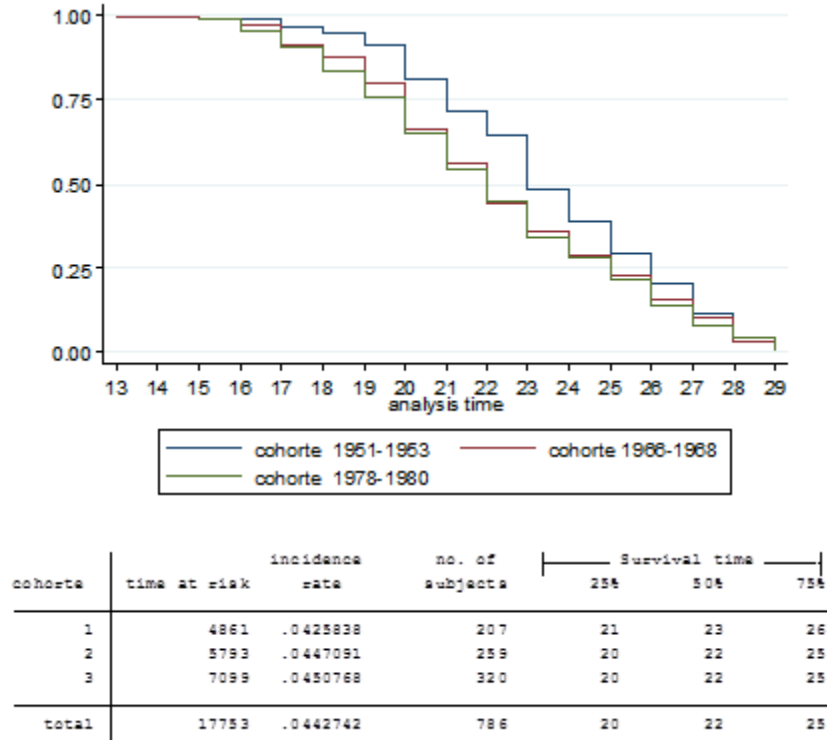
Por lo anterior se deben tomar medidas necesarias para generar un espacio básico desde el cual cualquier joven pueda ejercer sus derechos sexuales y reproductivos por el solo hecho de serlo.

Los futuros estudios que pudieran retomar la temática de esta tesis podrían complementar la información añadiendo la escolaridad y la condición laboral de los flujos de población joven, ya que el rango etario que abarca es amplio y pueden presentarse diferencias respecto a las condiciones de la familia de origen mientras la edad aumenta. Igualmente puede complementarse con información de carácter transversal para los periodos concernientes a los que los flujos de población experimentan su juventud añadiendo asimismo la variable de etnia para poder contrastar como la condición étnica puede cambiar el primer uso de métodos anticonceptivos en su intensidad, calendario y relación con los eventos de formación de familias, al ser una de las categorías de la desigualdad que no fue tomada en cuenta en esta investigación. De la misma manera se podría complementar con la revisión de la situación actual de los jóvenes con el fin de poder comparar este proceso en distintos momentos.

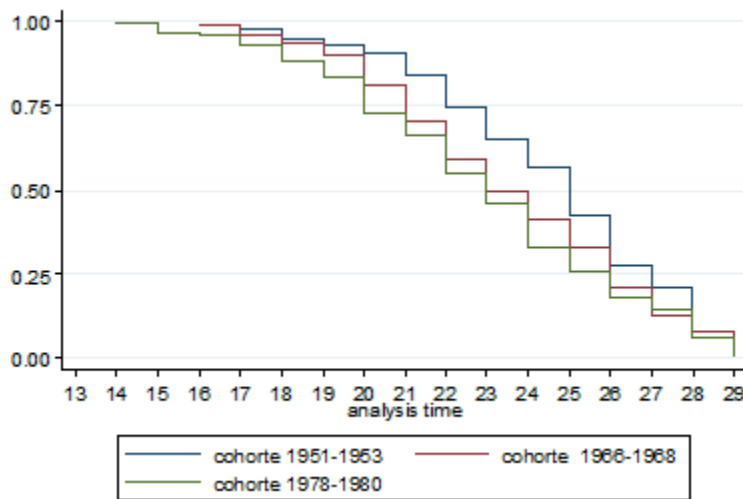
# Anexo

Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos modernos y cohorte de nacimiento.

Estimaciones Kaplan Meier.

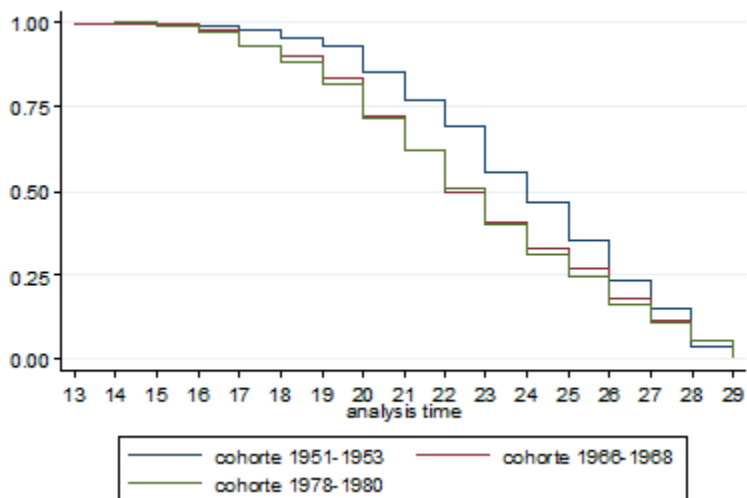


Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos modernos y cohorte de nacimiento. Estimaciones Kaplan Meier.



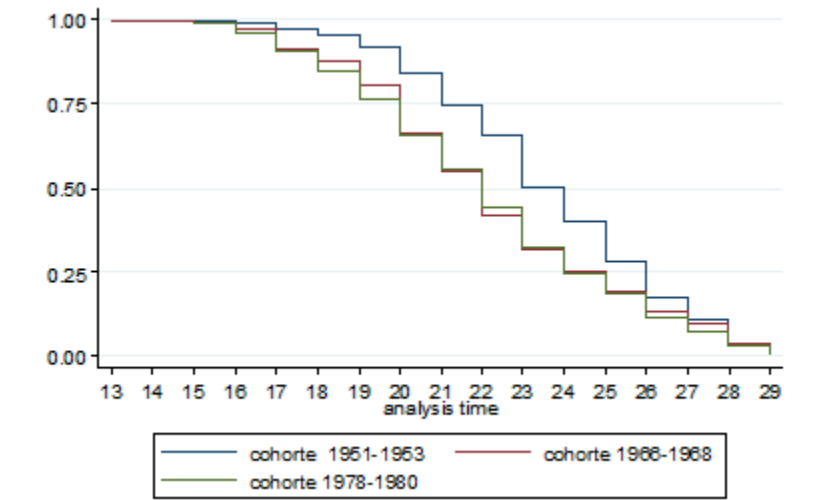
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	3824	.040795	156	22	25	27
2	4144	.042471	176	21	23	26
3	6214	.0436112	271	20	23	26
total	14182	.0425187	603	21	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos modernos, cohorte y primer hijo. Estimaciones Kaplan Meier.**



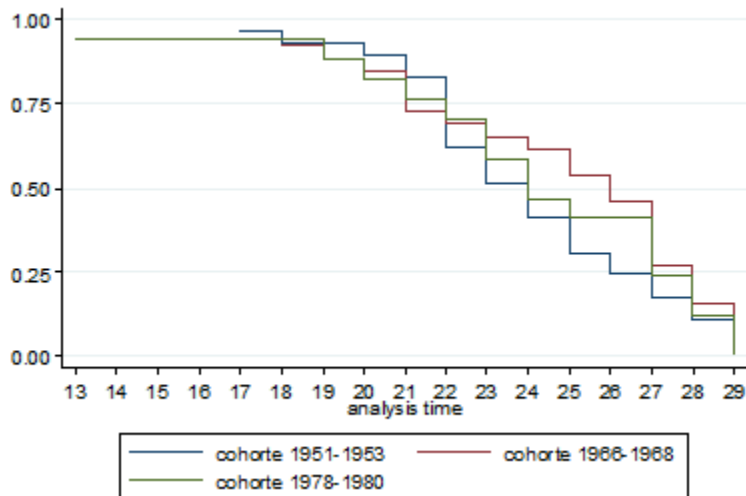
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	8263	.0417524	345	22	24	26
2	5380	.0438166	411	20	22	26
3	11555	.0440502	509	20	23	25
total	25198	.0433249	1265	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos modernos, segundo hijo y cohorte.  
Estimaciones Kaplan Meier.**



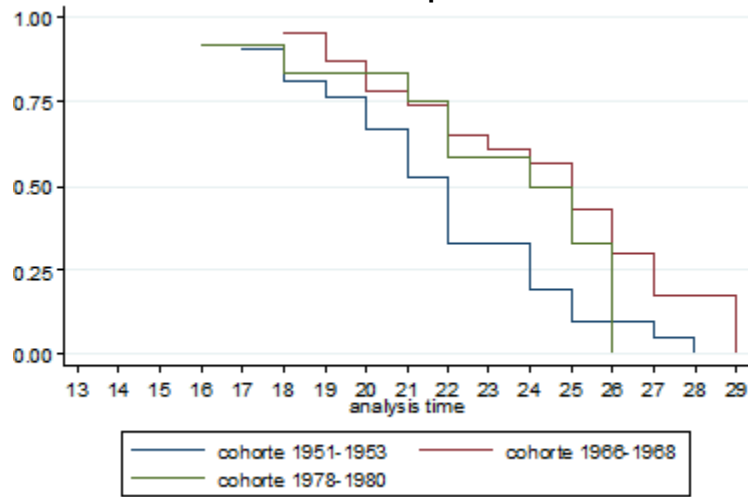
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	6856	.0424448	291	21	24	26
2	7304	.0450438	329	20	22	24
3	7884	.0452816	357	20	22	24
total	22044	.0443205	977	20	23	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos tradicionales y cohorte.  
Estimaciones Kaplan Meier.**



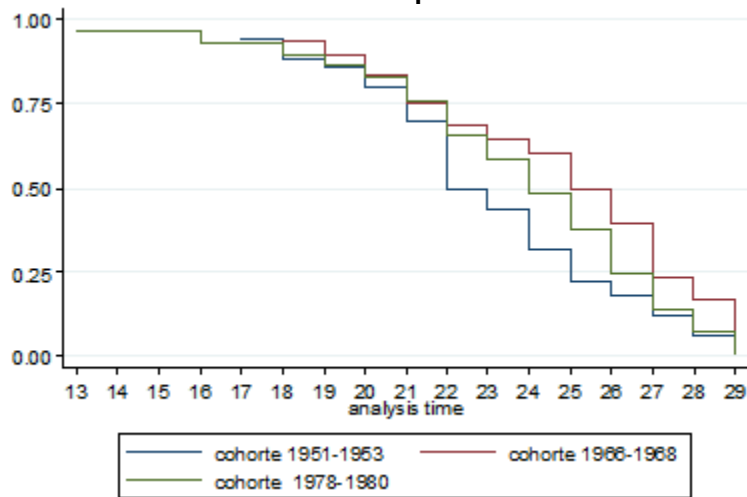
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	654	.0417867	29	22	24	26
2	644	.0403727	26	21	26	28
3	409	.0415648	17	22	24	27
total	1747	.0412135	72	22	24	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos tradicionales y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



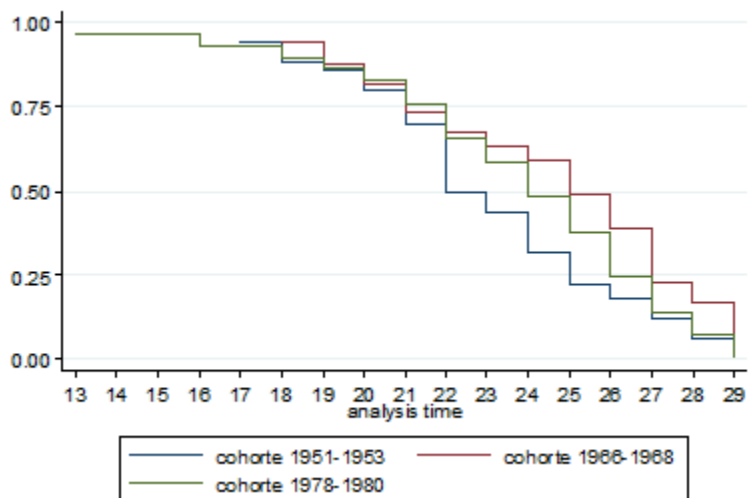
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	457	.0455519	21	20	22	24
2	558	.0412186	23	21	25	27
3	277	.0433213	12	21	24	26
total	1292	.0433437	56	20	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos tradicionales, primera unión y cohorte.  
Estimaciones Kaplan Meier.**



cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1151	.0434405	50	21	22	25
2	1183	.0405748	48	21	25	27
3	686	.0422741	29	22	24	26
total	3020	.042053	127	21	24	27

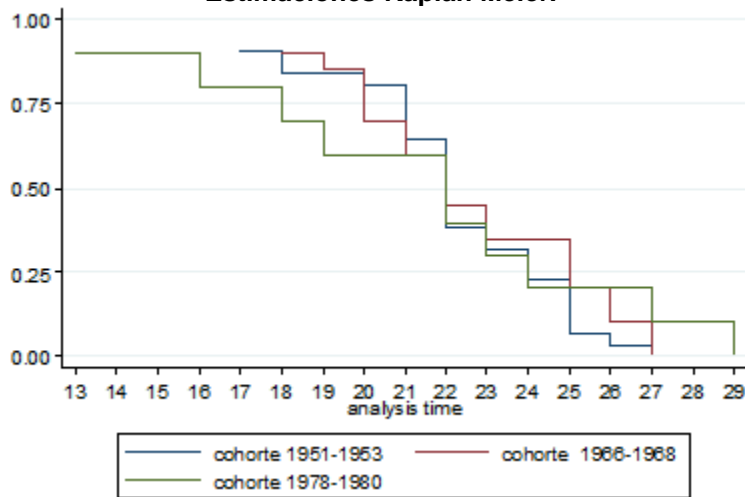
**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos tradicionales, cohorte y primer hijo.  
Estimaciones Kaplan Meier.**



cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1058	.0434783	46	21	22	25
2	1002	.0409182	41	21	25	27
3	583	.0428816	25	21	24	26
total	2643	.0423761	112	21	24	27

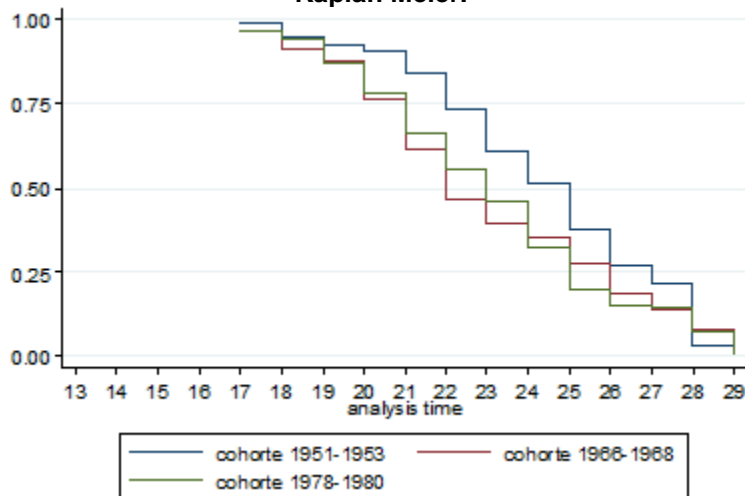


**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos tradicionales, segundo hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



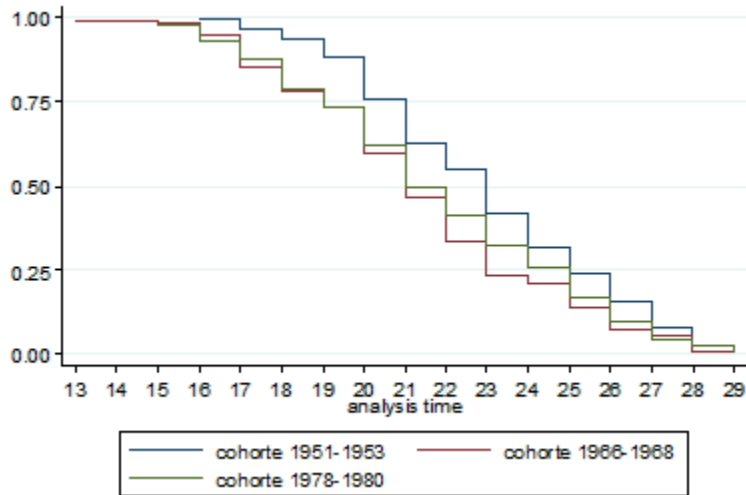
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	684	.0453216	31	21	22	24
2	450	.0444444	20	20	22	25
3	213	.0469484	10	18	22	24
total	1347	.0452858	61	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos hormonales y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



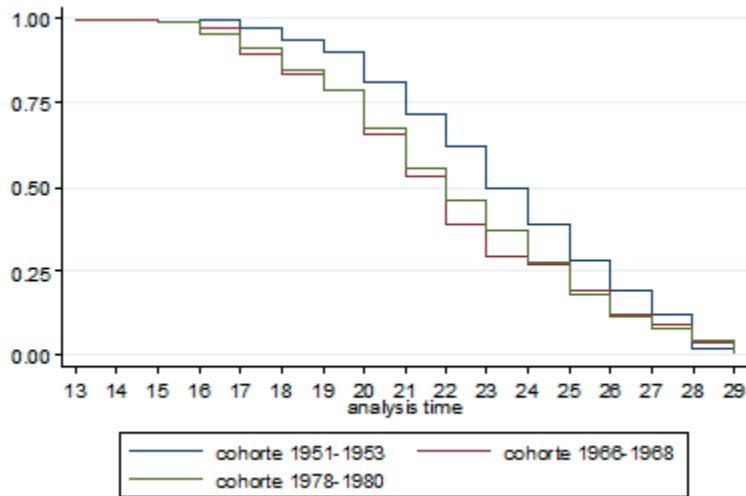
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2265	.0410596	93	22	25	27
2	1865	.0434316	81	21	22	26
3	1989	.0432378	86	21	23	25
total	6119	.0424906	260	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos hormonales y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



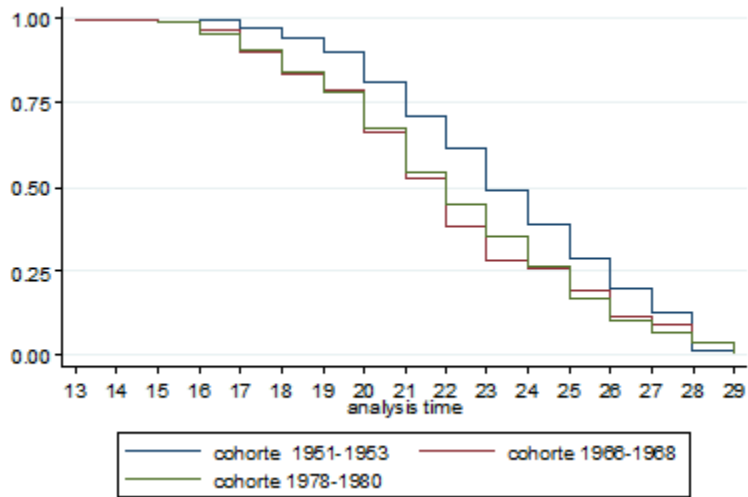
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	3094	.0436328	135	21	23	25
2	2481	.0467553	116	19	21	23
3	3045	.045577	140	19	21	25
total	8620	.0453596	391	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos hormonales, primera unión y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



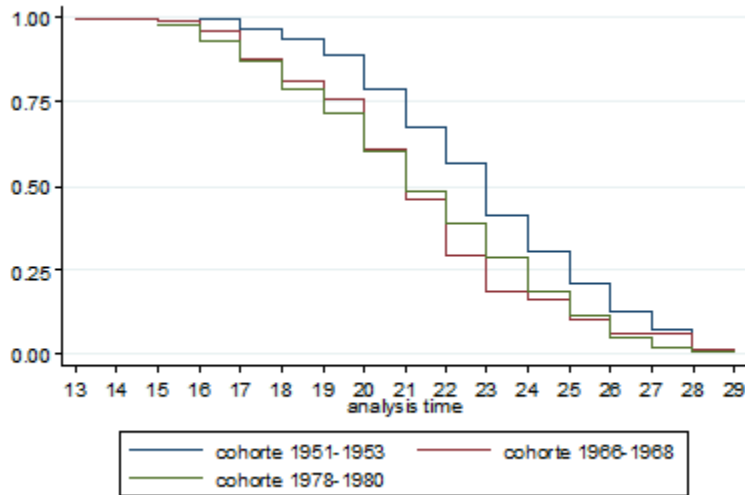
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	5254	.0426342	224	21	23	26
2	4278	.0453483	194	20	22	25
3	4826	.0449648	217	20	22	25
total	14358	.0442262	635	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos hormonales, primer hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



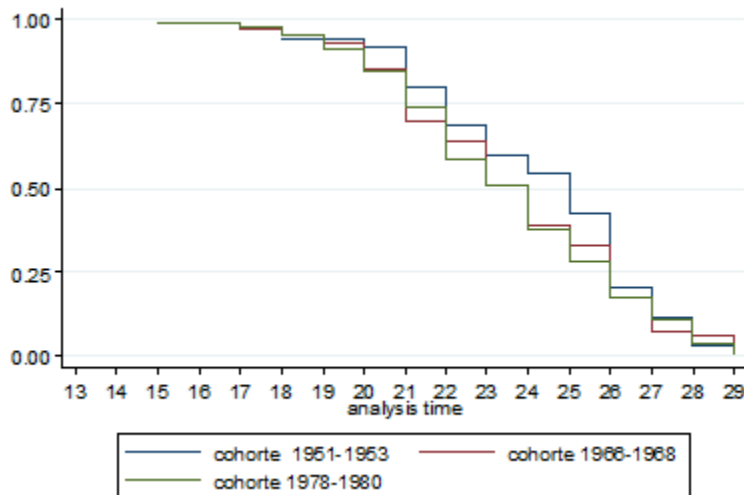
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	5135	.0426485	219	21	23	26
2	4093	.0454434	186	20	22	25
3	4579	.0452064	207	20	22	25
total	13807	.0449253	612	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos hormonales, segundo hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



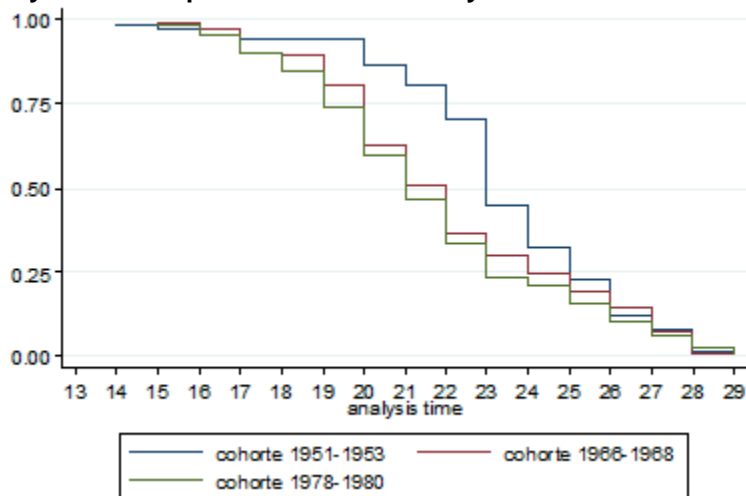
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	4198	.0435922	183	21	23	25
2	3326	.0469032	156	20	21	23
3	3107	.0466688	145	19	21	24
total	10631	.0455272	484	20	22	24

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de DIU y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



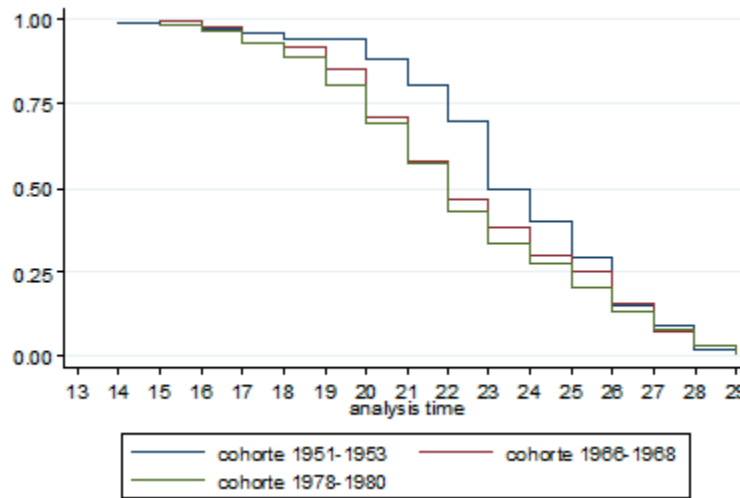
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	847	.0413223	35	22	25	26
2	1626	.0424354	69	21	24	26
3	2161	.0425729	92	21	24	26
total	4634	.0422961	196	21	24	26

Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de DIU y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.



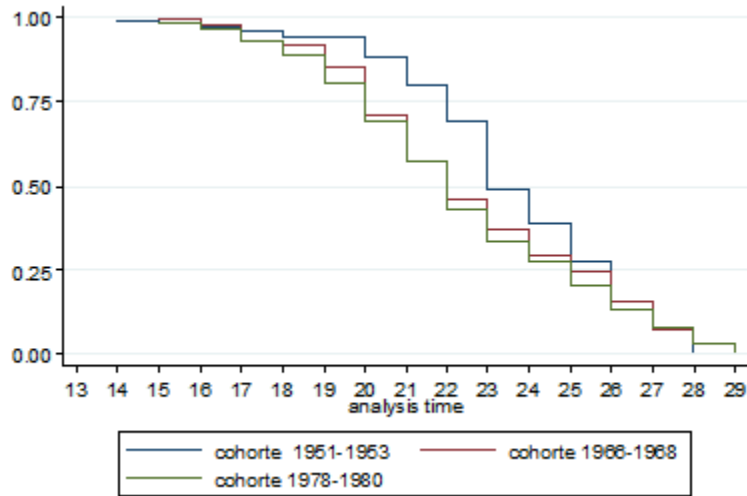
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1562	.0428937	67	22	23	25
2	2466	.0454177	112	20	22	24
3	3262	.0462906	151	19	21	23
total	7290	.0452675	330	20	22	24

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de DIU, primera unión y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



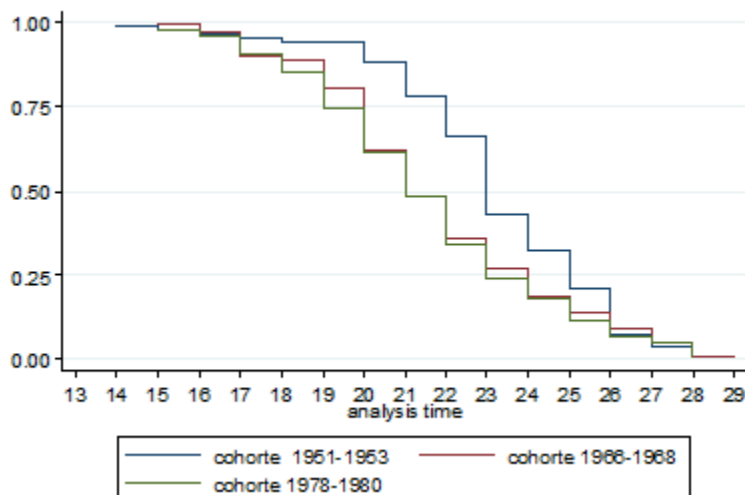
cohortes	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2409	.0423412	102	22	23	26
2	4048	.0442194	179	20	22	25
3	5423	.0448091	243	20	22	25
total	11880	.0441077	524	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de DIU, primer hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



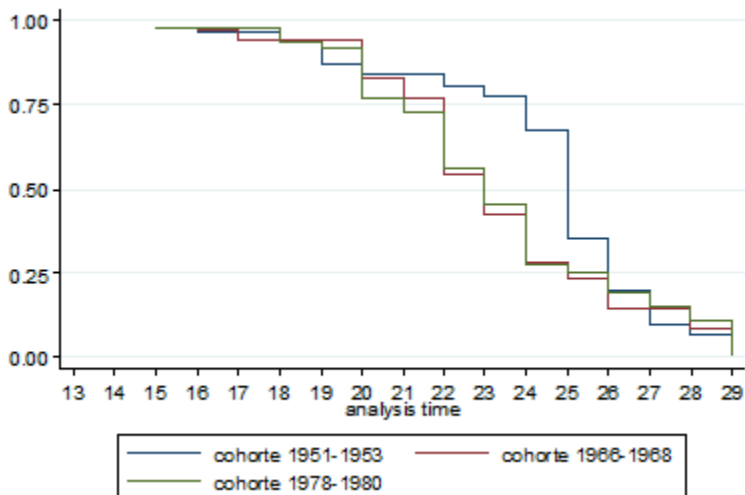
cohortes	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2351	.0425351	100	22	23	26
2	4042	.0442285	179	20	22	25
3	5380	.0447955	241	20	22	25
total	11773	.0441689	520	20	22	25

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de DIU, segundo hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.



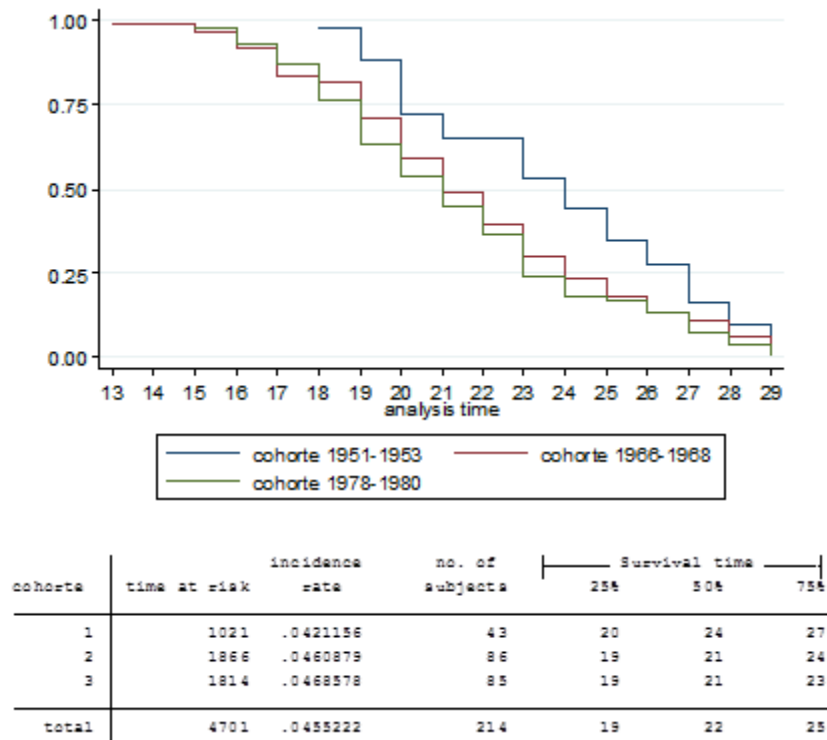
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1922	.0431842	83	22	23	25
2	2871	.045577	132	20	21	24
3	3724	.0464554	173	19	21	23
total	8517	.0455559	388	20	22	24

Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de OTB y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.

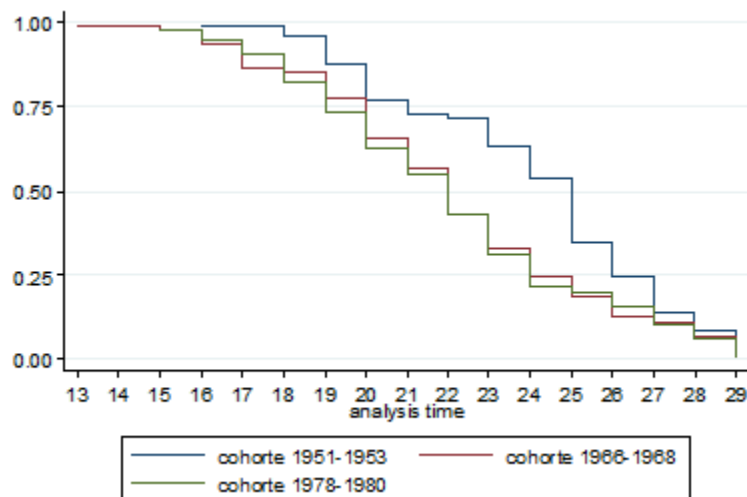


cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	756	.0410053	31	24	25	26
2	814	.0429975	35	22	23	25
3	1117	.0429722	48	21	23	26
total	2687	.0424265	114	22	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de OTB y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



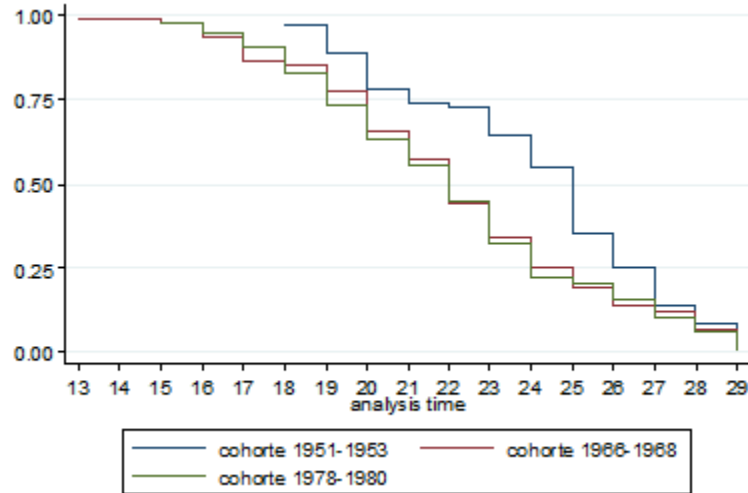
**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de OTB, primera unión y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**





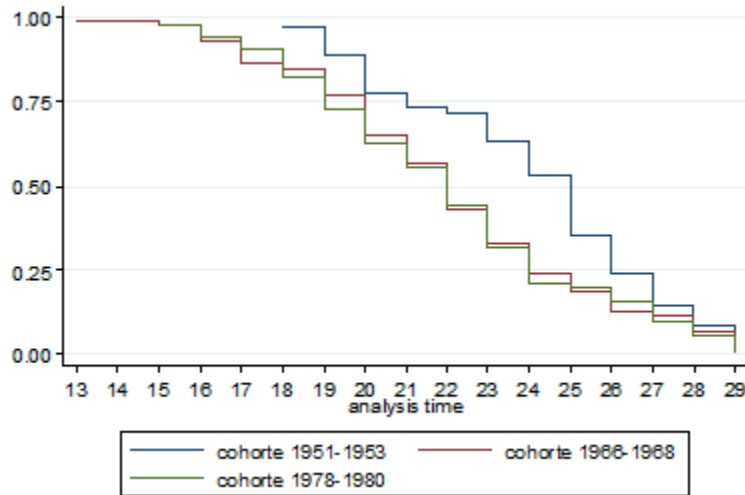
cohorta	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1777	.0416432	74	21	25	26
2	2652	.0452489	120	20	22	24
3	2887	.0453758	131	19	22	24
total	7316	.0444232	325	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de OTB, primer hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



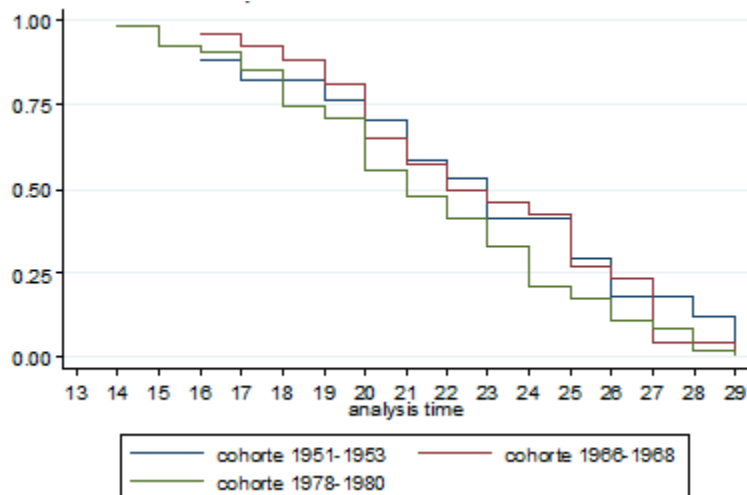
cohorta	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1761	.0414537	73	21	25	26
2	2659	.0451297	120	20	22	24
3	2851	.0452473	129	19	22	24
total	7271	.0442855	322	20	23	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de OTB, segundo hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



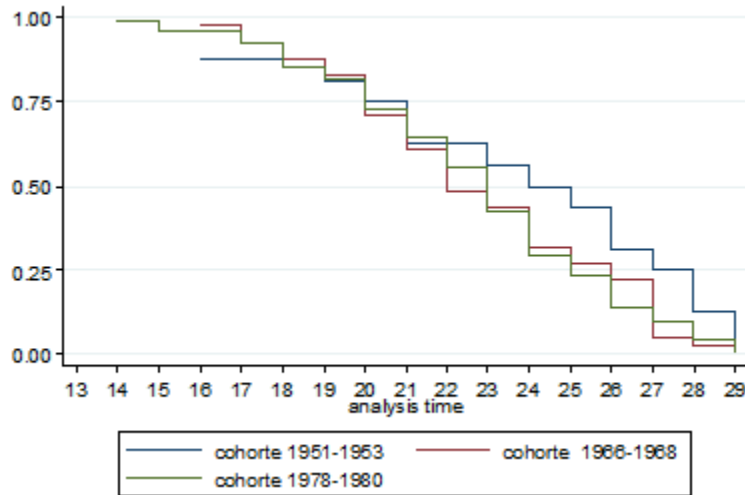
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1709	.0415448	71	21	25	26
2	2606	.0452801	118	20	22	24
3	2732	.045388	124	19	22	24
total	7047	.0444161	313	20	23	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de condón y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



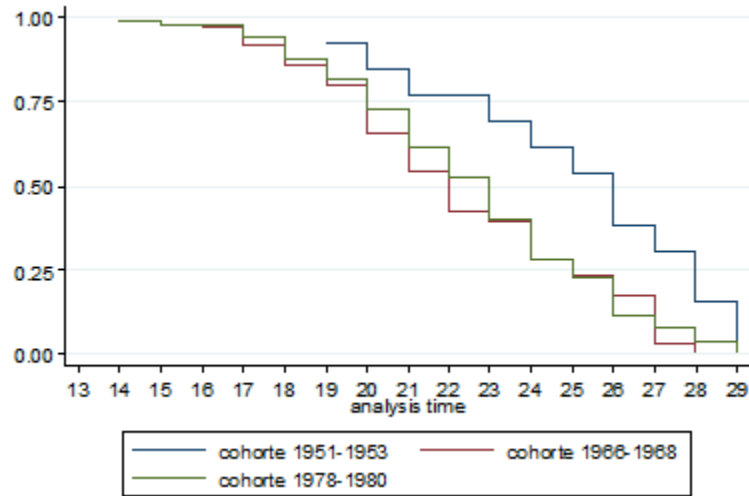
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	386	.0440415	17	20	23	26
2	592	.0439189	26	20	22	26
3	2277	.0465525	106	18	21	24
total	3255	.0457757	149	19	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de condón, primera unión y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



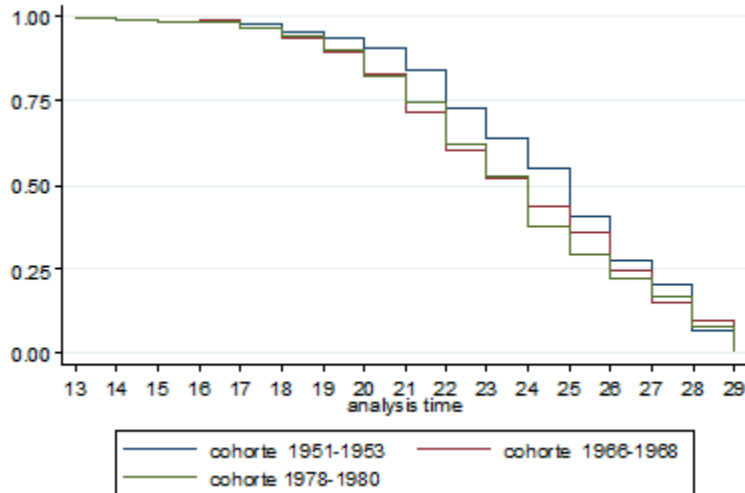
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	378	.042328	16	20	24	27
2	932	.0439914	41	20	22	26
3	2357	.0441239	104	20	23	25
total	3667	.0439051	161	20	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de condón, primer hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



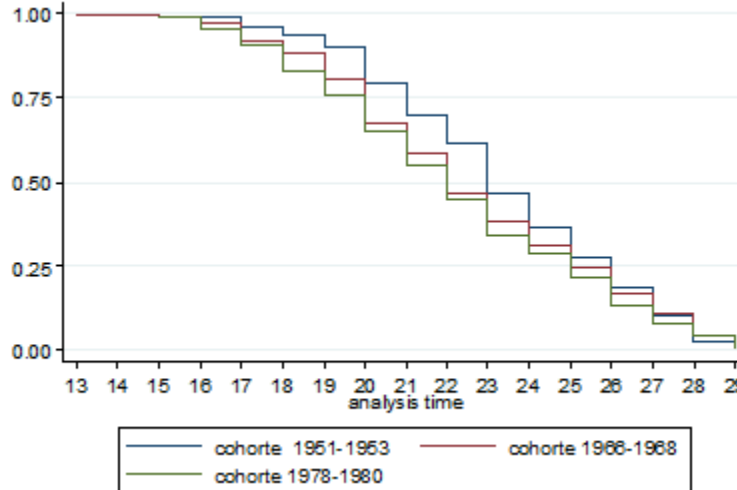
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	325	.04	13	23	26	28
2	780	.0448718	35	20	22	25
3	2011	.0442566	89	20	23	25
total	3116	.0439666	137	20	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por primera unión y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



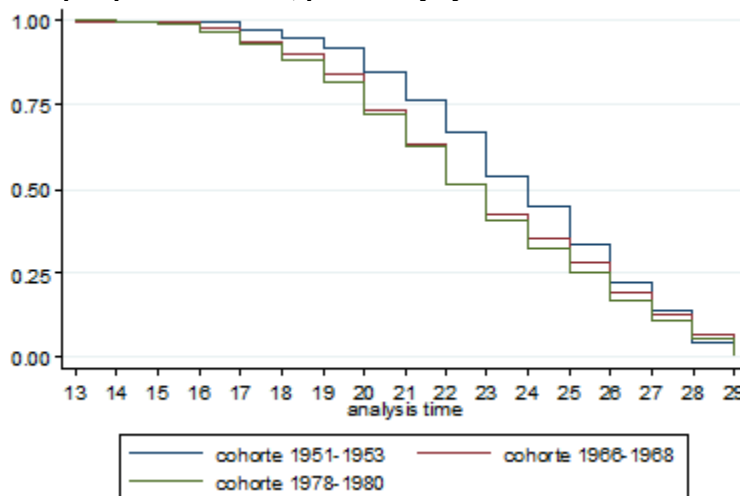
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	4403	.0408812	180	22	25	27
2	4592	.0421213	193	21	24	26
3	5758	.0423758	244	21	24	26
total	14743	.0418504	617	22	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por primera unión y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



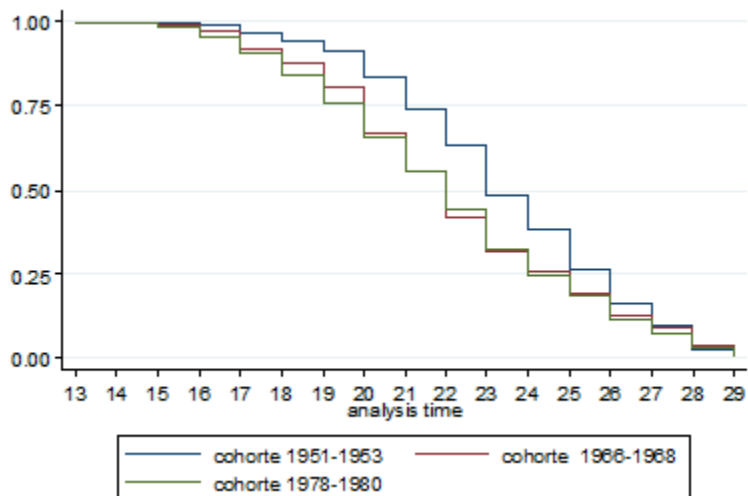
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	5241	.0429307	225	21	23	26
2	6230	.0443561	279	20	22	25
3	7120	.0450843	321	20	22	25
total	18651	.0442336	825	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por primera unión, primer hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



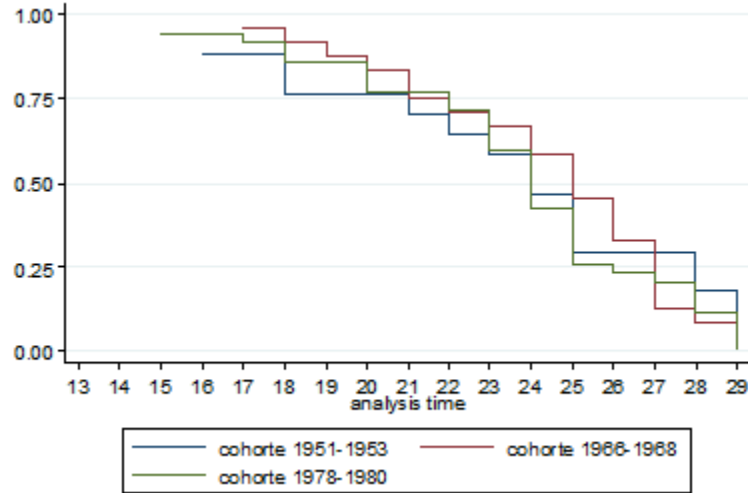
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	9244	.0419732	388	22	24	26
2	10289	.0435416	448	20	23	26
3	12052	.0439761	530	20	23	26
total	31585	.0432484	1366	21	23	26

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por primera unión, segundo hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.



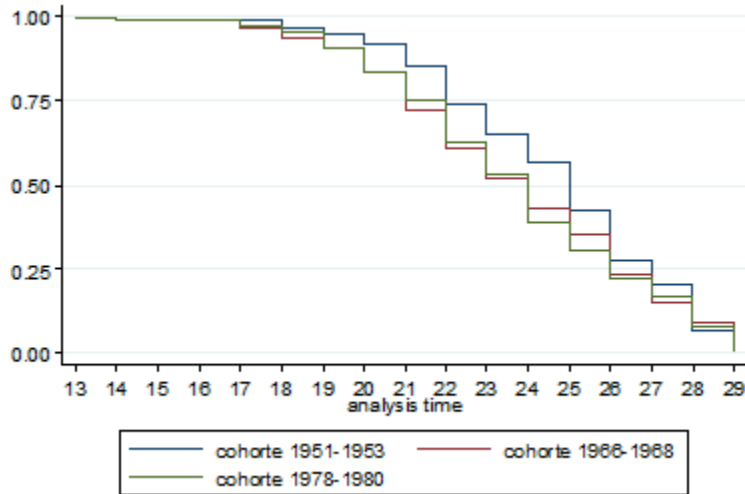
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	9321	.0419483	391	22	24	26
2	10382	.0435369	452	20	23	26
3	12138	.0439941	534	20	23	25
total	31841	.0432461	1377	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por primera unión, sin hijos y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



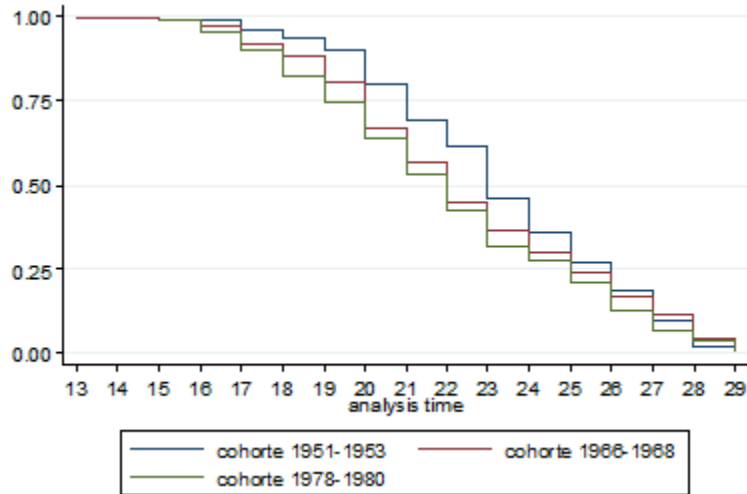
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	400	.0425	17	21	24	28
2	583	.0411664	24	21	25	27
3	826	.0423729	35	22	24	26
total	1809	.0420122	76	21	24	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por primer hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



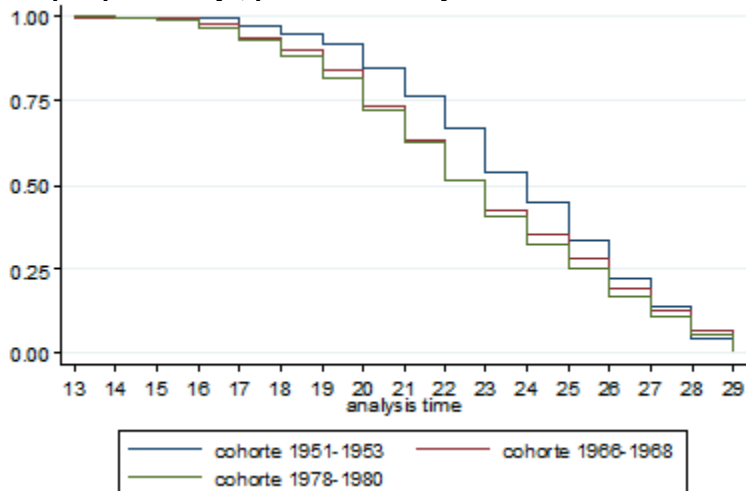
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	4132	.0406583	168	22	25	27
2	4203	.0421128	177	21	24	26
3	5332	.042198	225	22	24	26
total	13667	.0417063	570	22	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por primer hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	5189	.0428755	223	21	23	26
2	6179	.0445056	275	20	22	25
3	6806	.0454011	309	19	22	25
total	18174	.0444041	807	20	22	25

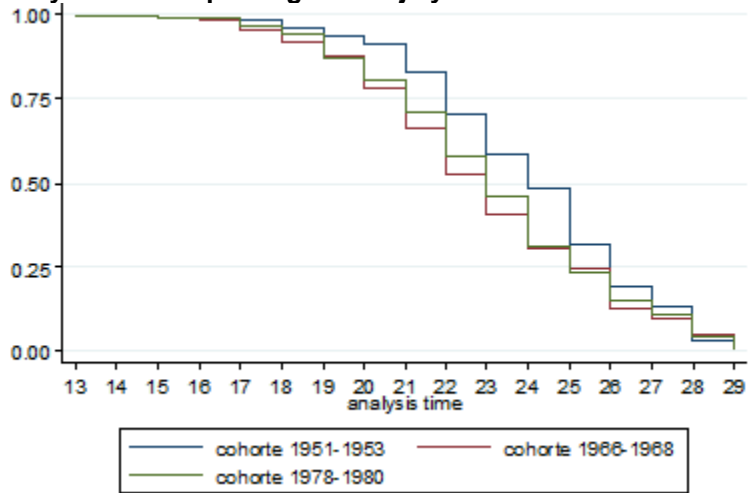
**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por primera unión y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**





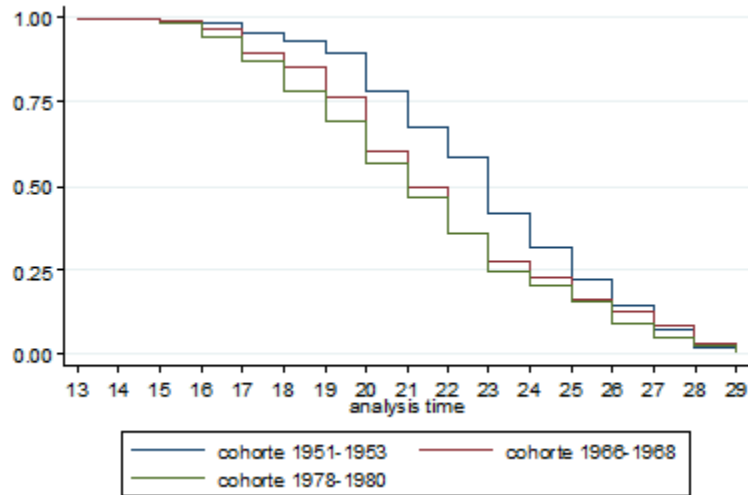
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	9244	.0419732	388	22	24	26
2	10289	.0435416	448	20	23	26
3	12052	.0439761	530	20	23	26
total	31585	.0432484	1366	21	23	26

Primer uso de métodos anticonceptivos hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por segundo hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.



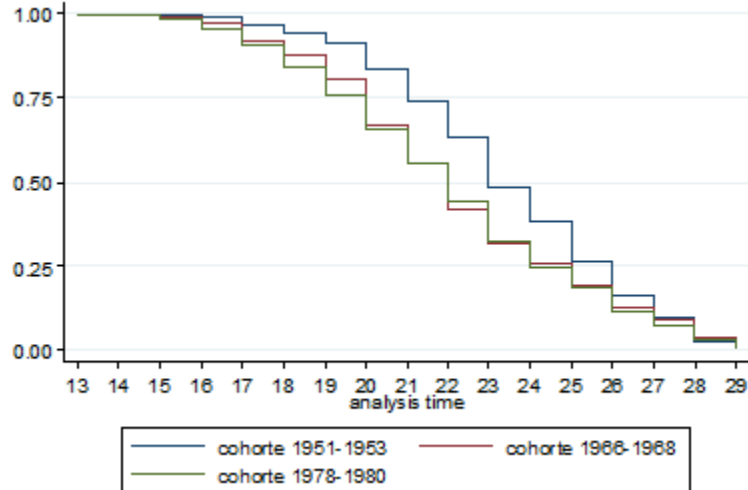
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	3081	.041545	128	22	24	26
2	2912	.0436126	127	21	23	25
3	3192	.0432331	138	21	23	25
total	9185	.0427872	393	21	23	26

Primer uso de métodos anticonceptivos mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por segundo hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.



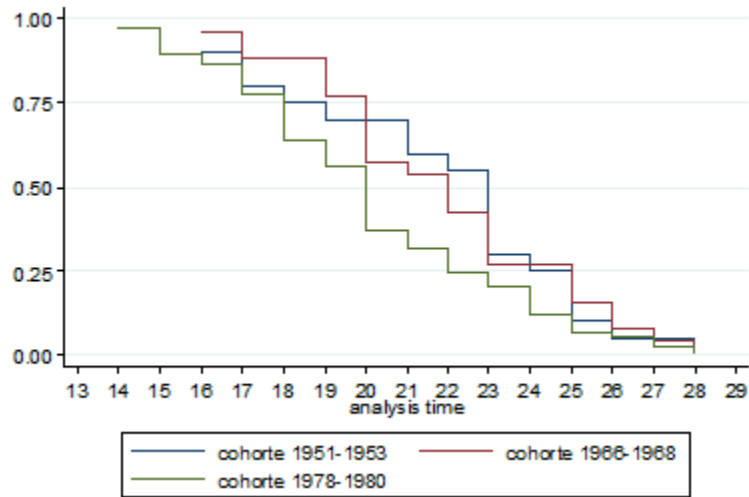
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	4459	.0435075	194	21	23	25
2	4842	.0458488	222	20	21	24
3	4905	.0466871	229	19	21	23
total	14206	.0454034	645	20	22	24

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por segundo hijo, primera unión y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



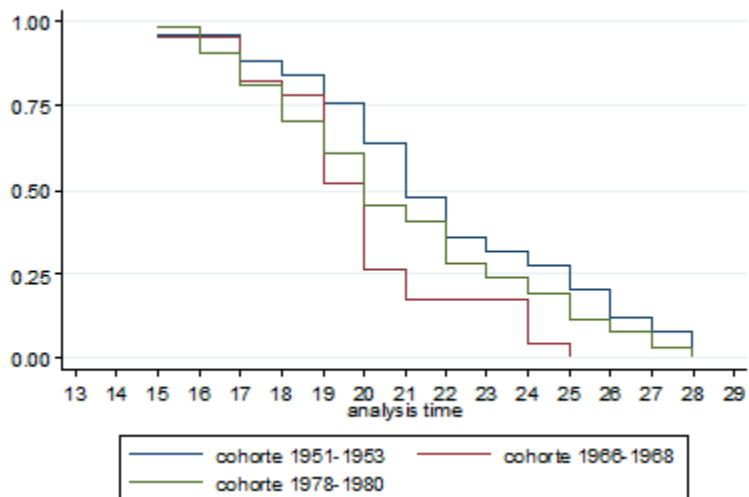
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	7519	.0426918	321	21	23	26
2	7733	.0450019	348	20	22	25
3	8073	.0453363	366	20	22	24
total	23325	.044373	1035	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes de la primera unión, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



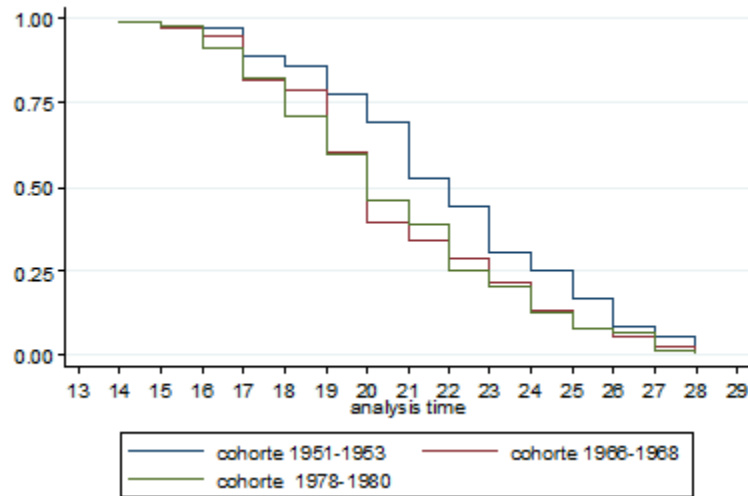
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	435	.045577	20	18	23	24
2	568	.0457746	26	20	22	25
3	1508	.0497347	75	18	20	22
total	2511	.048188	121	18	20	23

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes de la primera unión, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



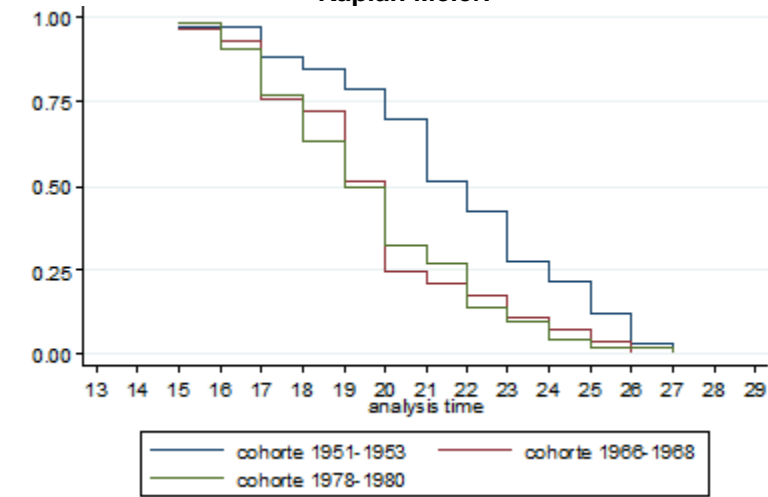
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	547	.0457038	25	20	21	25
2	457	.0503282	23	19	20	21
3	1331	.0480841	64	18	20	23
total	2335	.0479657	112	18	20	23

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes de la primera unión, por primer hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



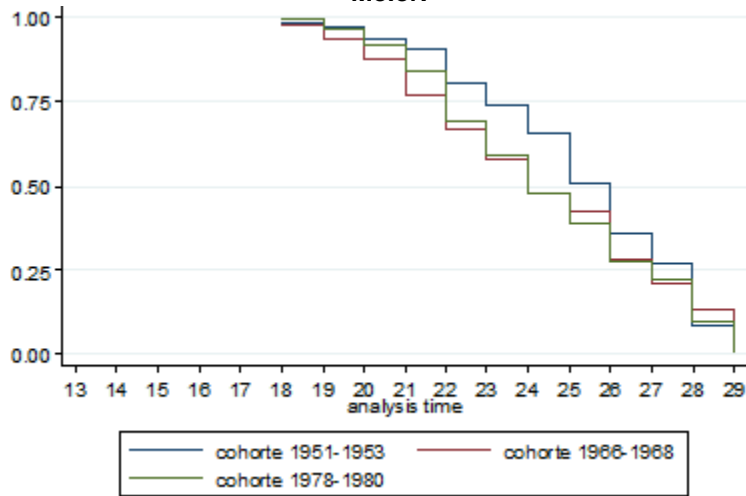
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	792	.0454545	36	20	22	24
2	785	.0484076	38	19	20	23
3	1647	.0485732	80	18	20	22
total	3224	.0477667	154	19	20	23

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes de la primera unión, por segundo hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



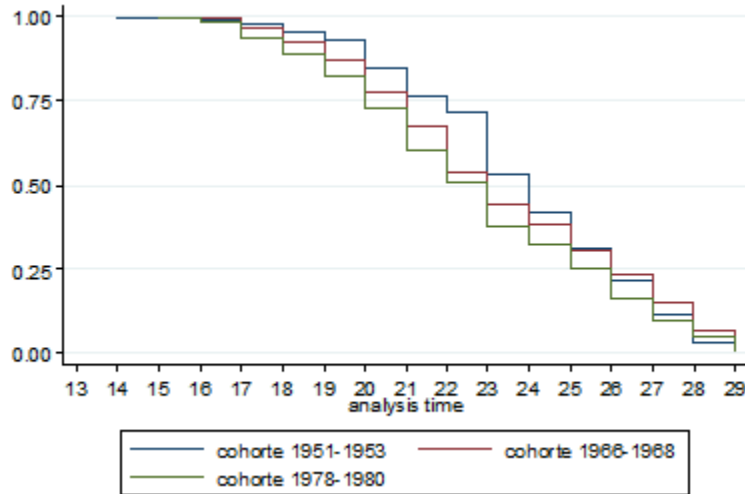
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	717	.0460251	33	20	22	24
2	572	.0506993	29	18	20	20
3	1024	.0507813	52	18	19	22
total	2313	.0492866	114	18	20	22

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



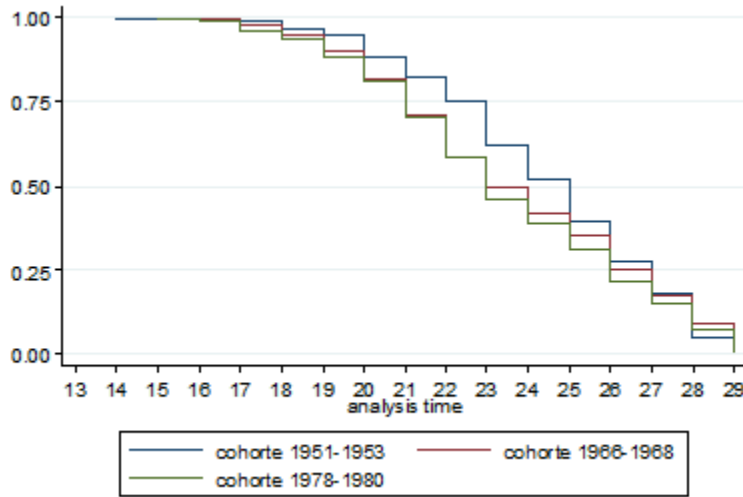
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	3228	.039653	128	23	26	28
2	2944	.0411005	121	22	24	27
3	3572	.0408735	146	22	24	27
total	9744	.0405378	395	22	25	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



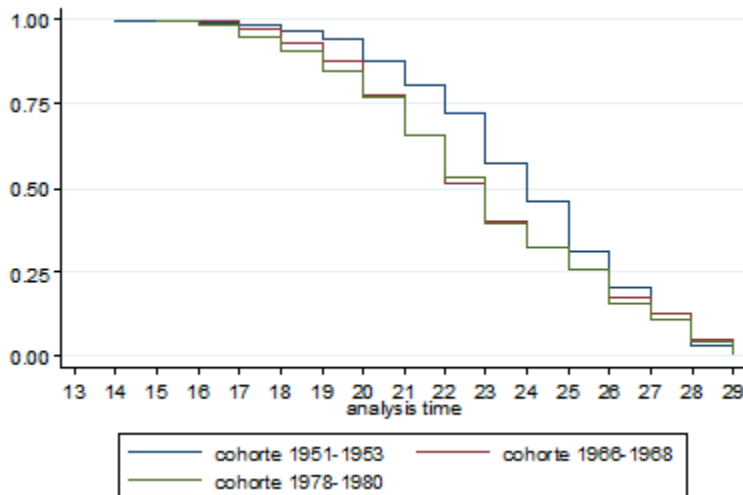
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	4019	.0420503	169	22	24	26
2	4385	.0428734	188	21	23	26
3	4522	.0440071	199	20	23	26
total	12926	.0430141	556	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión, primer hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



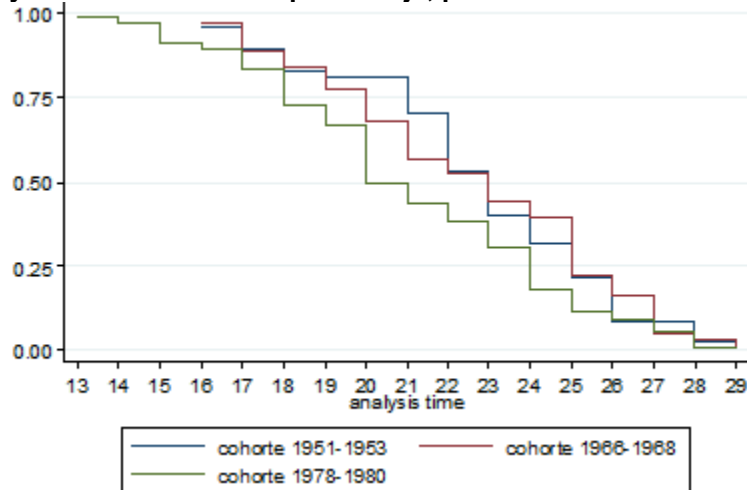
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	7218	.0410086	286	23	25	27
2	7258	.0421604	306	21	23	26
3	8069	.0426323	344	21	23	26
total	22545	.0419605	946	21	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión, por segundo hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



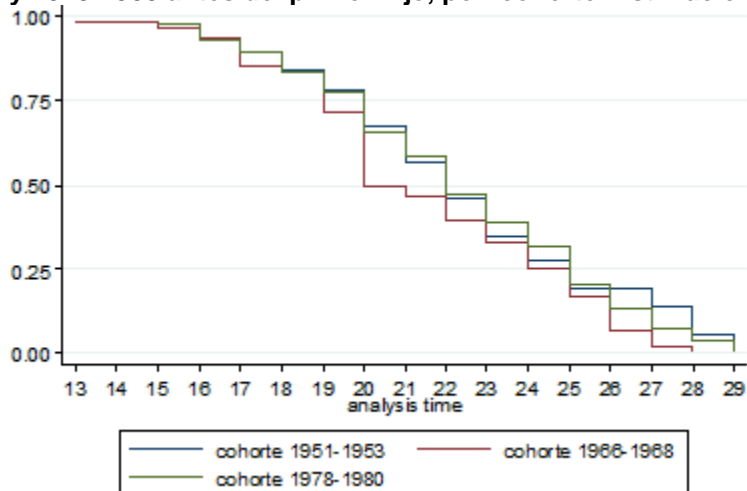
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	5995	.0417014	250	22	24	26
2	5672	.0433709	246	21	23	26
3	5707	.0436306	249	21	23	26
total	17374	.0428802	745	21	23	26

Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes del primer hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.



cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1065	.0441315	47	21	23	25
2	1421	.0443335	63	20	23	25
3	2402	.0474604	114	18	20	24
total	4888	.0458265	224	19	22	25

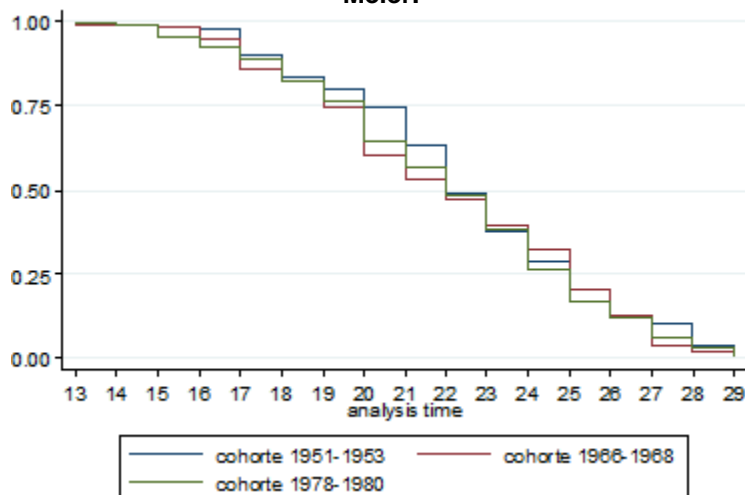
Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes del primer hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.





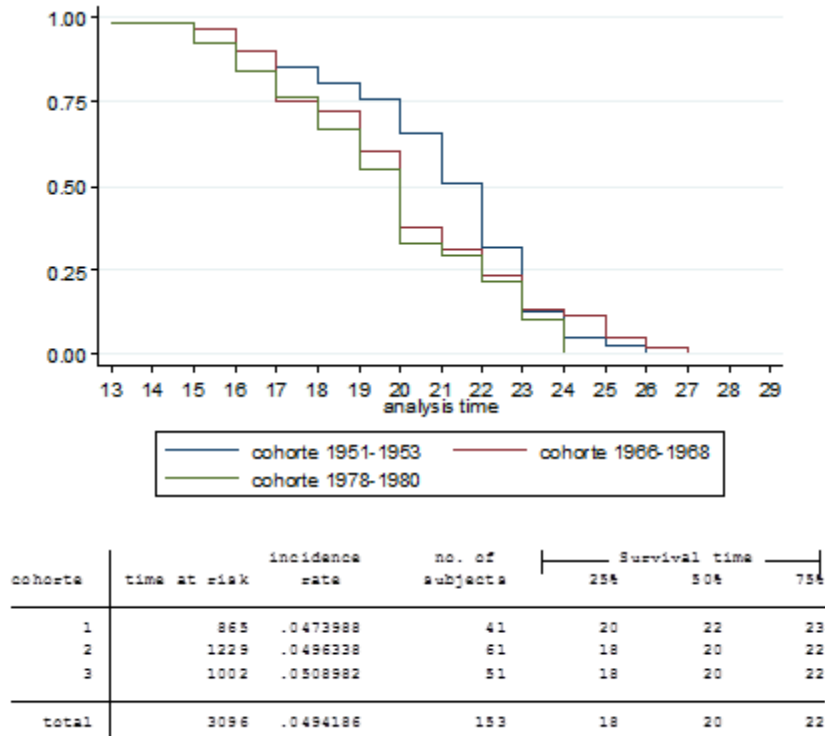
cohorta	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	828	.0446321	37	20	22	25
2	1288	.0465839	60	19	20	24
3	1871	.0448998	84	20	22	25
total	3988	.0453862	181	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes del primer hijo, por primera unión y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

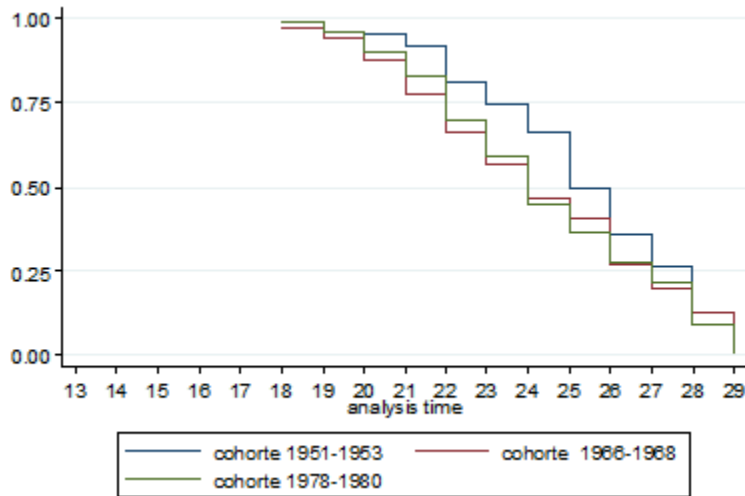


cohorta	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1779	.044407	79	20	22	25
2	2514	.0453461	114	19	22	25
3	3197	.045355	145	20	22	25
total	7490	.0451268	338	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes del primer hijo, por segundo hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

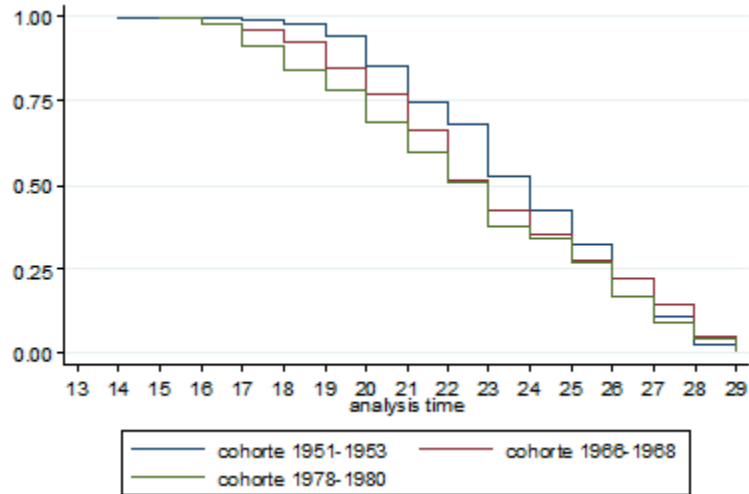


**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



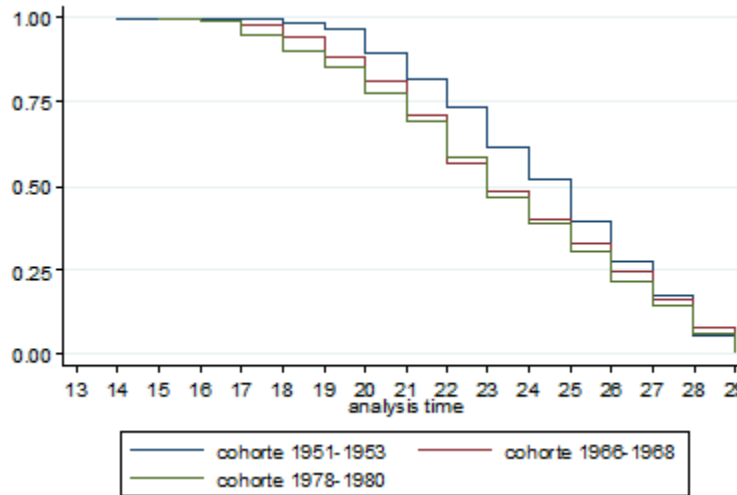
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2784	.0395115	110	23	25	28
2	2377	.0412284	98	22	24	27
3	2873	.041036	122	22	24	27
total	8134	.0405704	330	22	25	27

Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.



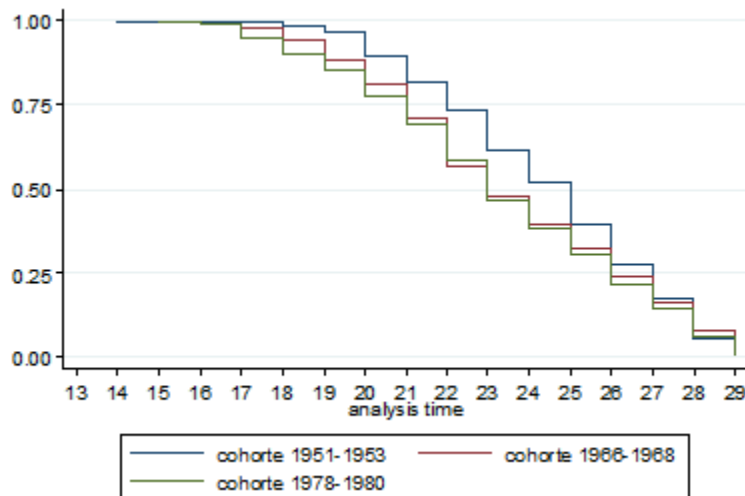
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	3711	.0420372	156	21	24	26
2	3658	.043193	158	21	23	26
3	3906	.0442908	173	20	23	26
total	11275	.0431929	487	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer hijo, por primera unión y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



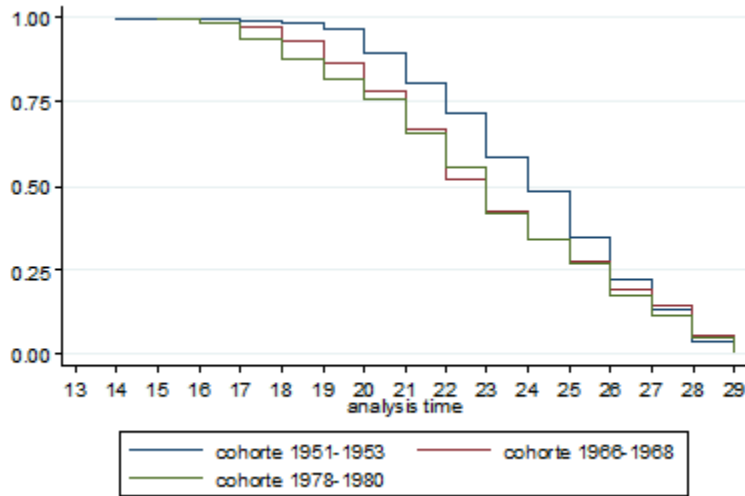
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	6446	.0409556	264	22	25	27
2	5991	.0423969	254	21	23	26
3	6834	.0428739	293	21	23	26
total	19271	.042084	811	21	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer hijo, por primer hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



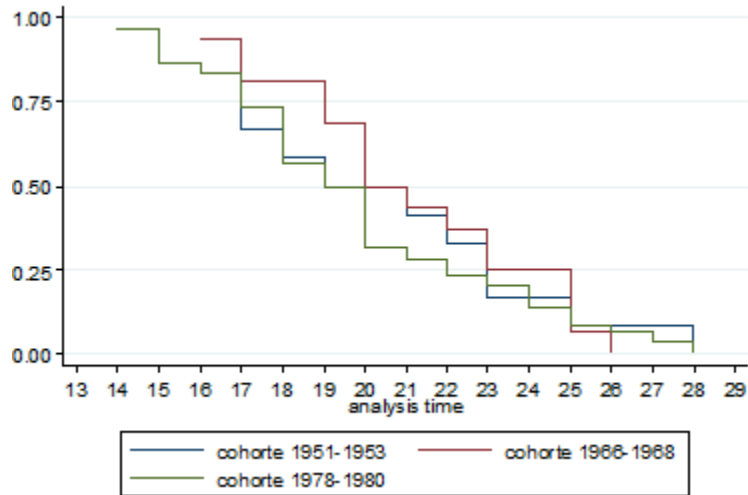
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	6495	.0409546	266	22	25	27
2	6035	.0424192	256	21	23	26
3	6879	.0428841	295	21	23	26
total	19409	.0420939	817	21	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer hijo, por segundo hijo cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



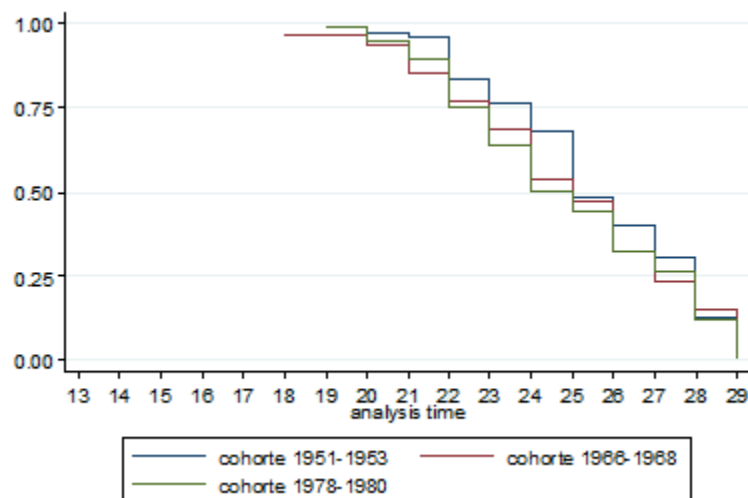
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	5675	.0414097	235	22	24	26
2	5051	.0431598	218	21	23	26
3	5462	.0435738	238	21	23	26
total	16188	.0426859	691	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes del primer hijo y la primera unión, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



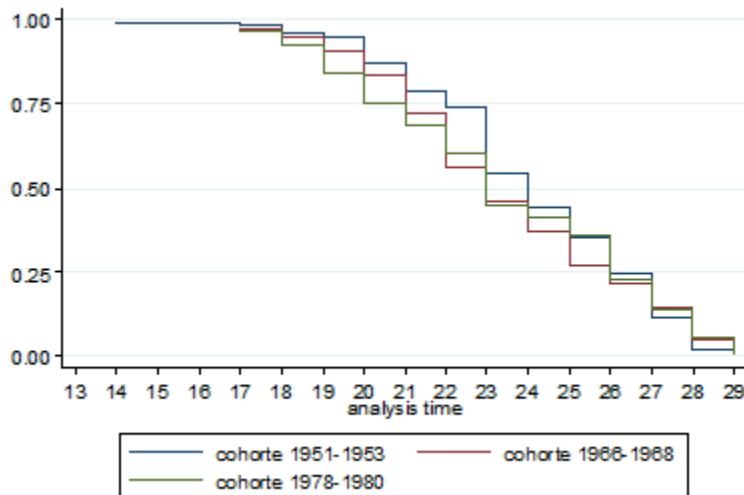
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	245	.0489796	12	17	19	23
2	338	.0473373	16	19	20	25
3	1189	.0504626	60	17	19	22
total	1772	.0496614	88	17	20	23

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y del primer hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



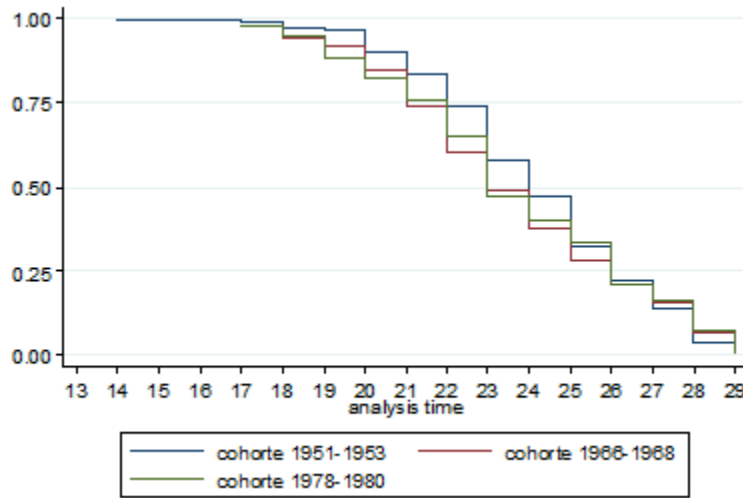
cohorta	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1838	.039173	72	24	25	28
2	1519	.040158	61	23	25	27
3	1915	.0402089	77	23	25	28
total	5272	.0398331	210	23	25	28

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y del primer hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



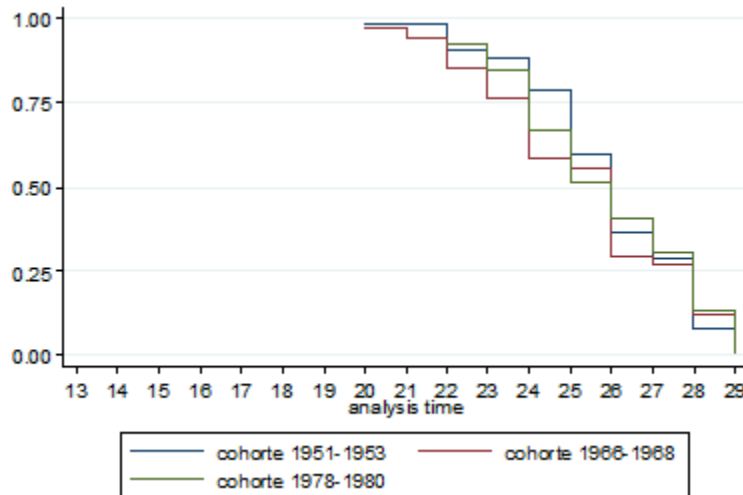
cohorta	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2373	.0417193	99	22	24	26
2	2532	.042654	108	21	23	26
3	2084	.0427063	89	21	23	26
total	6989	.0423523	296	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y del primer hijo, por segundo hijo cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	3550	.0414085	147	22	24	26
2	3352	.0423628	142	21	23	26
3	3103	.0422172	131	22	23	26
total	10005	.041979	420	22	24	26

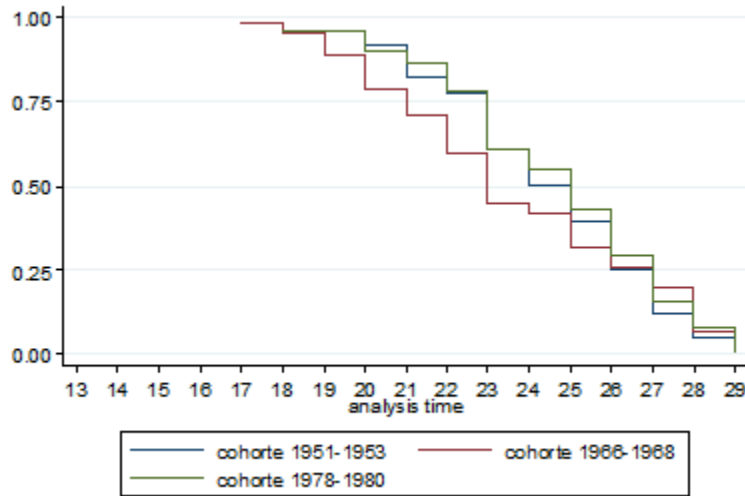
**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes del segundo hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**





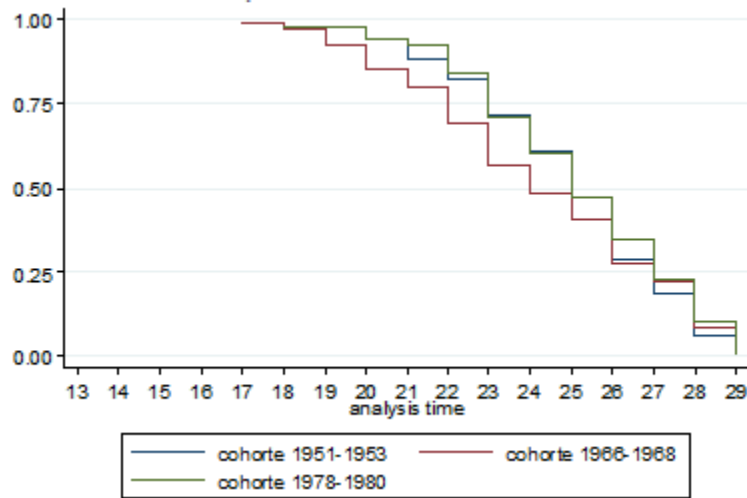
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2904	.042011	122	22	24	26
2	3663	.042861	157	21	23	26
3	5238	.0446735	234	20	22	25
total	11805	.0434562	513	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes del segundo hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



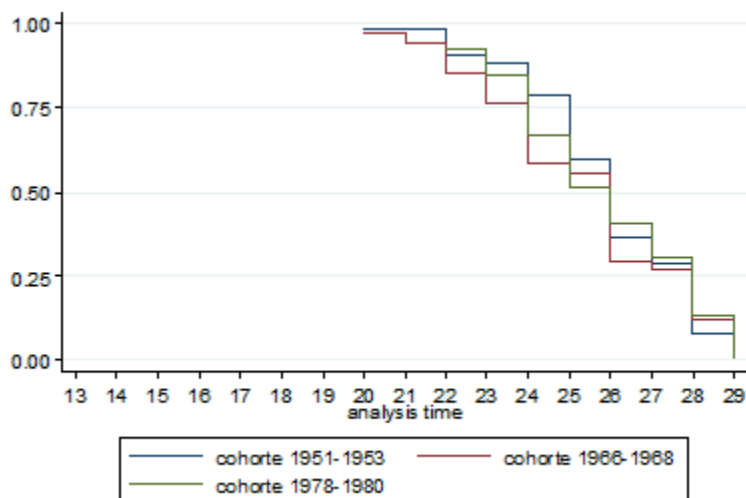
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2831	.0445072	126	20	22	25
2	4234	.0456451	196	20	21	25
3	5421	.046117	250	19	21	24
total	12546	.0455922	572	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes del segundo hijo, por primera unión y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



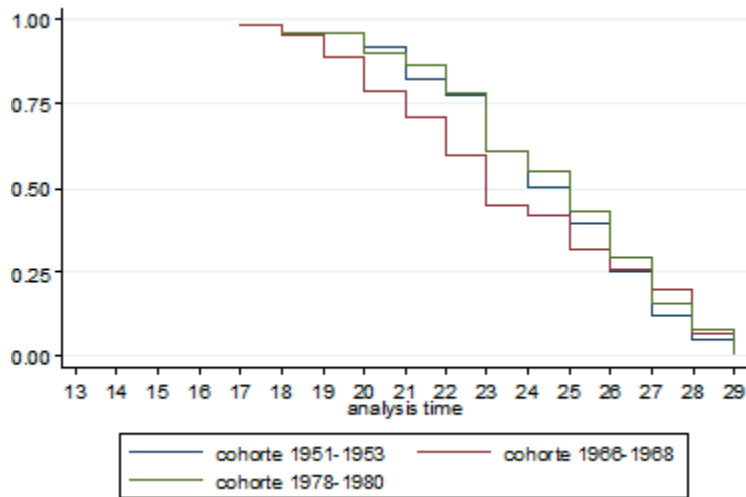
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	5543	.0432979	240	21	23	26
2	7711	.0443522	342	20	22	25
3	9562	.0449697	430	20	22	25
total	22816	.0443548	1012	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos de los hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del segundo hijo por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



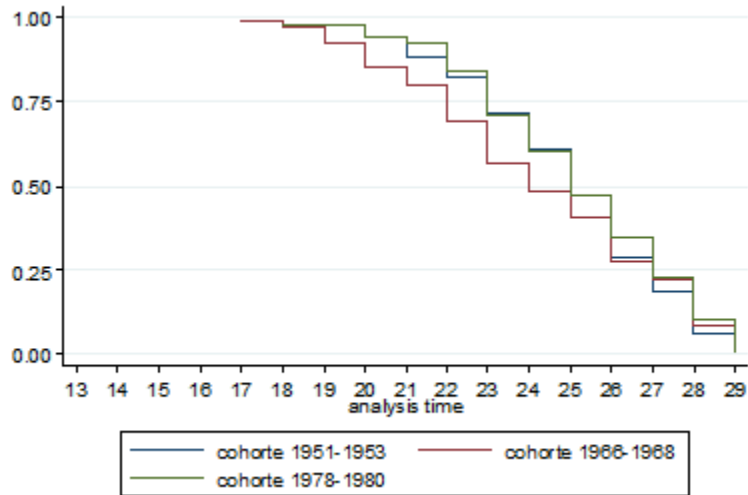
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1345	.0386617	52	25	26	28
2	862	.0394432	34	24	26	28
3	1006	.0387674	39	24	26	28
total	3213	.0389045	125	24	26	28

**Primer uso de métodos anticonceptivos de las mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del segundo hijo por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



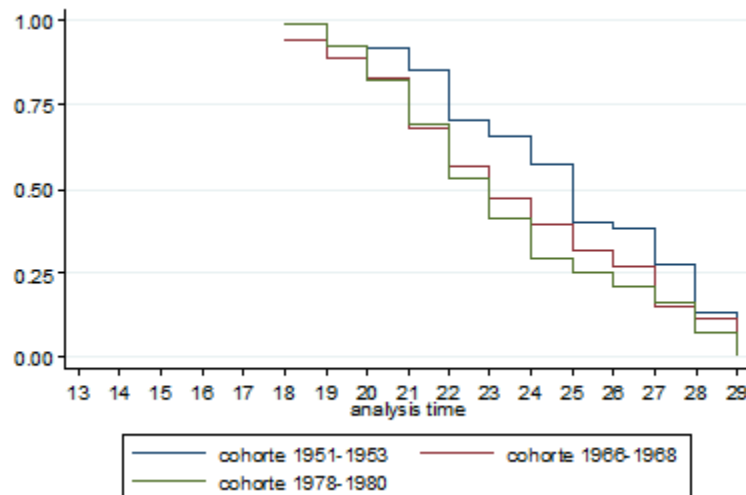
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2078	.0409047	85	23	25	26
2	1465	.0423208	62	21	23	27
3	1254	.0406699	51	23	25	27
total	4797	.0412758	198	22	24	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del segundo hijo por primera unión y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



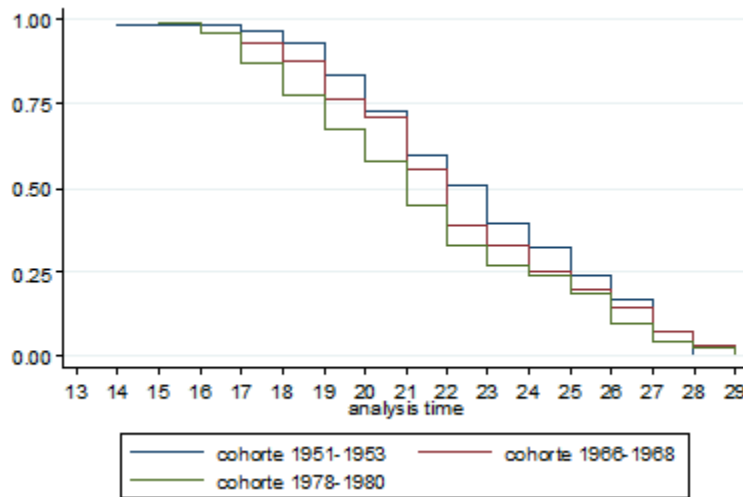
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	3423	.0400234	137	23	25	27
2	2306	.0411969	95	22	24	27
3	2236	.0398032	89	23	25	27
total	7965	.0403013	321	23	25	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos de los hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer y antes del segundo hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



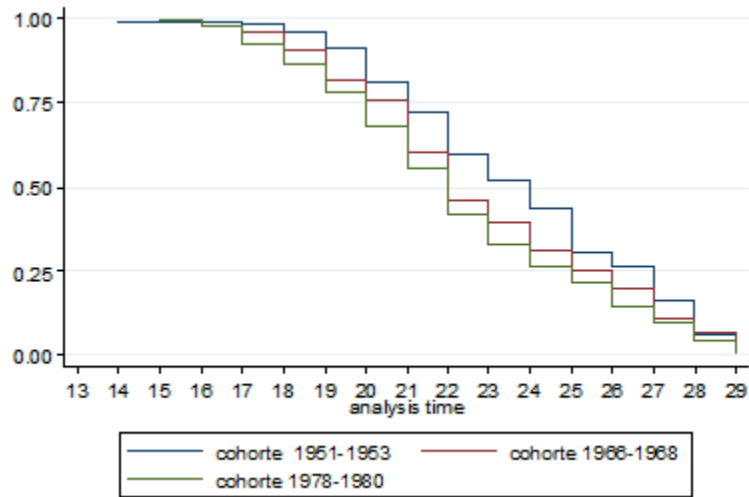
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1170	.0401709	47	22	25	28
2	1252	.0423323	53	21	23	27
3	1588	.0428212	68	21	23	25
total	4010	.0418953	168	21	23	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos de las mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer y antes del segundo hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



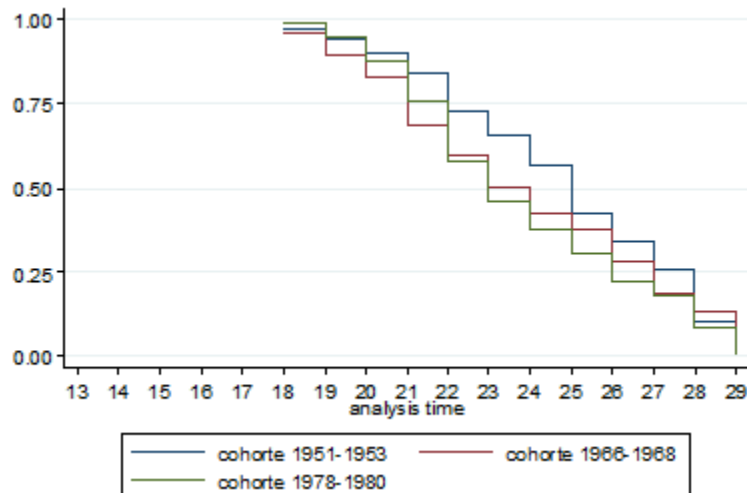
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1249	.0440352	55	20	23	25
2	1601	.0449719	72	20	22	24
3	1998	.0465465	93	19	21	24
total	4848	.0453795	220	19	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer y antes del segundo hijo, por primera unión y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



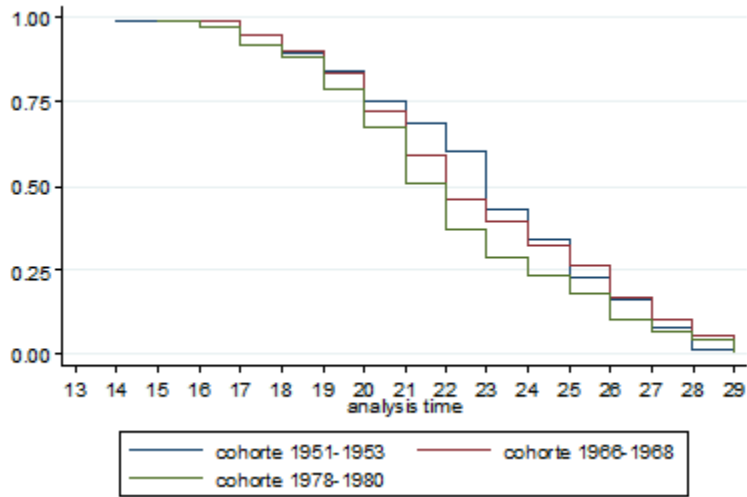
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2370	.0421941	100	21	24	27
2	2830	.0438163	124	21	22	25
3	3565	.0448808	160	20	22	25
total	8765	.0438106	384	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y antes del segundo hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



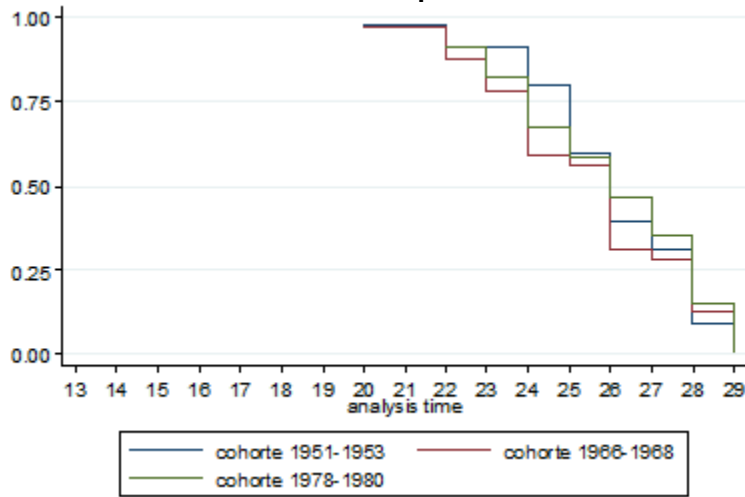
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1732	.0404157	70	22	25	28
2	1839	.0418706	77	21	24	27
3	2259	.042054	95	22	23	26
total	5830	.0415094	242	22	24	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y antes del segundo hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



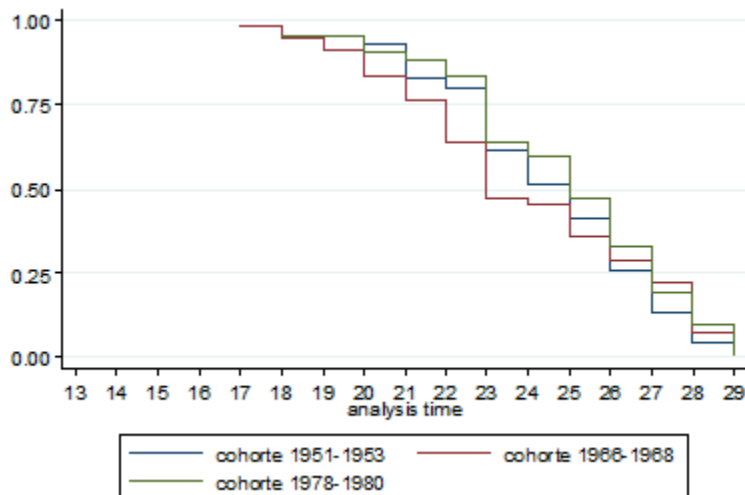
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1742	.043628	76	20	23	25
2	2457	.043956	108	20	22	26
3	2773	.0454382	126	20	22	24
total	6972	.0444636	310	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y del segundo hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**



cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1169	.0384944	45	25	26	28
2	815	.0392638	32	24	26	28
3	883	.0385051	34	24	26	28
total	2867	.0387164	111	24	26	28

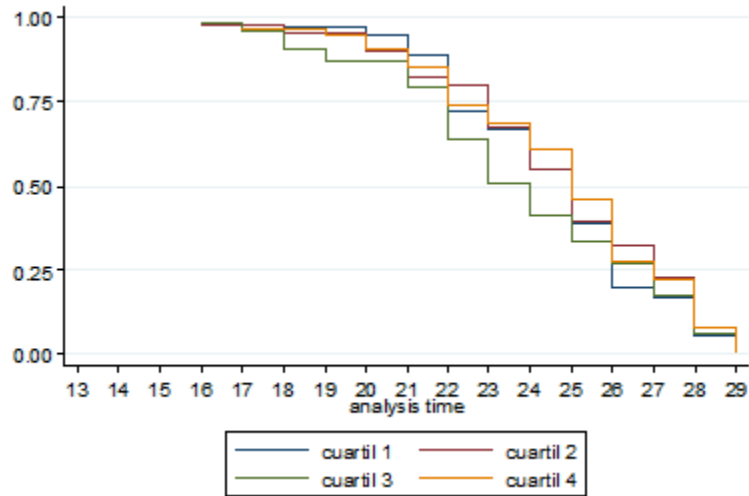
**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y del segundo hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**





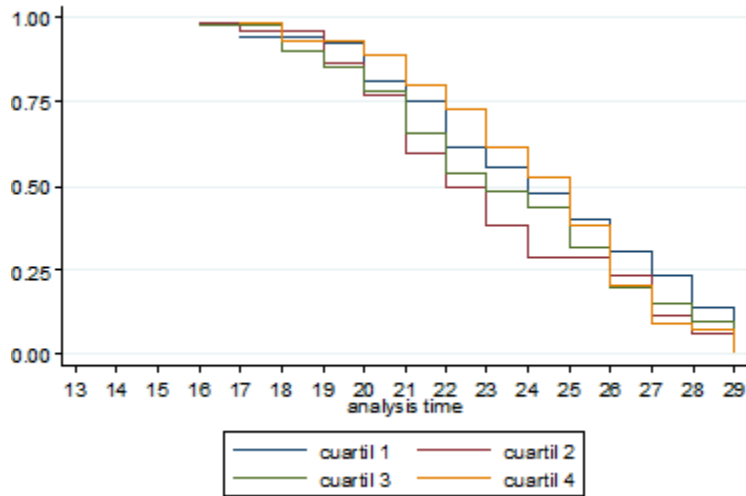
cohorte	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1717	.0407688	70	23	25	27
2	1317	.0417616	55	22	23	27
3	1044	.0402299	42	23	25	27
total	4078	.0409514	167	23	25	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



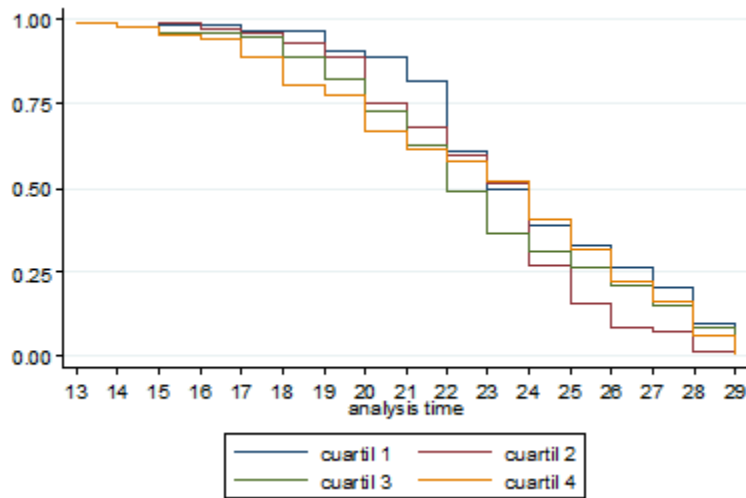
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	885	.040678	36	22	25	26
2	885	.0406091	40	23	25	27
3	1260	.0420625	53	22	24	27
4	1334	.0404798	54	22	25	27
total	4464	.0409946	183	22	25	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



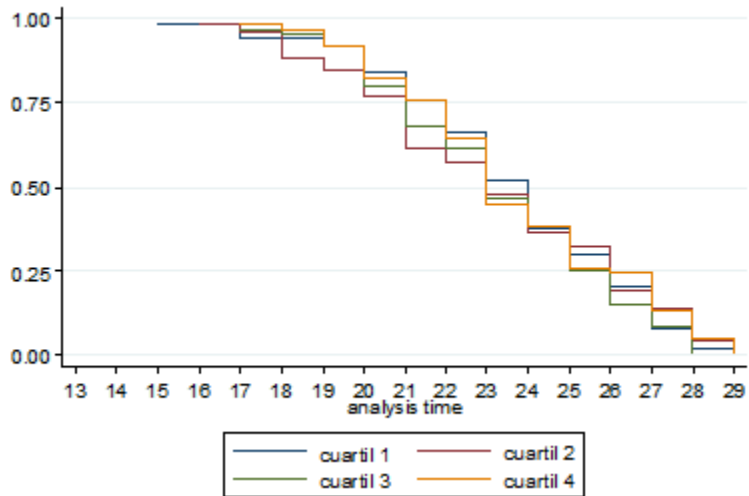
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1253	.0418004	52	21	24	27
2	1196	.0434783	52	21	22	26
3	958	.0427875	41	21	23	26
4	1328	.0414157	55	22	25	26
total	4735	.0422386	200	21	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



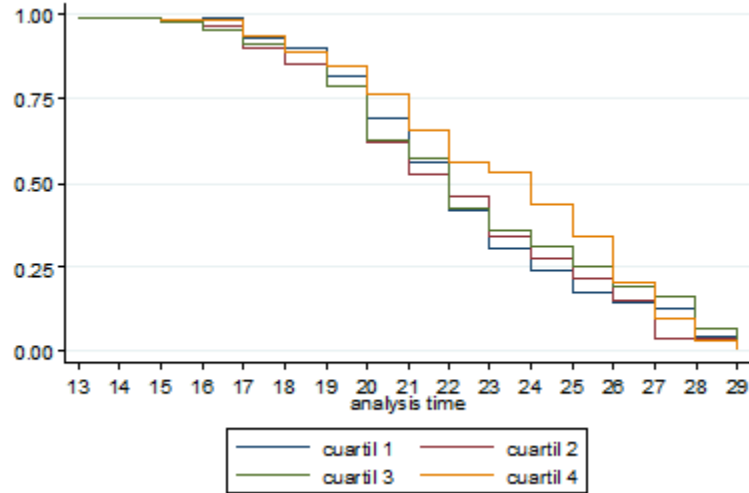
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1290	.0418605	54	22	23	27
2	1646	.0437424	72	20	24	25
3	1665	.0438438	73	20	22	26
4	1853	.0437129	81	20	24	26
total	6454	.0433839	280	20	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



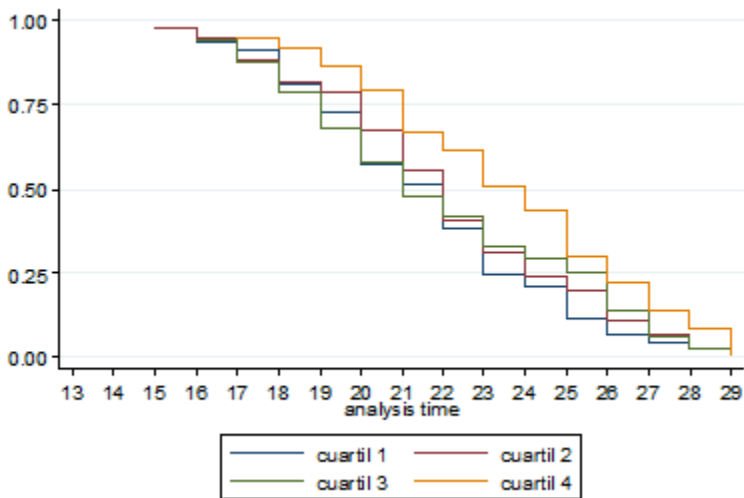
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1176	.042517	50	22	24	26
2	1205	.0431535	52	21	23	26
3	1396	.0429799	60	21	23	25
4	1464	.0423497	62	22	23	26
total	5241	.0427399	224	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



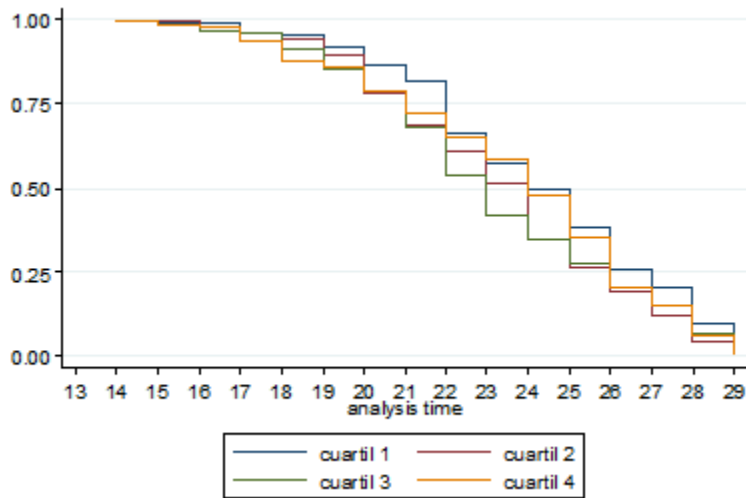
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1586	.0447667	71	20	22	24
2	1352	.0451183	61	20	22	25
3	1796	.0445434	80	20	22	25
4	1489	.0428819	64	21	24	26
total	6223	.0443516	276	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



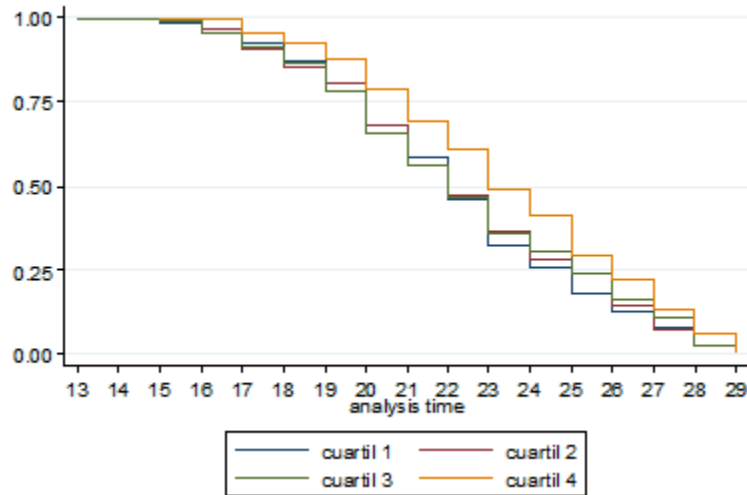
Cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1679	.0464562	78	19	22	23
2	2045	.0454768	93	20	22	24
3	1771	.0457369	81	19	21	23
4	1715	.0425656	73	21	24	26
total	7210	.0450763	325	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos en los hombres hasta los 29 años de las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos modernos y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



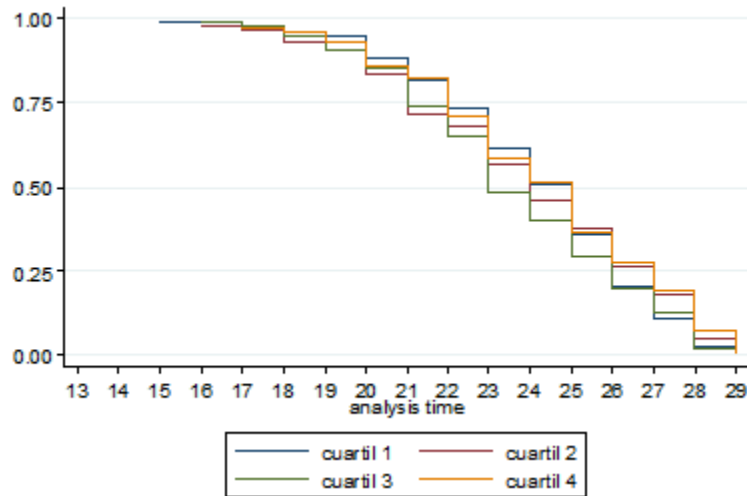
Cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	7206	.043436	313	21	23	26
2	7905	.0438963	347	20	23	25
3	7969	.0440457	351	20	22	26
4	8279	.0425172	352	21	24	26
total	31359	.0434644	1363	20	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años de las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos modernos y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



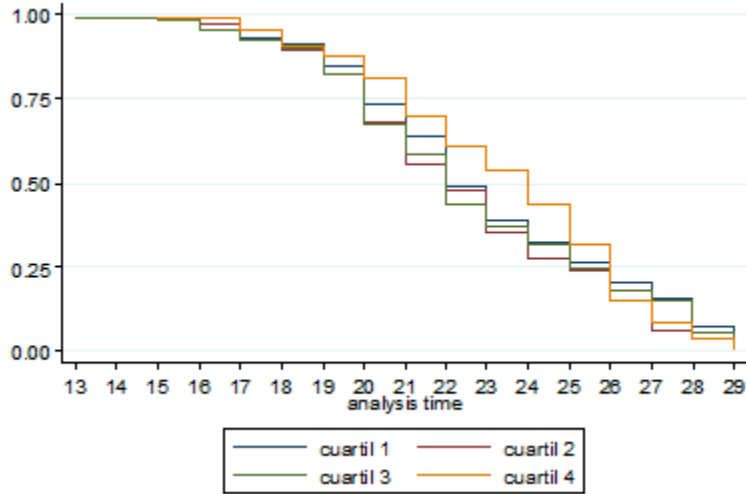
cuartil	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	4185	.0449223	188	20	22	25
2	4338	.0447211	194	20	22	25
3	4543	.0446941	203	20	22	25
4	4360	.0426606	186	21	23	26
total	17426	.0442442	771	20	23	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, por utilización de métodos modernos y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



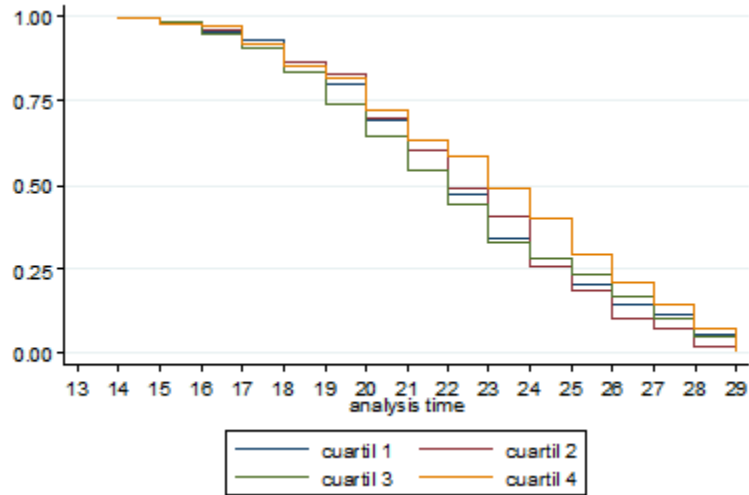
Cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1807	.0415053	75	22	25	26
2	2008	.0418327	84	21	24	27
3	2289	.0423766	97	21	23	26
4	2450	.0412245	101	22	25	27
total	8554	.0417349	357	22	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, por utilización de métodos modernos y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



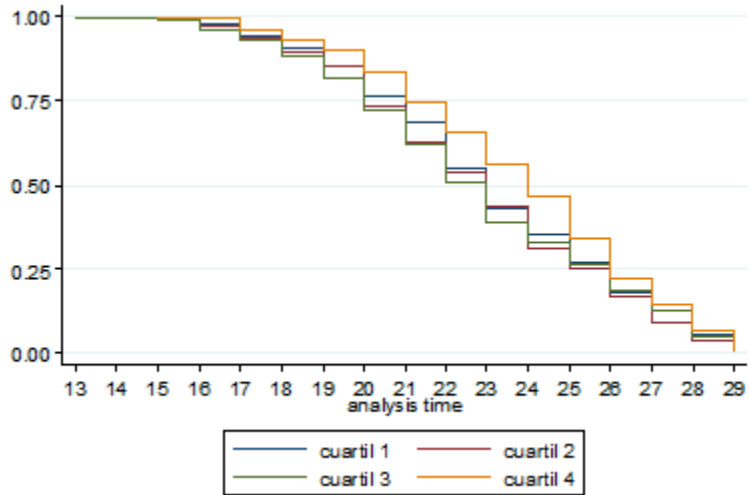
Cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2524	.0435816	110	20	22	26
2	2382	.0445004	106	20	22	25
3	2416	.0442881	107	20	22	25
4	2505	.0427146	107	21	24	26
total	9827	.043757	430	20	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, por utilización de métodos modernos y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2875	.0445217	128	20	22	25
2	3515	.0446657	157	20	22	25
3	3264	.0450368	147	19	22	25
4	3324	.0433213	144	20	23	26
total	12978	.0443828	576	20	22	25

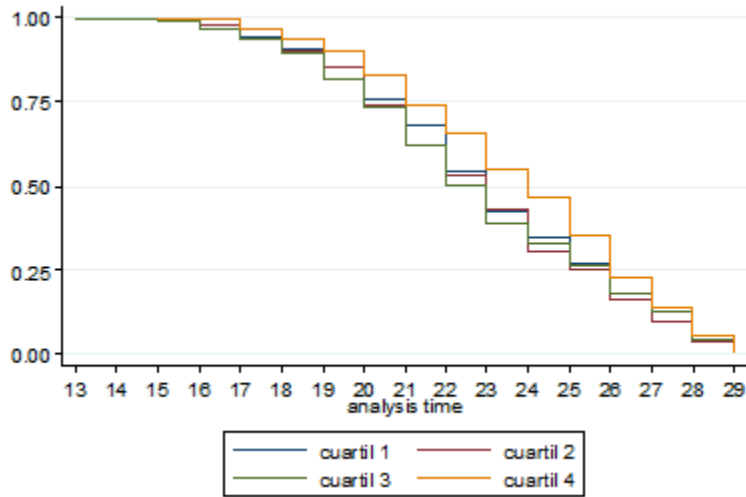
**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos modernos, primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**





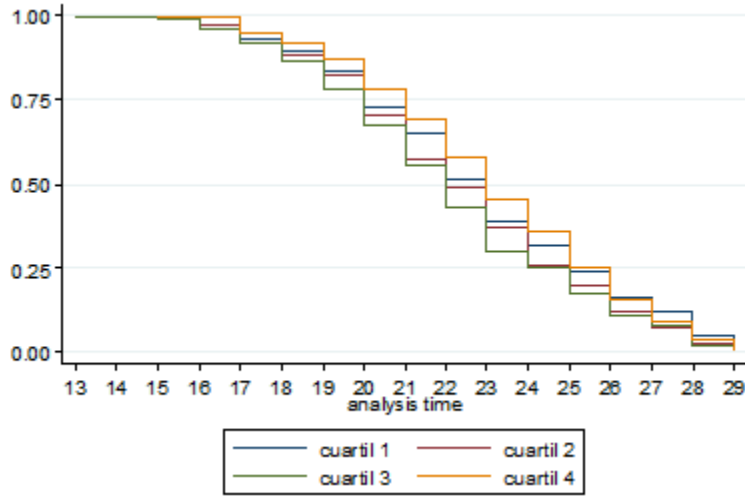
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	7063	.0433244	306	21	23	26
2	7743	.0437815	339	20	23	26
3	7486	.0439487	329	20	23	26
4	7523	.0420045	316	21	24	26
total	29815	.0432668	1290	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos modernos, primer hijo y origen social.  
Estimaciones Kaplan Meier.**



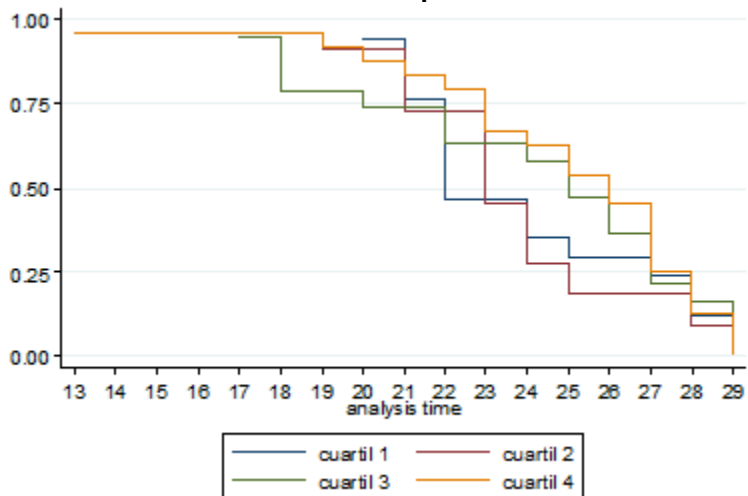
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	6958	.0434033	302	21	23	26
2	7584	.0437764	332	20	23	25
3	7295	.0438657	320	20	23	26
4	6931	.0420143	287	21	24	26
total	28668	.0432887	1241	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos modernos, segundo hijo y origen social.  
Estimaciones Kaplan Meier.**



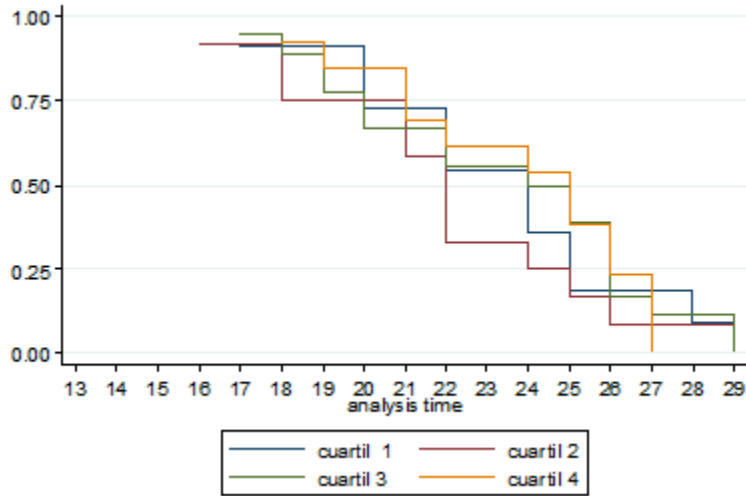
Cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	5902	.0438834	259	20	23	25
2	5910	.0446701	264	20	22	25
3	5903	.0452574	240	20	22	24
4	4509	.0432468	195	21	23	26
total	21624	.0443026	958	20	23	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos tradicionales, y origen social.  
Estimaciones Kaplan Meier.**



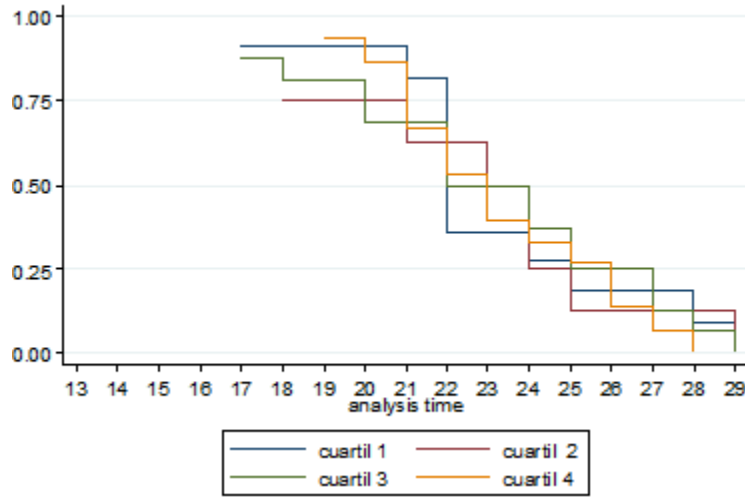
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	407	.041769	17	22	22	27
2	260	.0423077	11	21	23	25
3	457	.0415755	19	20	25	27
4	596	.0402685	24	23	26	27
total	1720	.0412791	71	22	24	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos tradicionales, y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



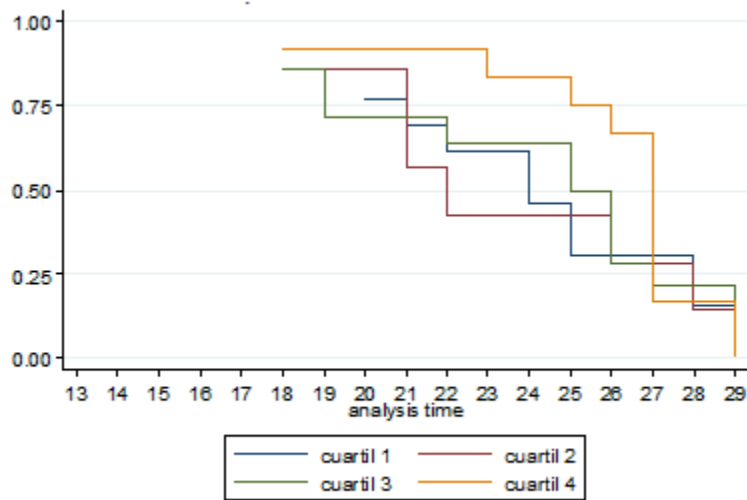
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	256	.0429688	11	20	24	25
2	264	.0454545	12	18	22	24
3	420	.0428571	18	20	24	26
4	308	.0422078	13	21	25	26
total	1248	.0432692	54	20	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953 por utilización de métodos tradicionales, y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



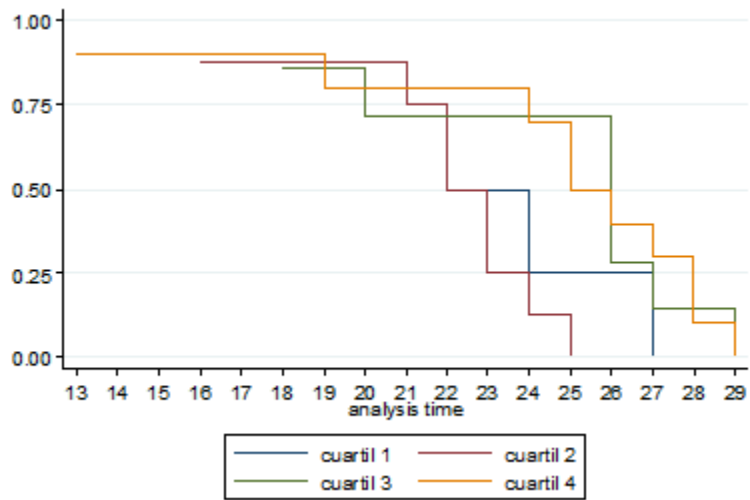
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	254	.0433071	11	22	22	25
2	182	.043956	8	18	23	24
3	367	.0435567	16	20	22	27
4	348	.0431034	15	21	23	26
total	1151	.0434405	50	21	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, por utilización de métodos tradicionales, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



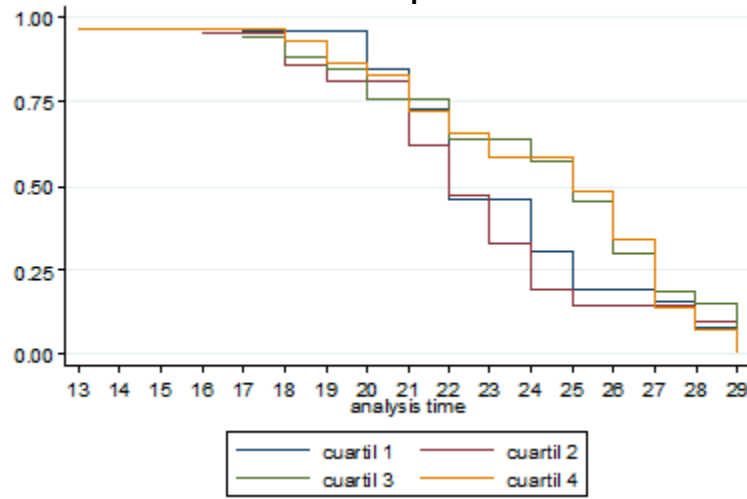
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	315	.0412698	13	21	24	28
2	166	.0421687	7	21	22	28
3	338	.0414201	14	19	25	27
4	312	.0384615	12	25	27	27
total	1131	.040672	46	21	25	27

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, por utilización de métodos tradicionales, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.



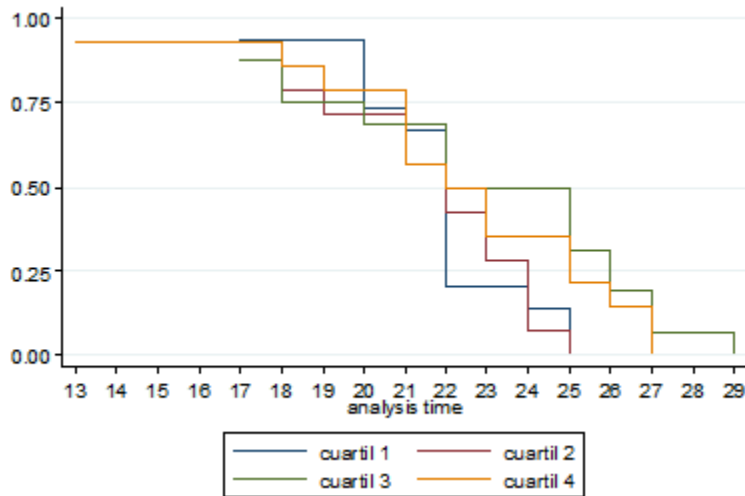
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	94	.0425532	4	21	22	24
2	176	.0454545	8	21	22	23
3	172	.0406977	7	20	26	27
4	244	.0409836	10	24	25	28
total	686	.0422741	29	22	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos tradicionales, primer hijo y origen social.  
Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	606	.0429043	26	21	22	25
2	473	.0443975	21	21	22	24
3	796	.0414573	33	22	25	27
4	697	.0416069	29	21	25	27
total	2572	.0423795	109	21	24	27

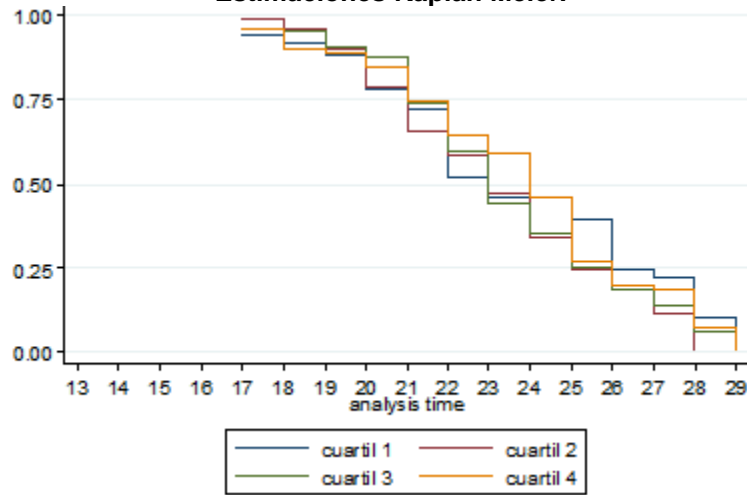
**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos tradicionales, segundo hijo y origen social.  
Estimaciones Kaplan Meier.**



Cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	326	.0460123	15	20	22	22
2	300	.0466667	14	19	22	24
3	366	.0437158	16	18	22	26
4	311	.0450161	14	21	22	25
total	1303	.0452801	59	20	22	25

Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos hormonales y origen social.

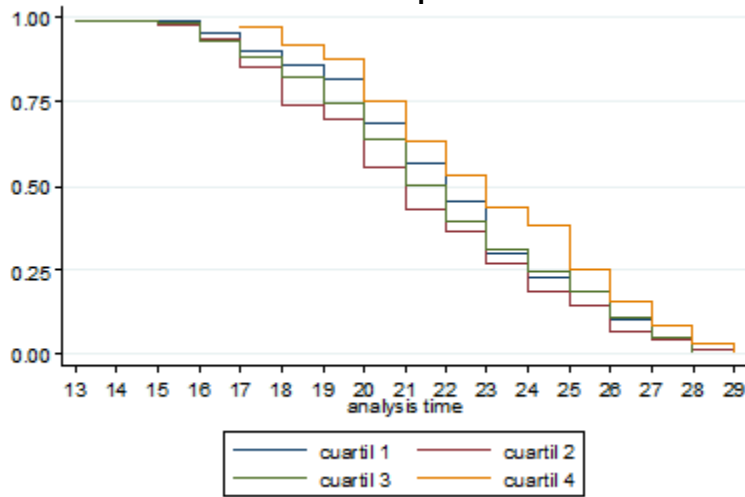
Estimaciones Kaplan Meier.



Cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1182	.0423012	50	21	23	26
2	1626	.0430504	70	21	23	25
3	1528	.0425393	65	21	23	25
4	1687	.0420865	71	21	24	26
total	6023	.0425037	256	21	23	26

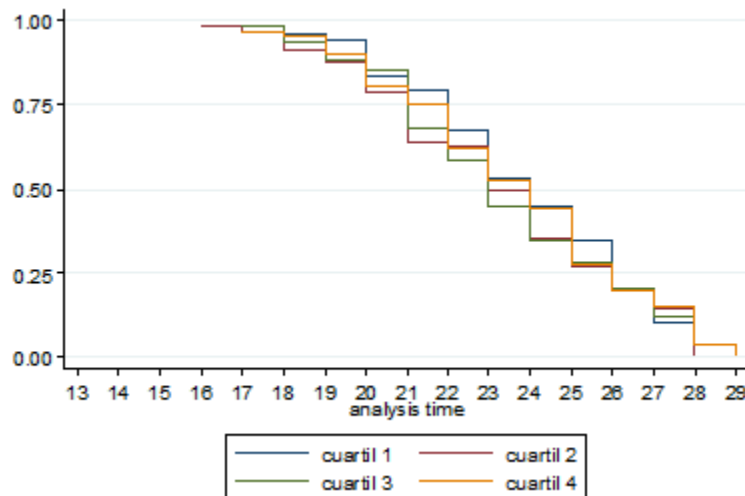
**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos hormonales y origen social.**

**Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2028	.0453649	92	20	22	24
2	1978	.0470172	93	18	21	24
3	2244	.0459002	103	19	22	24
4	2210	.0434389	96	20	23	25
total	8460	.0453901	384	20	22	25

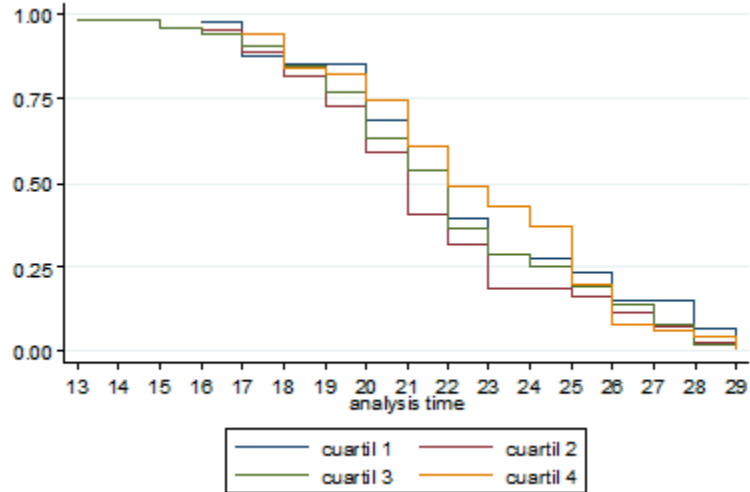
**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, por utilización de métodos hormonales y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**





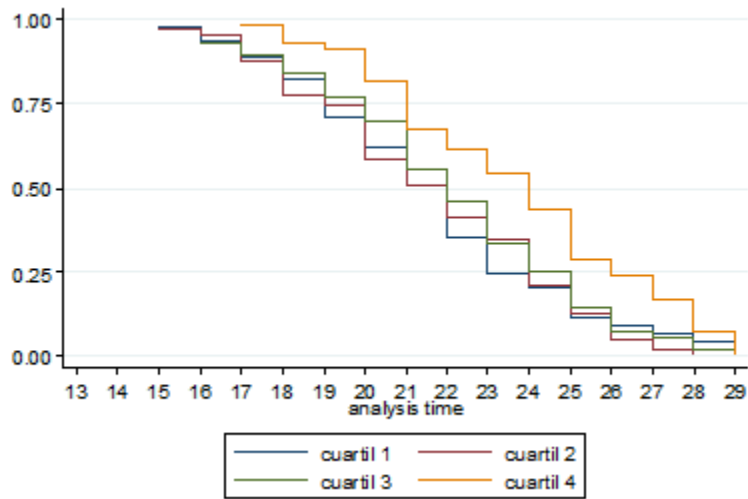
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1167	.041988	49	22	24	26
2	1302	.0430108	56	21	23	26
3	1401	.0428266	60	21	23	26
4	1441	.0423317	61	22	24	26
total	5311	.0425532	226	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, por utilización de métodos hormonales y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



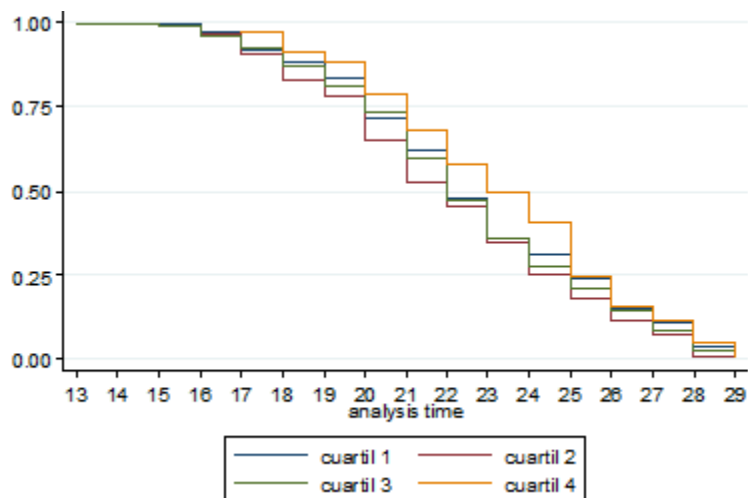
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1072	.0447761	48	20	22	25
2	943	.0466396	44	19	21	23
3	1138	.0456942	52	20	22	24
4	1154	.0441941	51	20	22	25
total	4307	.0452751	195	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, por utilización de métodos hormonales y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



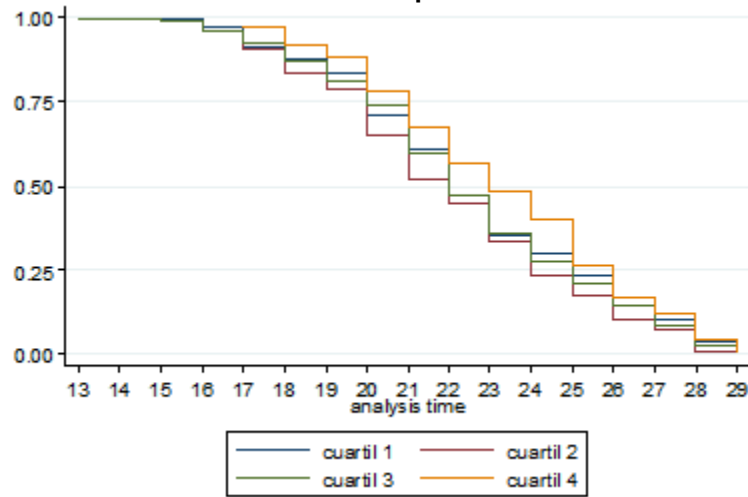
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	871	.046344	45	19	22	23
2	1359	.0463576	63	19	22	24
3	1233	.0454177	56	20	22	24
4	1302	.0422427	55	21	24	26
total	4865	.0450154	219	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos hormonales, primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



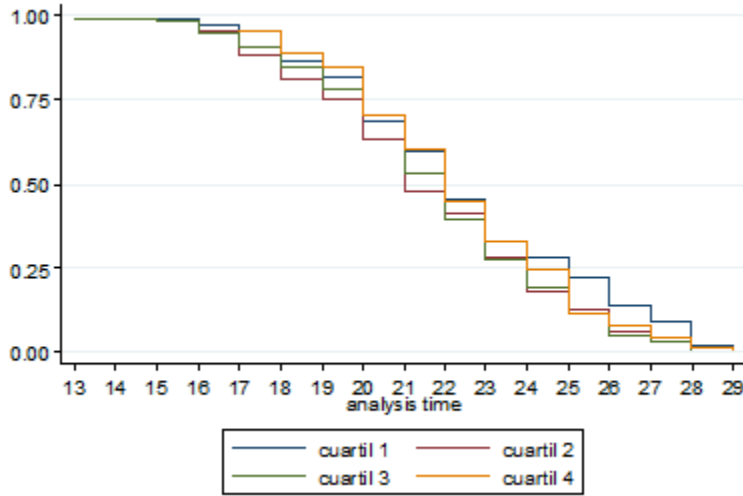
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	3189	.0442145	141	20	22	25
2	3531	.0453129	160	20	22	24
3	3681	.0445931	164	20	22	25
4	3701	.0429614	159	21	23	25
total	14102	.044249	624	20	22	25

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos hormonales, primer hijo y origen social.  
Estimaciones Kaplan Meier.



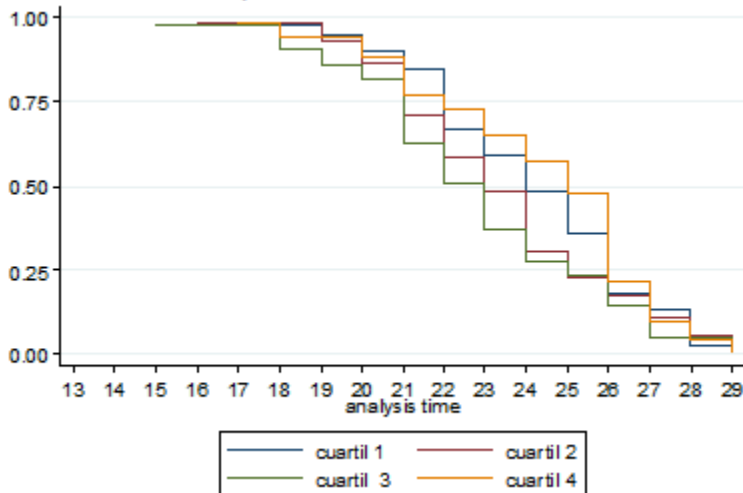
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	3135	.0443381	139	20	22	25
2	3435	.0454148	156	20	22	24
3	3682	.044541	164	20	22	25
4	3328	.0429688	143	21	23	26
total	13580	.0443299	602	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos hormonales, segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



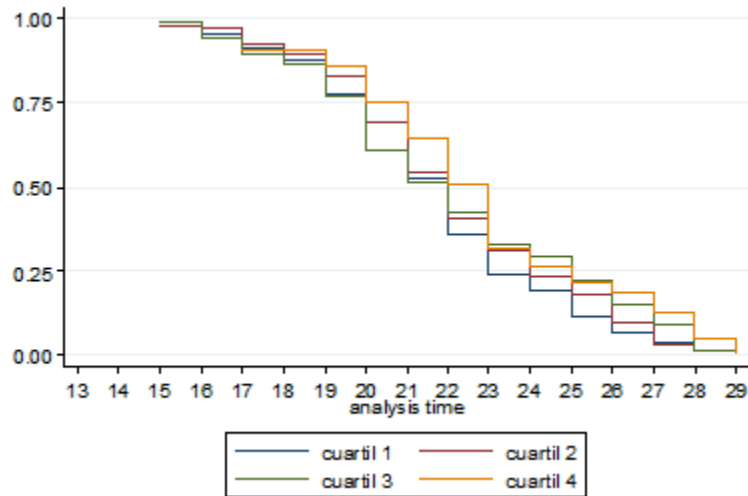
Cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2840	.0447183	127	20	22	25
2	2807	.0463128	130	20	21	24
3	2781	.0460266	128	20	22	24
4	2026	.0449161	91	20	22	24
total	10454	.0455328	476	20	22	24

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de DIU y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



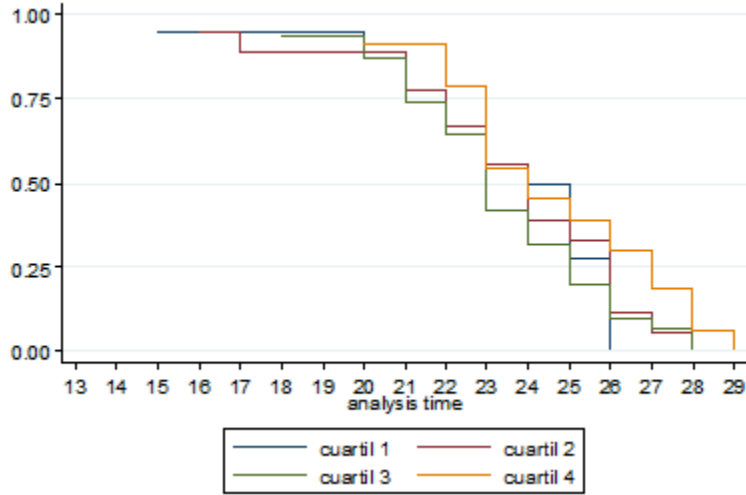
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	939	.0415335	39	22	24	26
2	1356	.0427729	58	21	23	25
3	979	.0439224	43	21	23	25
4	1264	.0411392	52	22	25	26
total	4538	.0423094	192	21	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de DIU y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



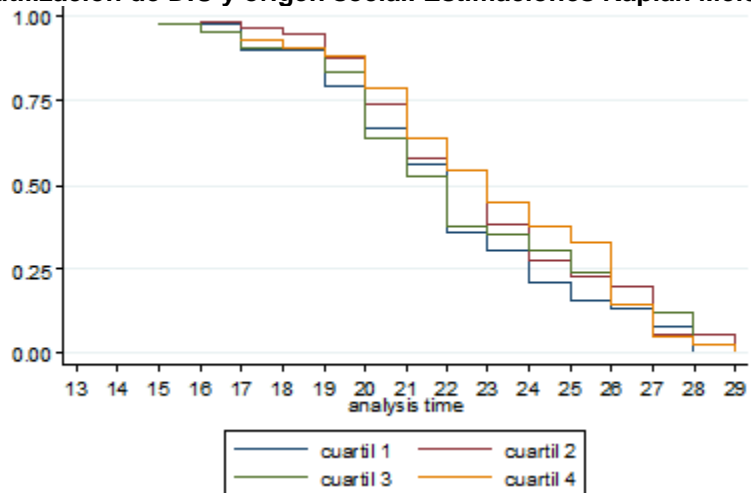
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1731	.0462161	80	20	22	23
2	2101	.0452166	95	20	22	24
3	1924	.0452183	87	20	22	25
4	1478	.0439783	65	21	23	25
total	7234	.0452032	327	20	22	24

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, por utilización de DIU y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



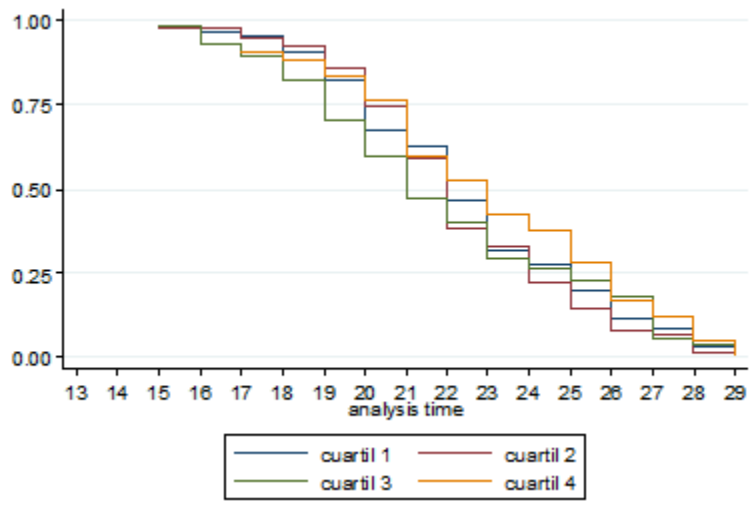
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	421	.0427553	18	22	24	26
2	421	.0427553	18	22	24	26
3	720	.0430556	31	21	23	25
4	810	.0407407	33	23	24	27
total	2372	.0421585	100	22	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, por utilización de DIU y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



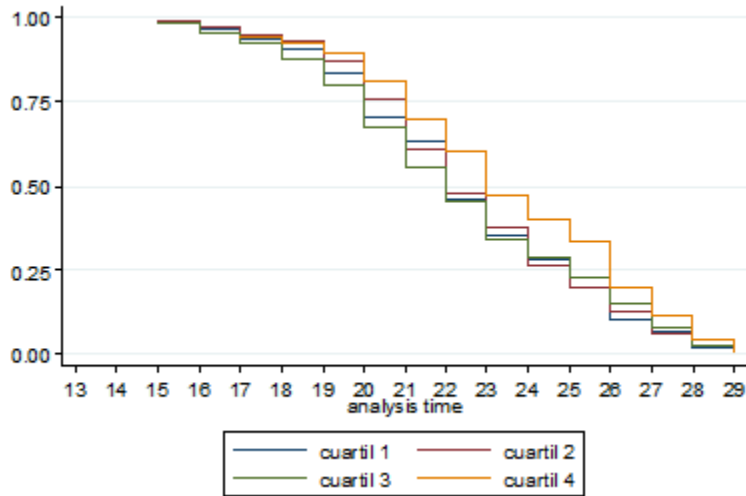
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	859	.0454016	39	20	22	24
2	1301	.0438125	57	20	23	25
3	937	.0448239	42	20	22	25
4	969	.0433437	42	21	23	26
total	4066	.0442696	180	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, por utilización de DIU y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



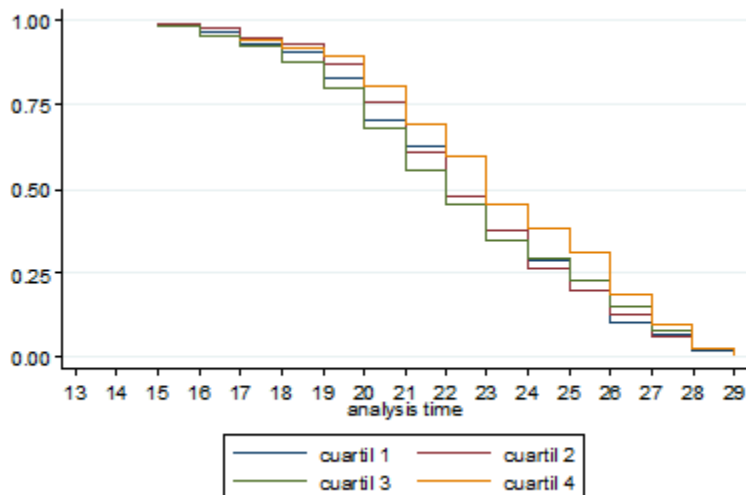
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1390	.0446043	62	20	22	25
2	1735	.0449568	78	20	22	24
3	1246	.0457464	57	19	21	25
4	963	.0436137	42	21	23	26
total	5334	.0448069	239	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de DIU, primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2670	.0445693	119	20	22	25
2	3436	.0442375	152	21	22	25
3	2903	.0447813	130	20	22	25
4	2719	.0426627	116	21	23	26
total	11728	.0440825	517	20	22	25

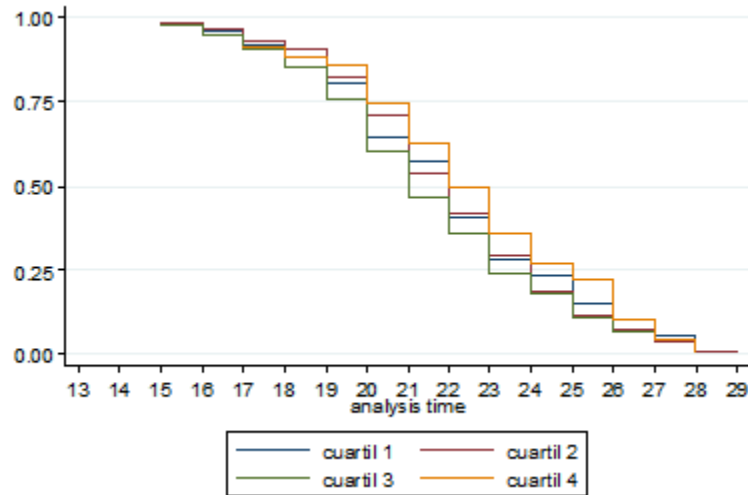
**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de DIU, primer hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**





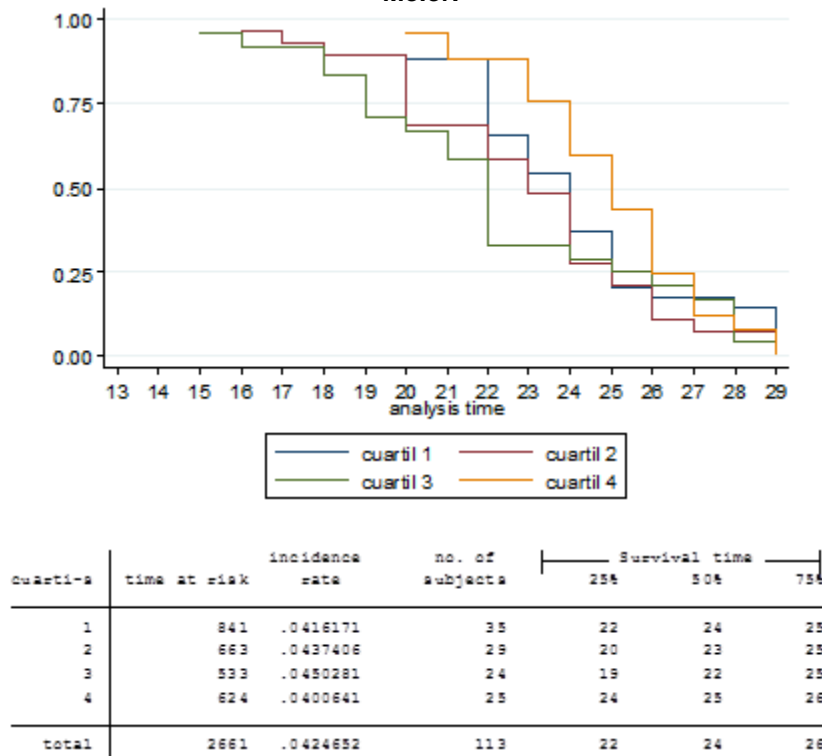
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2646	.0445956	118	20	22	25
2	3457	.044258	153	21	22	25
3	2860	.0447552	128	20	22	25
4	2658	.0428894	114	21	23	26
total	11621	.0441442	513	20	22	25

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de DIU, segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.

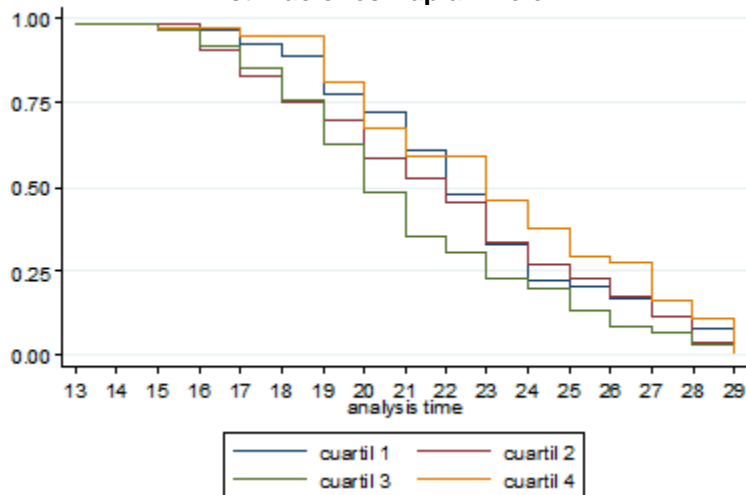


cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2106	.045584	96	20	22	24
2	2928	.0454905	115	20	22	24
3	2021	.0465116	94	20	21	23
4	1756	.0444191	78	20	22	25
total	8411	.0455356	383	20	22	24

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de OTB y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

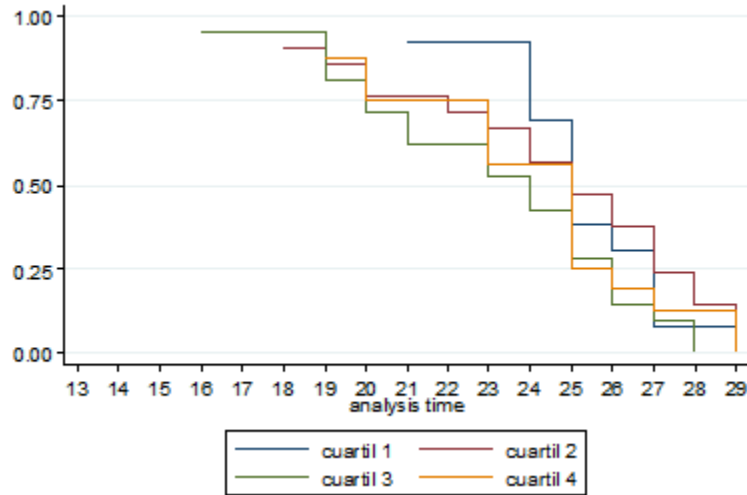


**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de DIU, segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



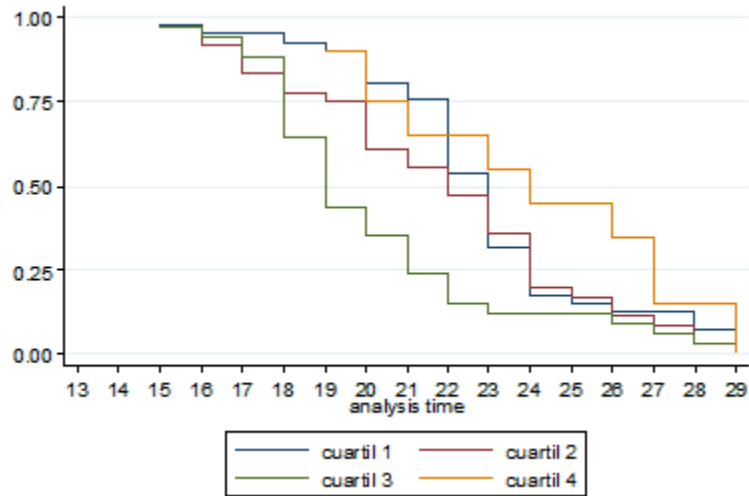
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1213	.0445177	54	20	22	24
2	1160	.0456897	53	19	22	25
3	1300	.0476923	62	19	20	23
4	858	.0431235	37	20	23	27
total	4531	.0454666	206	19	22	25

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, por utilización de OTB y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.



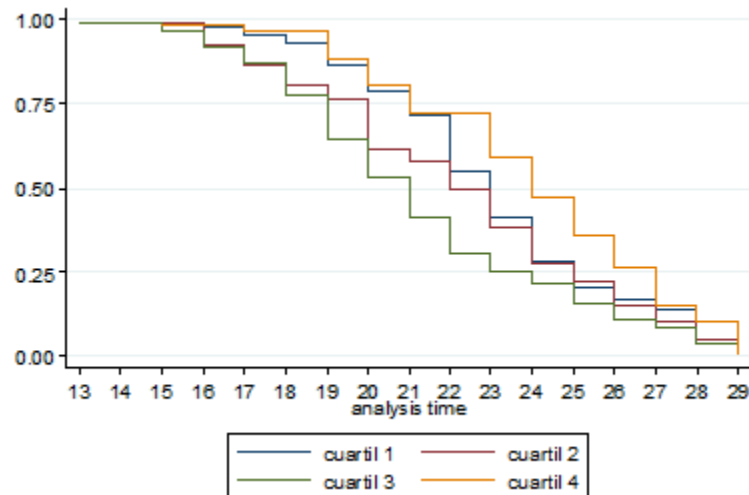
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	329	.0395137	13	24	25	27
2	514	.0408966	21	22	25	27
3	485	.0432999	21	20	24	26
4	383	.0417755	16	20	25	25
total	1711	.0414962	71	21	25	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, por utilización de OTB y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



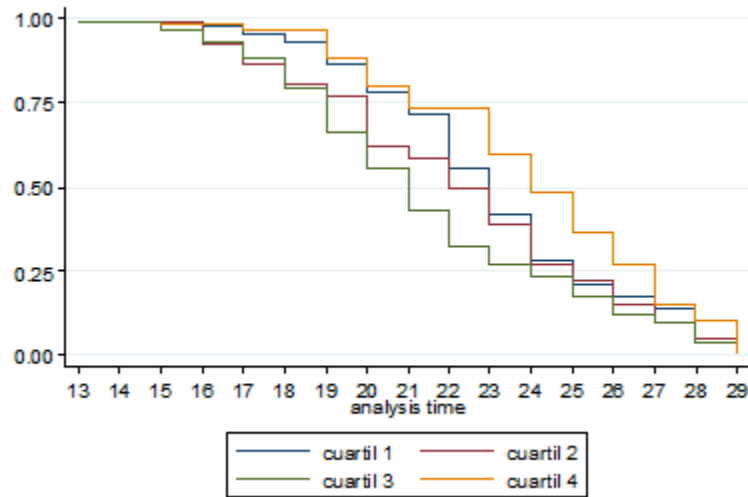
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	933	.0439443	41	22	23	24
2	786	.0458015	36	19	22	24
3	685	.0486335	34	18	19	21
4	481	.04158	20	20	24	27
total	2885	.0454073	131	19	22	24

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de OTB, primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



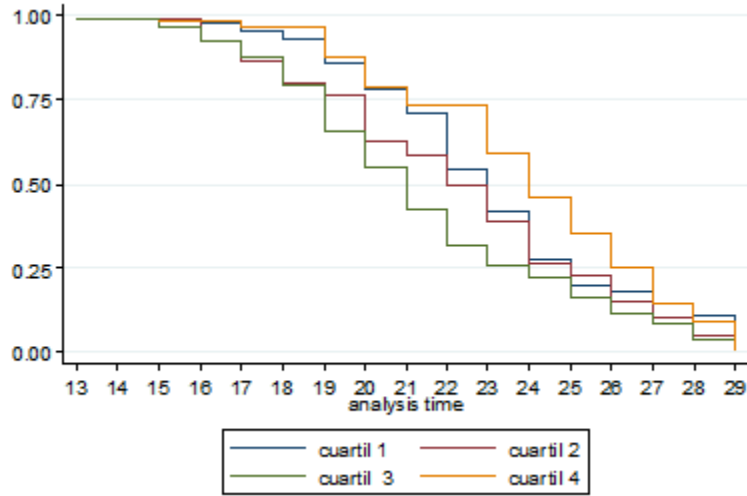
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2054	.0433301	89	21	23	25
2	1799	.045025	81	20	22	25
3	1805	.0470814	85	19	21	23
4	1462	.0417237	61	21	24	27
total	7120	.044382	316	20	23	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de OTB, primer hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



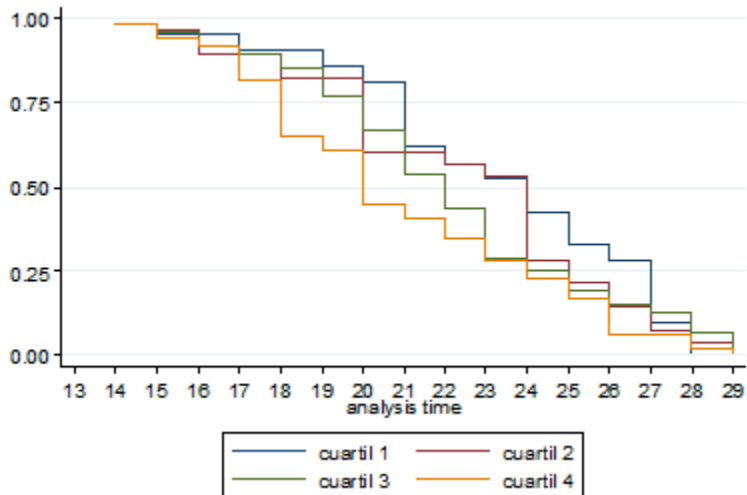
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2032	.0433071	88	21	23	25
2	1823	.0449808	82	20	22	25
3	1779	.0466554	83	19	21	24
4	1441	.0416378	60	21	24	27
total	7075	.0442403	313	20	23	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de OTB, segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



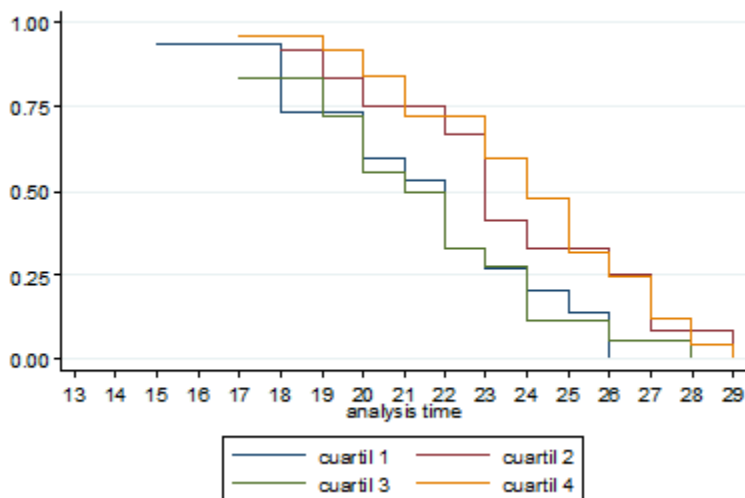
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1983	.0433686	86	21	23	25
2	1778	.0448944	80	20	22	25
3	1751	.0468304	82	19	21	24
4	1339	.0418223	56	21	24	26
total	6851	.0443731	304	20	23	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de condón y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



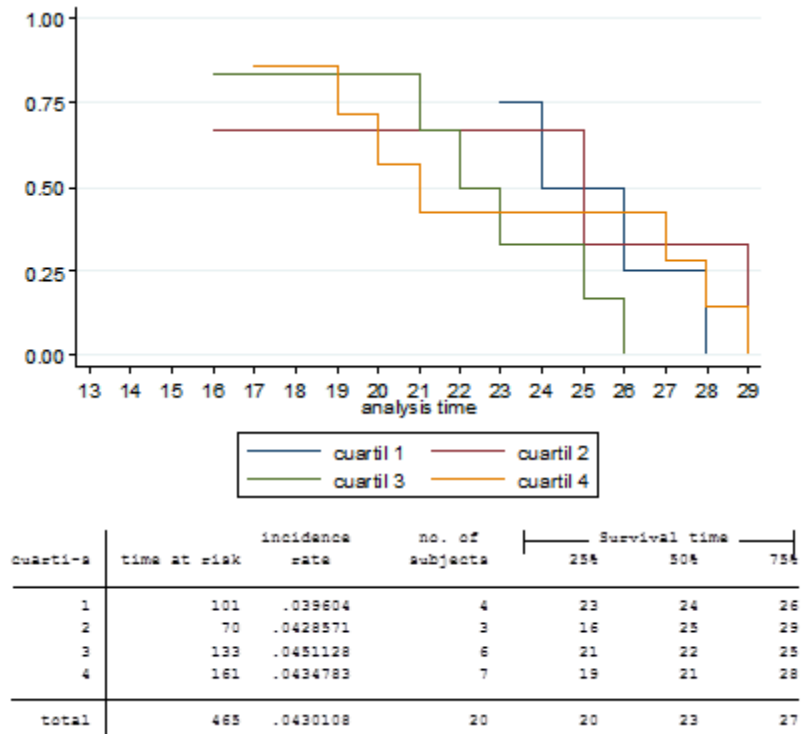
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	488	.0430328	21	21	24	27
2	629	.0445151	28	20	24	25
3	1061	.0452403	48	20	22	24
4	1026	.0477583	49	18	20	24
total	3204	.045568	146	19	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de condón y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

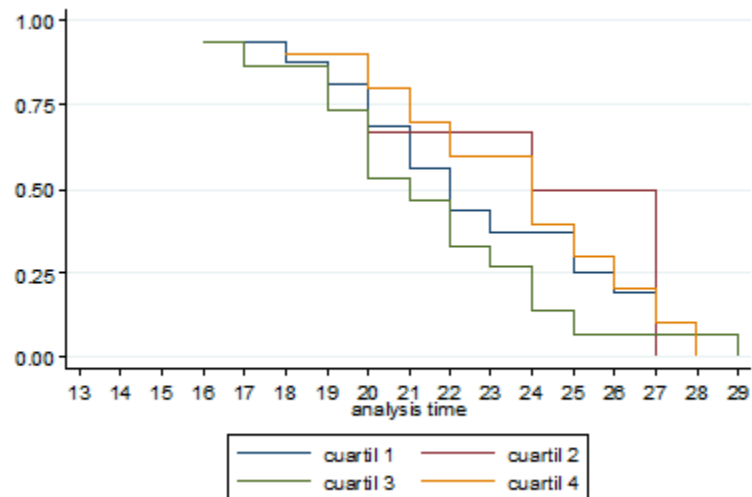


cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	320	.046875	15	18	22	24
2	281	.0427046	12	20	23	26
3	385	.0467532	18	19	21	24
4	598	.041806	25	21	24	26
total	1584	.0441919	70	20	23	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, por utilización de condón, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



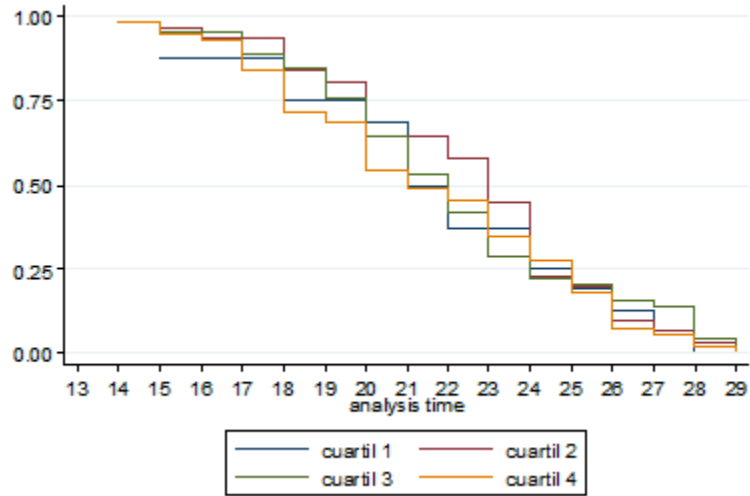
**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, por utilización de condón, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**





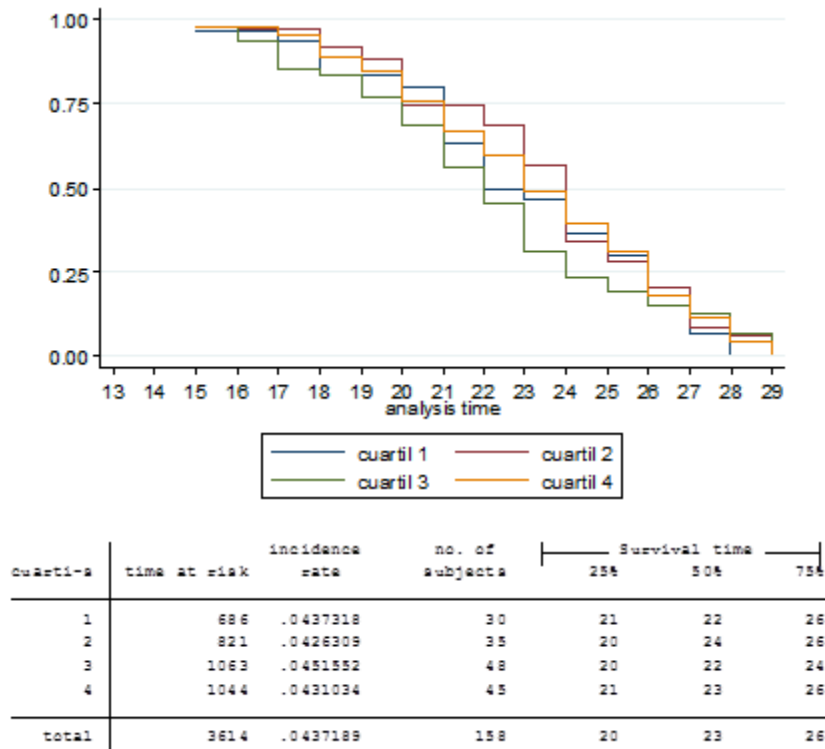
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	360	.0444444	16	20	22	25
2	145	.0413793	6	20	24	27
3	321	.046729	15	19	21	24
4	235	.0425532	10	21	24	26
total	1061	.0442978	47	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, por utilización de condón, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

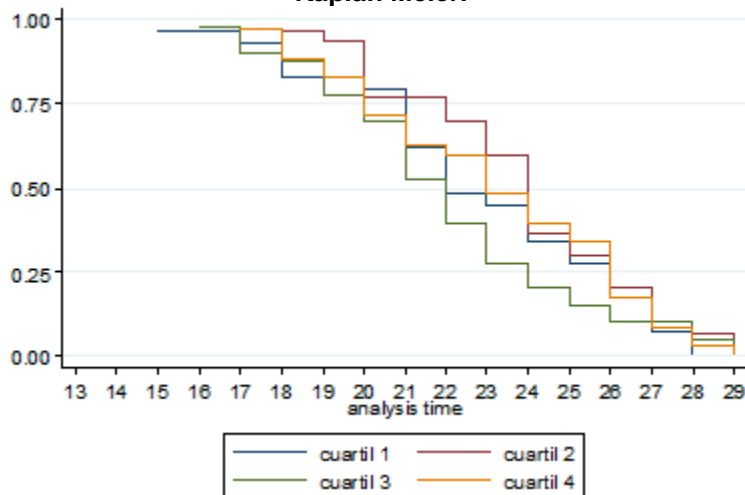


cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	347	.0461095	16	18	21	25
2	695	.0446043	31	20	23	24
3	992	.0453629	45	20	22	24
4	1228	.0464169	57	18	21	25
total	3262	.0456775	149	19	22	24

**Gráfica 194. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de condón, primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

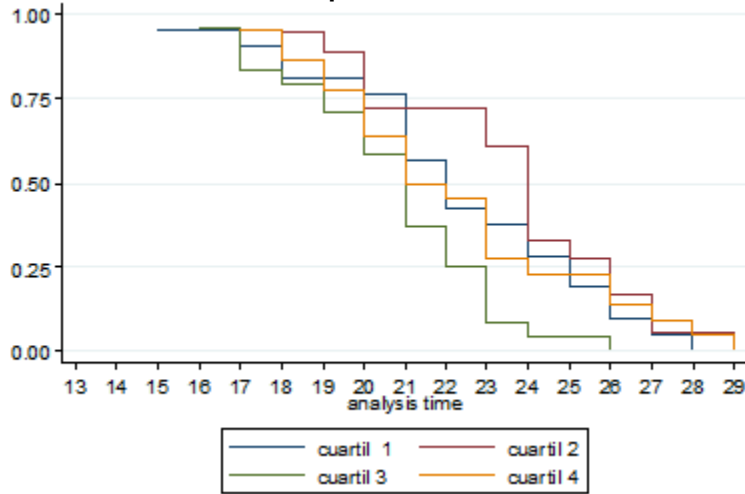


**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de condón, primer hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



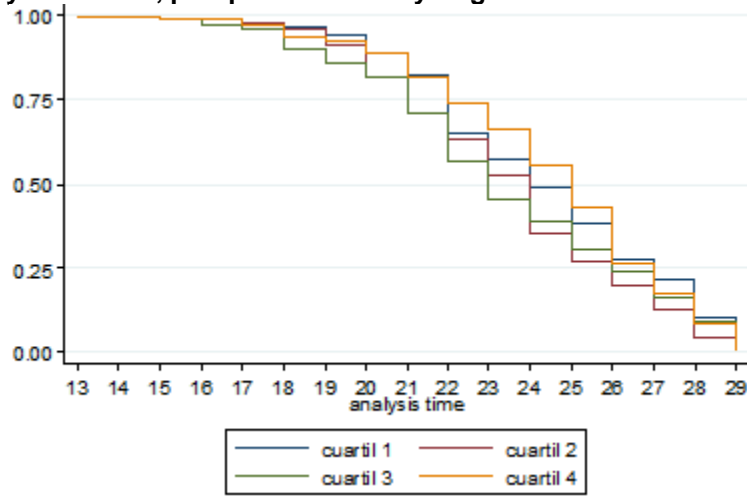
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	659	.0440061	29	21	22	26
2	713	.0420757	30	22	24	26
3	881	.045403	40	20	22	24
4	810	.0432099	35	20	23	26
total	3063	.043748	134	20	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de condón, segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



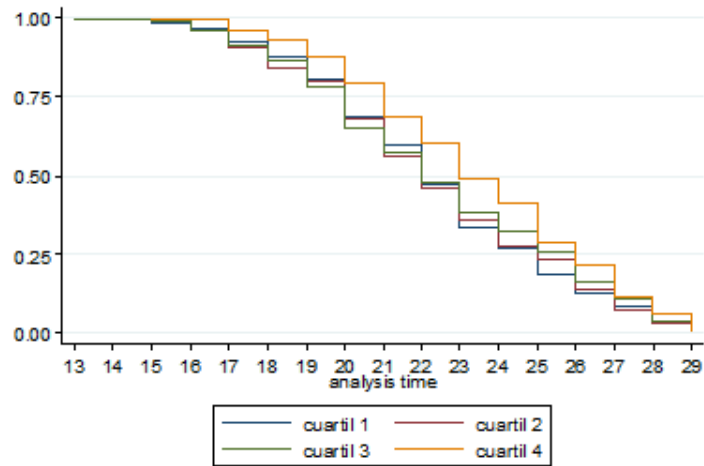
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	466	.0450644	21	21	22	25
2	423	.0425532	18	20	24	26
3	496	.0483871	24	19	21	22
4	488	.045082	22	20	21	24
total	1873	.0453817	85	20	22	24

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



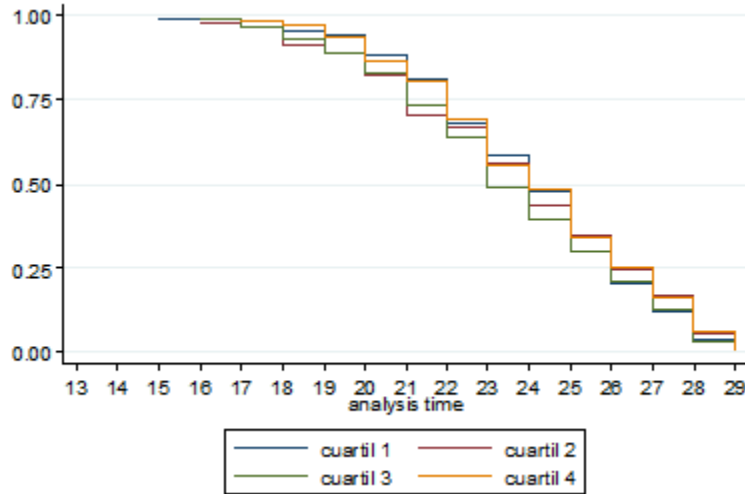
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	3326	.0411906	137	22	24	27
2	3738	.0425361	159	21	24	26
3	3489	.0427056	149	21	23	26
4	3931	.0409565	161	22	25	27
total	14484	.0418393	606	22	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



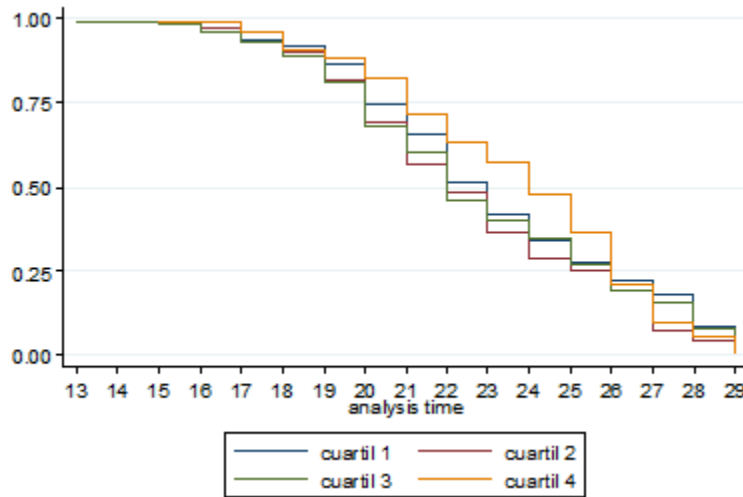
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	4400	.0447727	197	20	22	25
2	4529	.0448223	203	20	22	25
3	4855	.0444902	216	20	22	26
4	4456	.0427046	192	21	23	26
total	18280	.0442013	808	20	23	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, por primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



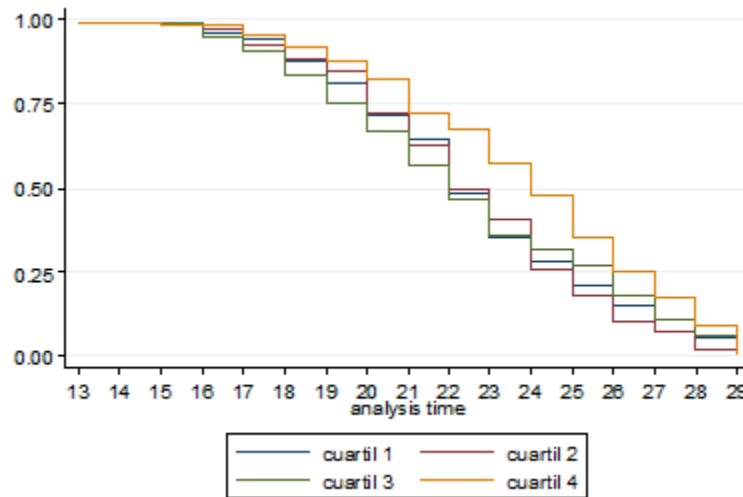
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2038	.0417076	85	22	24	26
2	2162	.0420907	91	21	24	26
3	2588	.0425039	110	21	23	26
4	2725	.0414679	113	22	24	26
total	9513	.0419426	399	22	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, por primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



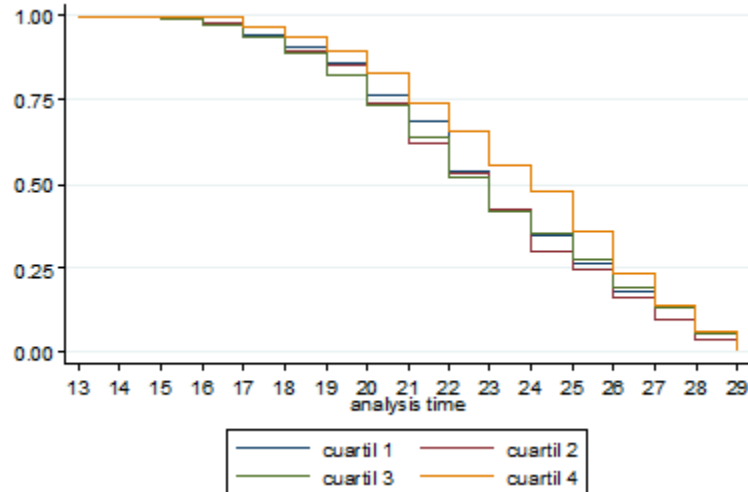
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2754	.0432099	119	20	23	26
2	2807	.044276	111	20	22	26
3	2661	.0439694	117	20	22	26
4	2769	.0422535	117	21	24	26
total	10691	.043401	464	20	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, por primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



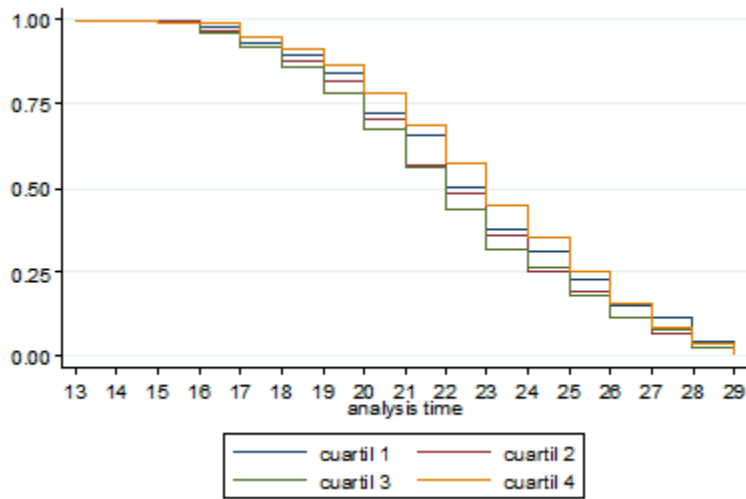
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2934	.0443081	130	20	22	25
2	3598	.0444691	160	20	22	25
3	3095	.044588	138	20	22	26
4	2933	.0419366	123	21	24	27
total	12560	.0438694	551	20	23	25

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por primera unión, primer hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.



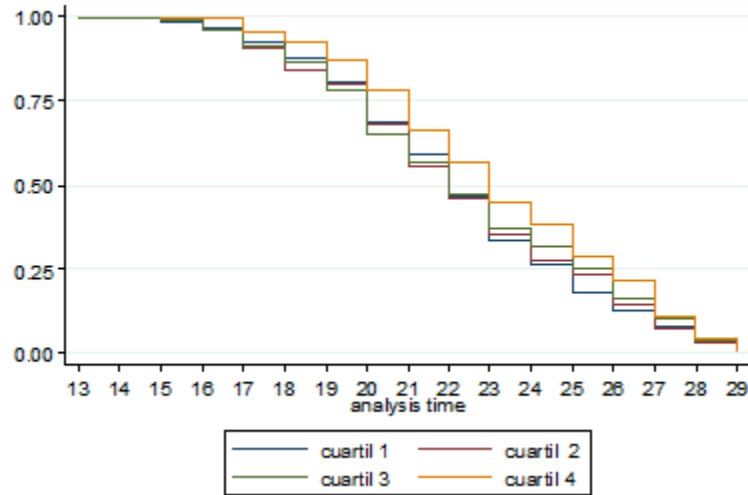
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	7543	.0433515	327	21	23	26
2	7984	.0438377	350	20	23	25
3	8002	.0436141	349	20	23	26
4	7455	.0419852	313	21	24	26
total	30984	.0432159	1339	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por primera unión, segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	6207	.0439826	273	20	23	25
2	6186	.0447785	277	20	22	24
3	5648	.0451487	255	20	22	25
4	4820	.043361	209	21	23	25
total	22861	.044355	1014	20	22	25

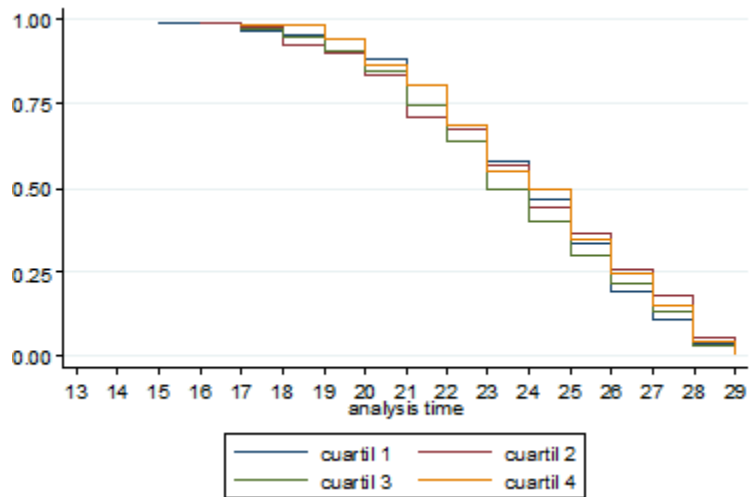
**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por primer hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**





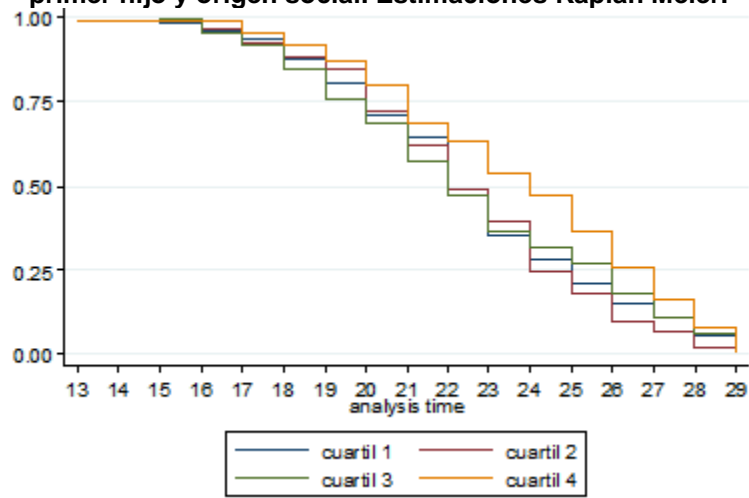
Cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	4393	.0448441	197	20	22	25
2	4551	.0448253	204	20	22	25
3	4799	.0445926	214	20	22	25
4	4089	.0430423	176	21	23	26
total	17832	.0443585	791	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, por primer hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



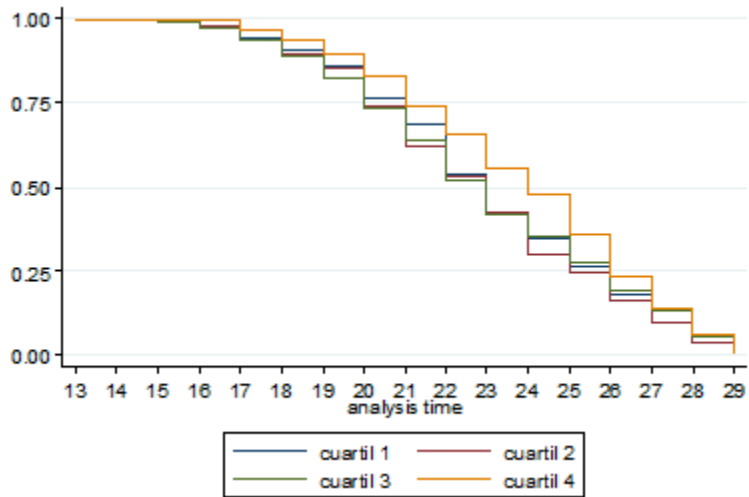
Cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1985	.0418136	83	22	24	26
2	2149	.0418799	90	21	24	27
3	2575	.0423301	109	21	23	26
4	2481	.0415155	103	22	24	26
total	9190	.0418934	385	22	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, por primer hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



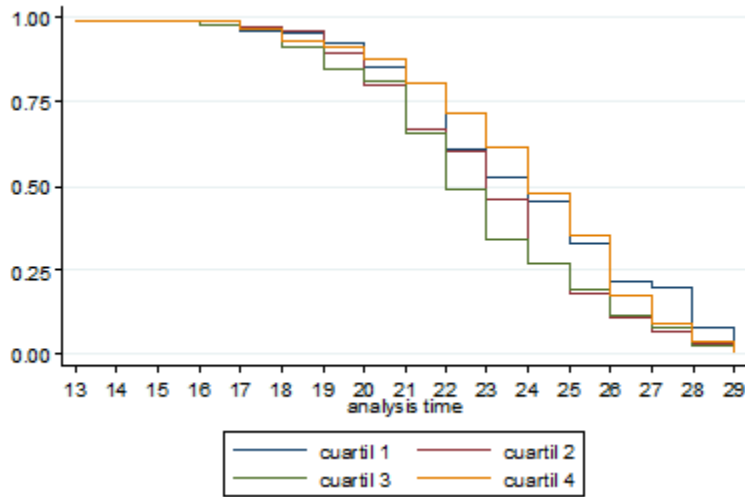
Cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2912	.0442995	129	20	22	25
2	3479	.044553	155	20	22	24
3	2947	.044452	131	20	22	26
4	2511	.0422143	106	21	24	27
total	11849	.04397	521	20	23	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por primer hijo, primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



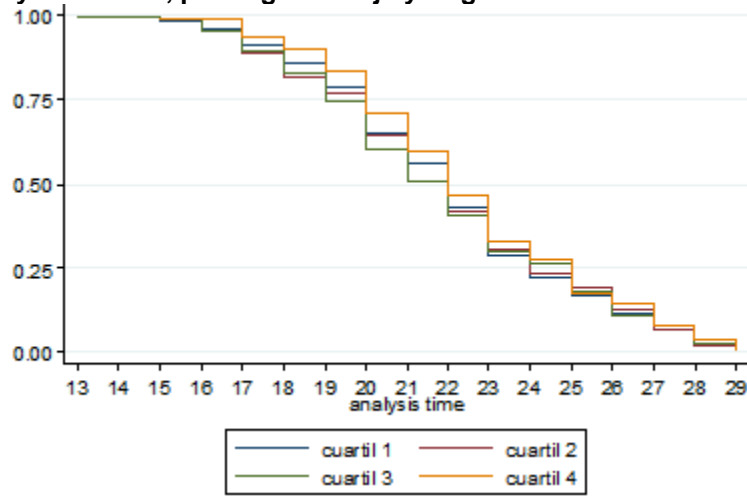
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	7543	.0433515	327	21	23	26
2	7984	.0438377	350	20	23	25
3	8002	.0436141	349	20	23	26
4	7455	.0419852	313	21	24	26
total	30984	.0432159	1339	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



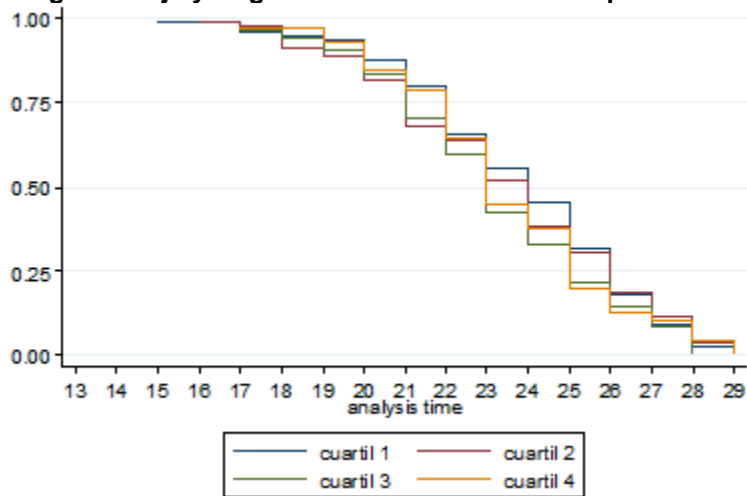
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2462	.0418359	103	22	24	26
2	2438	.0434783	106	21	23	25
3	2039	.0441393	90	21	22	25
4	2103	.041845	88	22	24	26
total	9042	.0428003	387	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



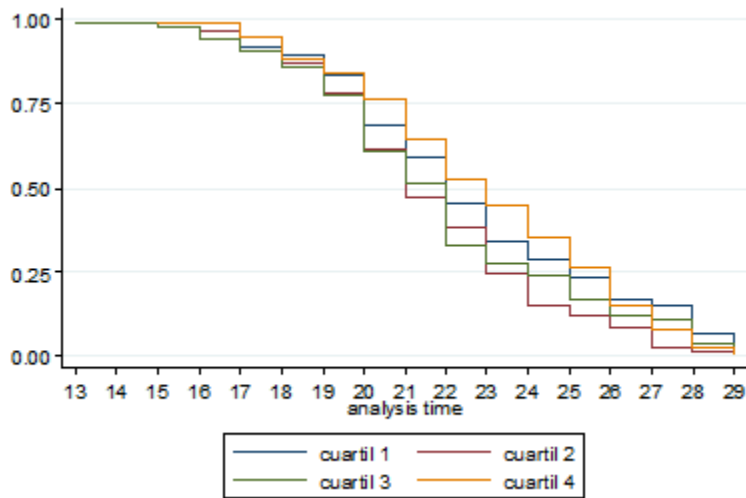
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	3766	.0454063	171	20	22	24
2	3772	.0455592	172	20	22	24
3	3630	.04573	166	19	22	25
4	2717	.0445344	121	20	22	25
total	13885	.0453727	630	20	22	24

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, por segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



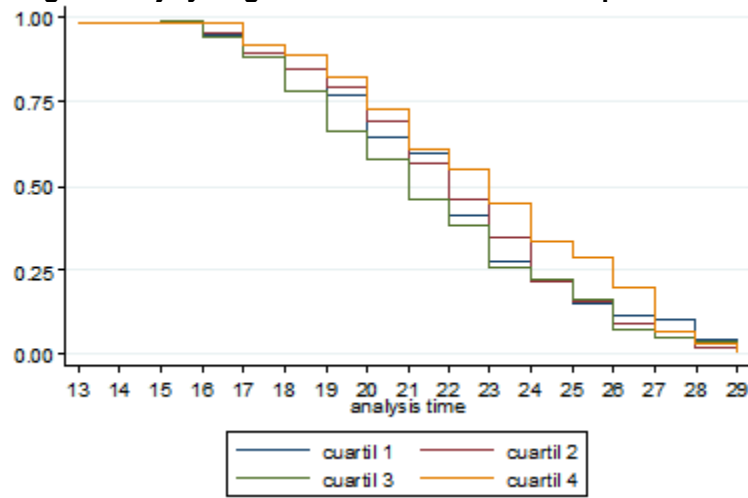
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1878	.042066	79	22	24	26
2	1899	.042654	81	21	24	26
3	1967	.043213	85	21	23	25
4	1665	.0426426	71	22	23	25
total	7409	.0426508	316	21	23	26

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, por segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.



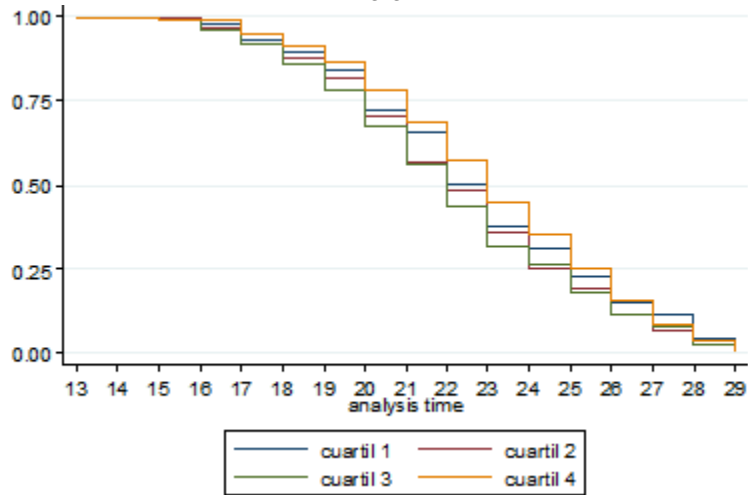
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2171	.0442193	96	20	22	25
2	1860	.0462366	86	20	21	23
3	1855	.0458221	85	20	22	24
4	1740	.0436782	76	21	23	26
total	7626	.0449777	343	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, por segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



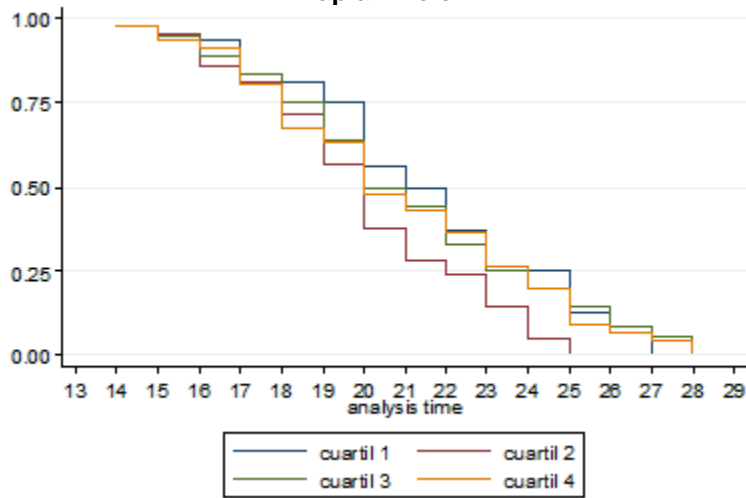
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2179	.0454237	99	20	22	24
2	2451	.0452876	111	20	22	24
3	1847	.0465662	86	19	21	24
4	1415	.0438163	62	20	23	26
total	7892	.0453624	358	20	22	24

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por segundo hijo, primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



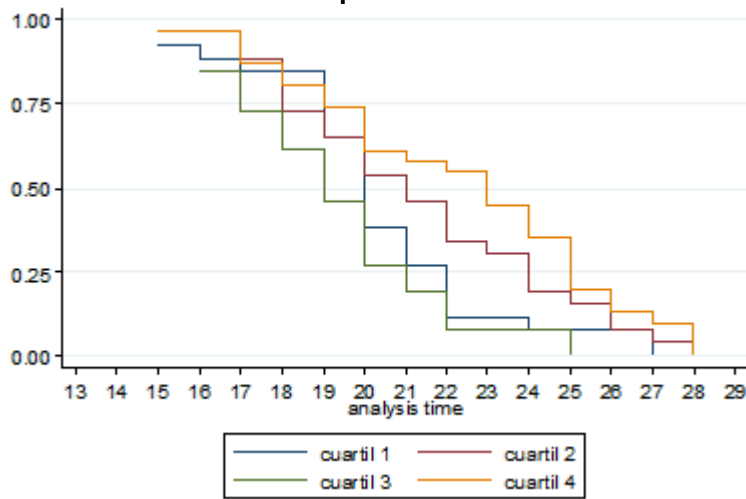
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	6207	.0439826	273	20	23	25
2	6186	.0447785	277	20	22	24
3	5648	.0451487	255	20	22	25
4	4820	.043361	209	21	23	25
total	22861	.044355	1014	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes de la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier**



cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	342	.0467836	16	19	21	23
2	420	.05	21	18	20	22
3	758	.0474934	36	18	20	23
4	960	.0479167	46	18	20	24
total	2480	.0479839	119	18	20	23

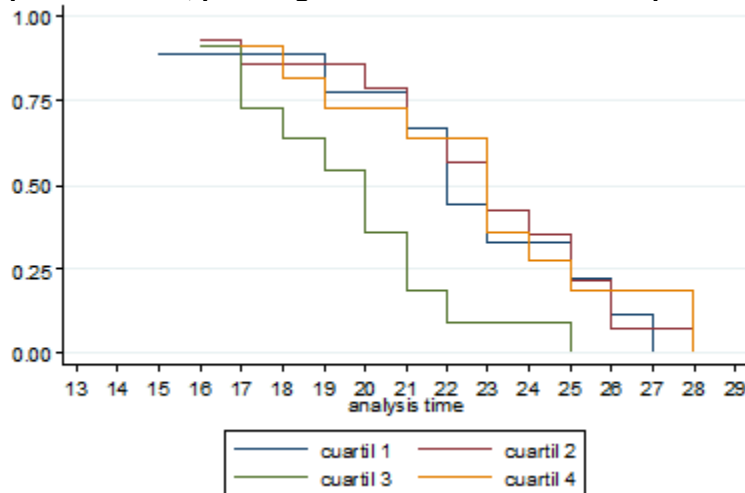
**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes de la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



r.

cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	527	.0493359	26	19	20	22
2	556	.0467626	26	18	21	24
3	503	.0516899	26	17	19	21
4	692	.0447977	31	19	23	25
total	2278	.047849	109	19	20	23

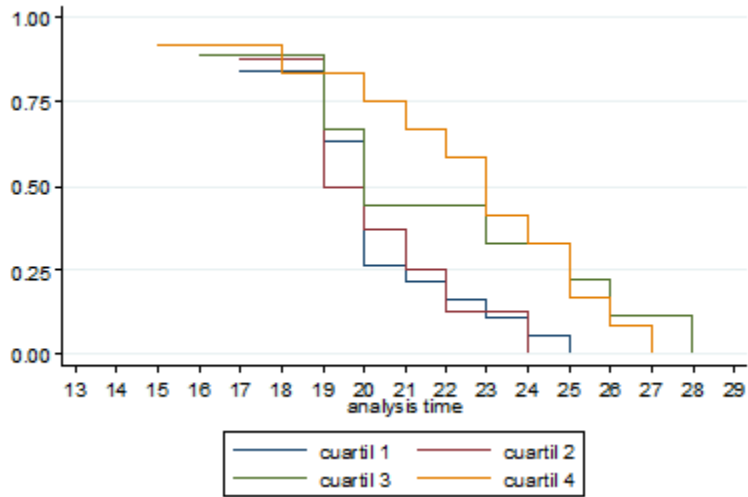
**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, antes de la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**





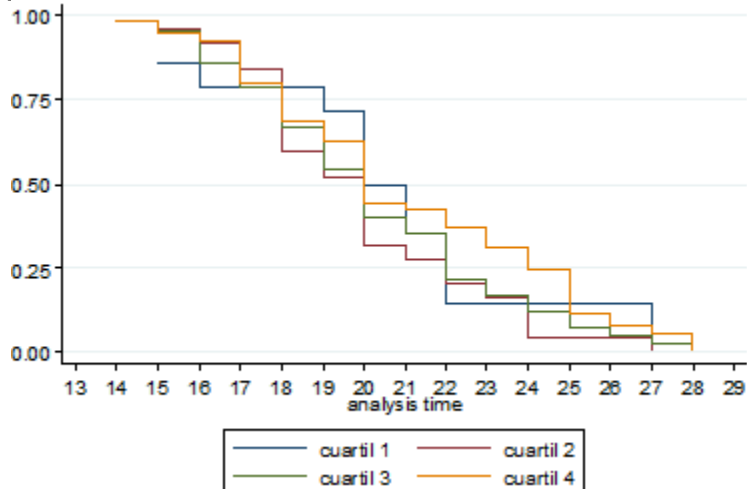
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	200	.045	9	21	22	25
2	317	.044164	14	21	23	25
3	216	.0509259	11	17	20	21
4	249	.0441767	11	19	23	25
total	982	.0458248	45	19	22	25

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, antes de la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.



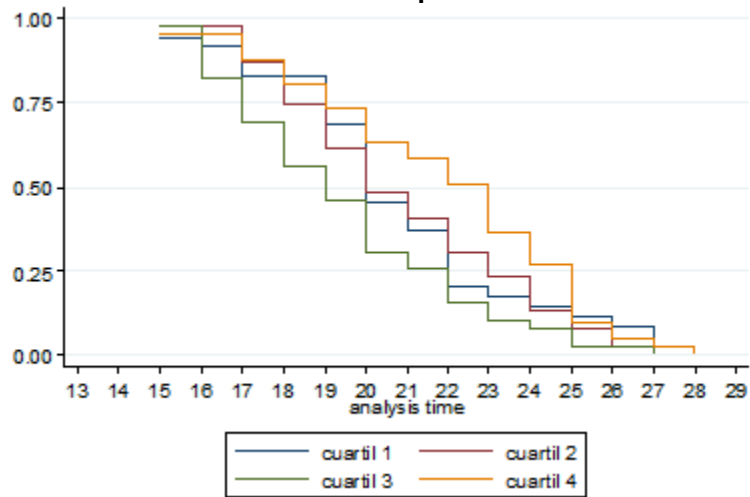
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	382	.0497382	19	19	20	21
2	161	.0496894	8	19	19	21
3	196	.0455184	9	19	20	25
4	269	.0446097	12	20	23	25
total	1008	.047619	48	19	20	23

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, antes de la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.



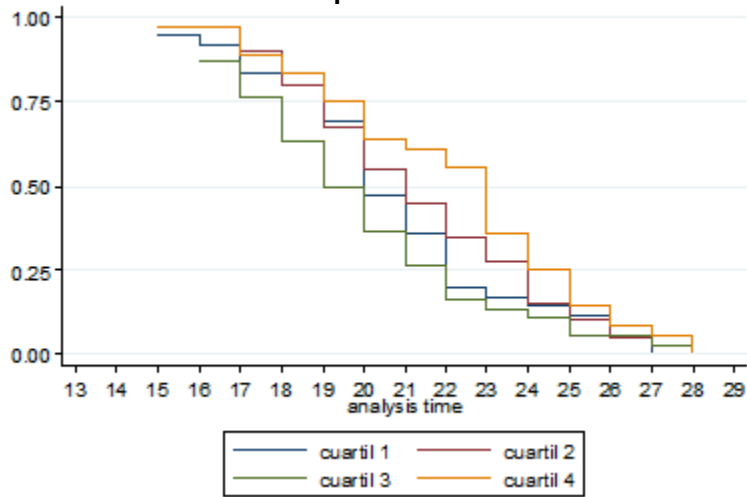
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	287	.0487805	14	18	20	22
2	498	.0502008	25	18	20	22
3	849	.04947	42	18	20	22
4	1134	.047619	54	18	20	24
total	2768	.0487717	135	18	20	23

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes de la primera unión, por primera unión y origen social.  
Estimaciones Kaplan Meier.



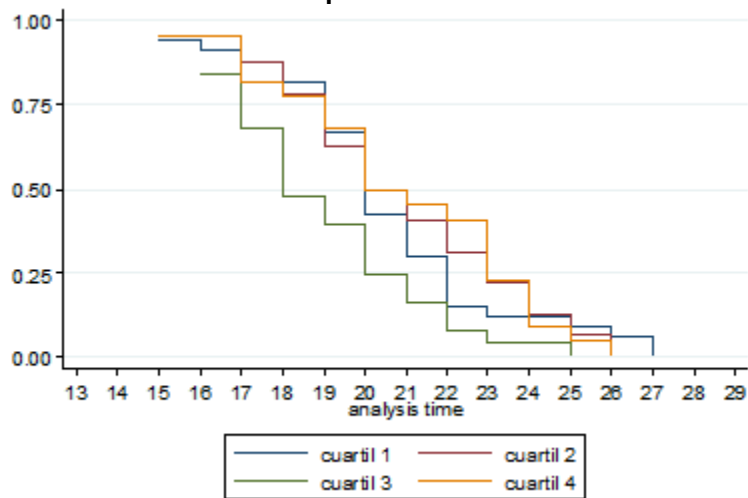
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	726	.0482094	35	19	20	22
2	814	.0479115	39	18	20	23
3	759	.0513834	39	17	19	22
4	896	.0457589	41	19	23	25
total	3195	.0482003	154	18	20	23

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes de la primera unión, por primer hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier**



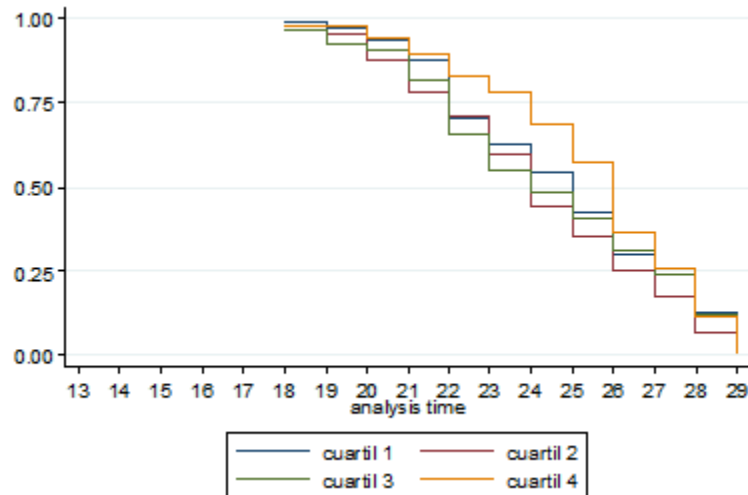
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	747	.0481928	36	19	20	22
2	853	.0468933	40	19	21	24
3	757	.0501982	38	18	19	22
4	796	.0452261	36	19	23	24
total	3153	.0475737	150	19	21	23

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes de la primera unión, por segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



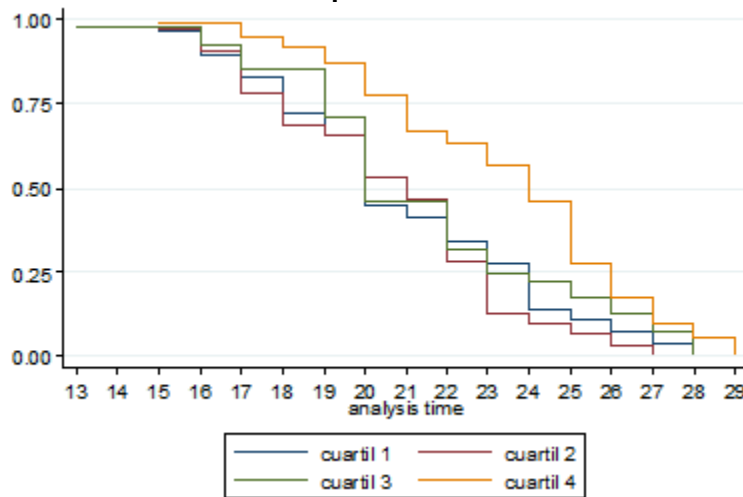
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	874	.0489814	33	19	20	22
2	669	.0478326	32	19	20	23
3	474	.0527426	25	17	18	20
4	460	.0478261	22	19	20	23
total	2277	.0491875	112	18	20	22

Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.



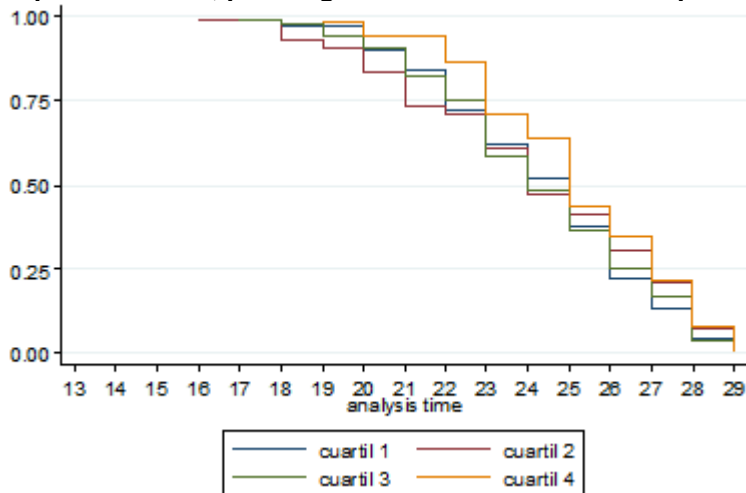
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2600	.0403846	105	22	25	28
2	2517	.041319	104	22	24	26
3	2267	.0410234	93	22	24	27
4	2210	.0399665	87	24	26	28
total	9594	.0405462	389	22	25	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



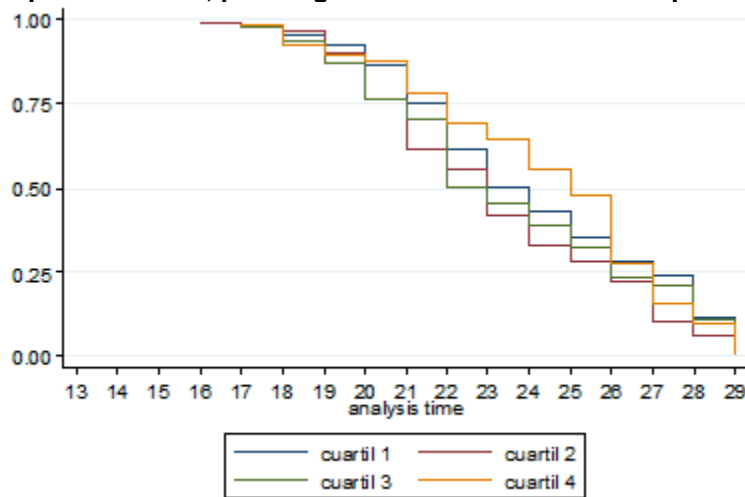
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	3222	.0434513	140	21	23	25
2	3395	.0439881	149	20	23	26
3	3583	.0427016	153	21	23	26
4	2488	.0413987	103	22	24	27
total	12688	.042954	545	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, después de la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



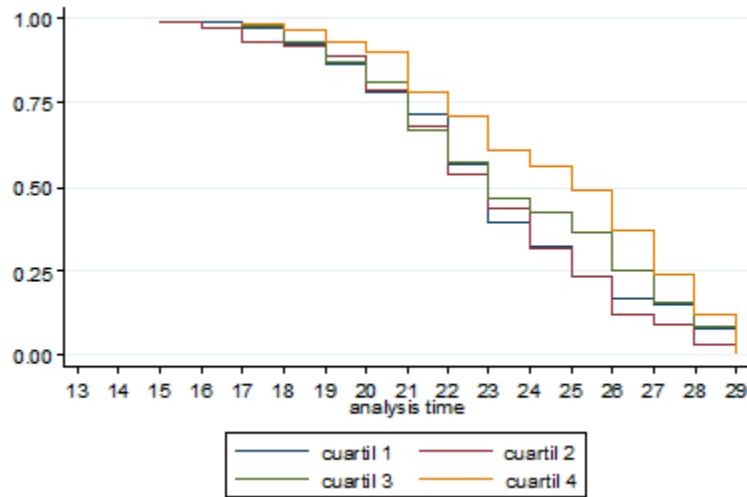
Cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1677	.0411449	69	22	25	26
2	1740	.0413793	72	21	24	27
3	2039	.0411967	84	22	24	26
4	1660	.039759	66	23	25	27
total	7116	.0408938	291	23	25	27

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, después de la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.



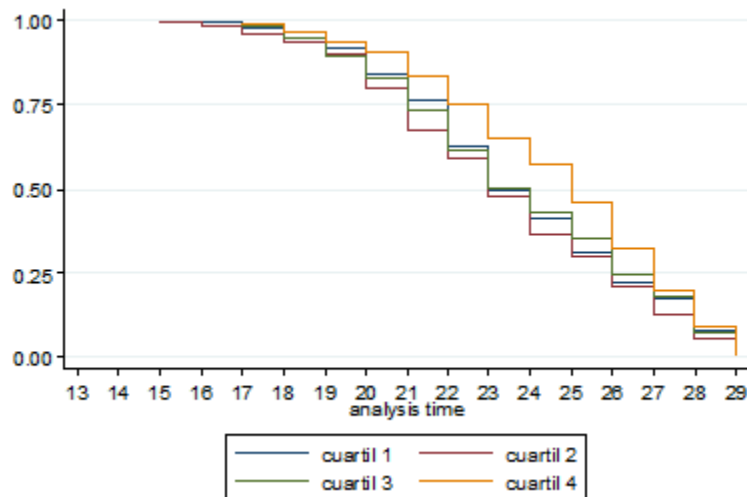
Cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1945	.0416452	81	22	24	27
2	1878	.043191	81	21	23	26
3	1807	.0426121	77	21	23	26
4	1583	.0410613	65	22	25	27
total	7213	.0421461	304	21	23	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, después de la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2200	.0431818	95	21	23	25
2	2294	.043592	100	21	23	25
3	2004	.0424152	85	21	23	26
4	1455	.0405498	59	22	25	27
total	7953	.0426254	339	21	23	26

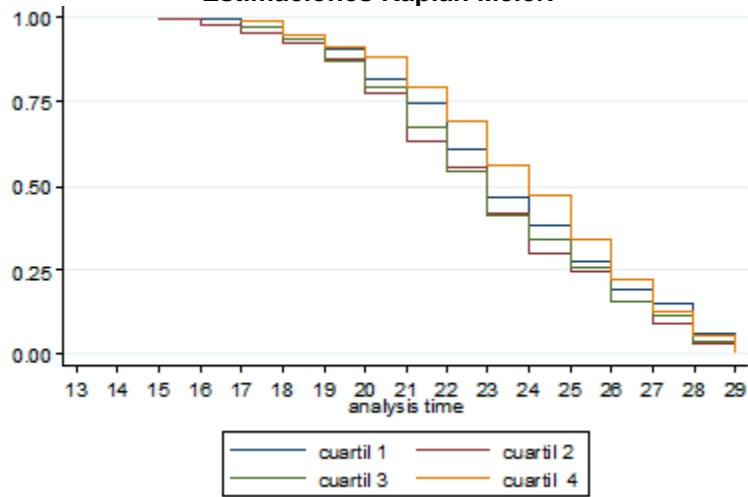
**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión, por primer hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	5822	.0420818	245	22	23	26
2	5868	.0427744	251	21	23	26
3	5850	.0420513	246	21	24	26
4	4617	.0405025	187	23	25	27
total	22157	.0419281	929	21	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión, por segundo hijo y origen social.**

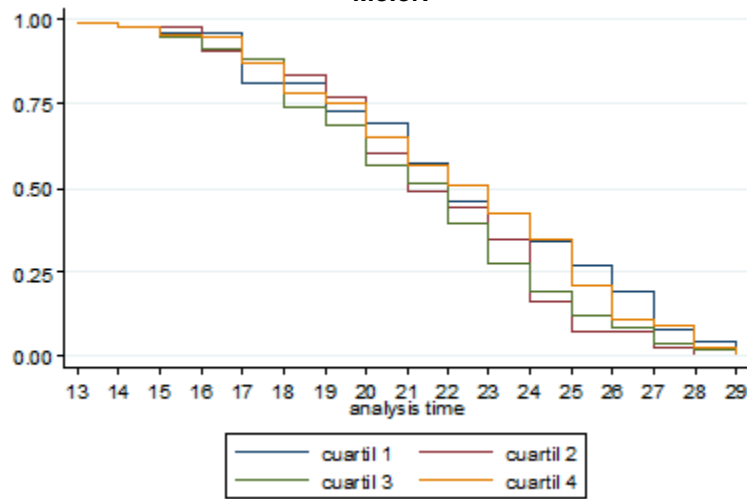
**Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	4867	.0425313	207	21	23	26
2	4675	.0436364	204	21	23	25
3	4203	.0433024	182	21	23	26
4	3287	.0416793	137	22	24	26
total	17032	.0428605	730	21	23	26

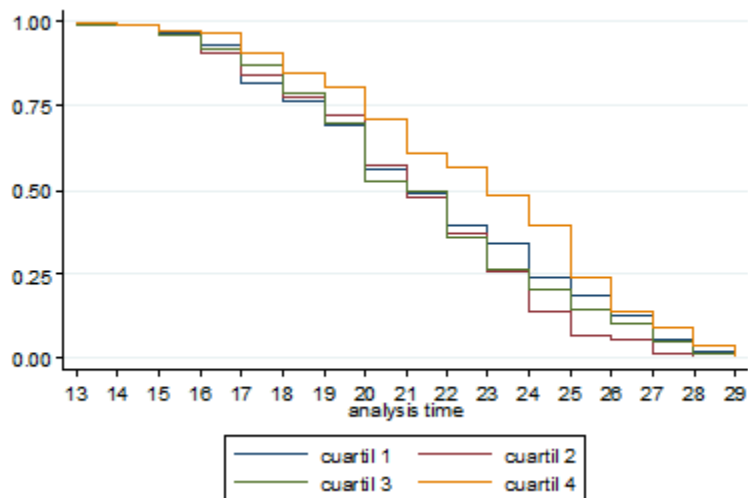


**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



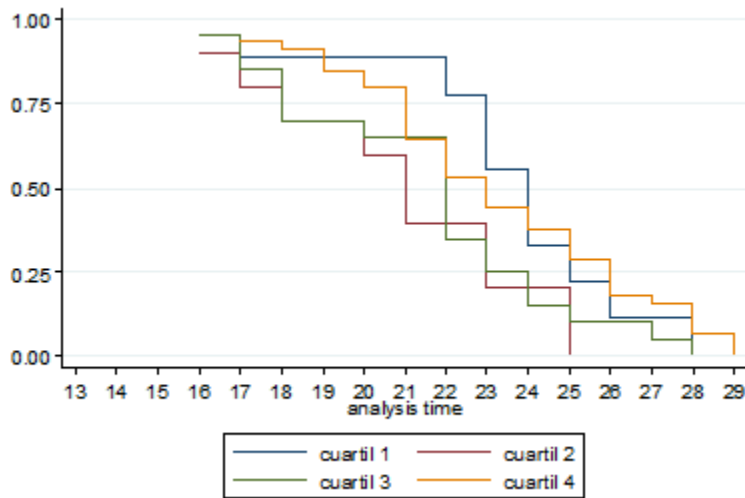
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	581	.0447504	26	19	22	26
2	928	.0462362	43	20	21	24
3	1240	.0467742	58	18	22	24
4	2042	.0450539	92	19	23	25
total	4791	.0457107	219	19	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



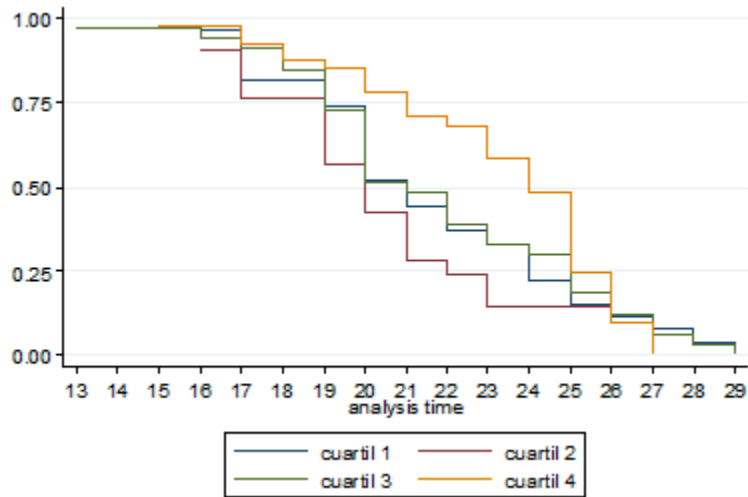
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	606	.0478548	29	18	20	24
2	659	.0485584	32	18	21	23
3	875	.0468571	41	19	20	23
4	1779	.0427206	76	21	24	26
total	3919	.0454197	178	20	22	25

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, antes del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.



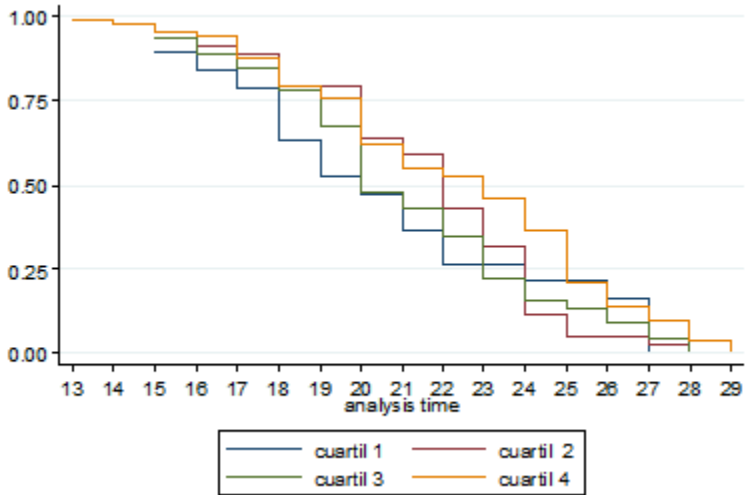
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	212	.0424528	9	23	24	25
2	209	.0478469	10	18	21	23
3	430	.0465116	20	18	22	24
4	1043	.0431448	45	21	23	26
total	1894	.0443506	84	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, antes del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



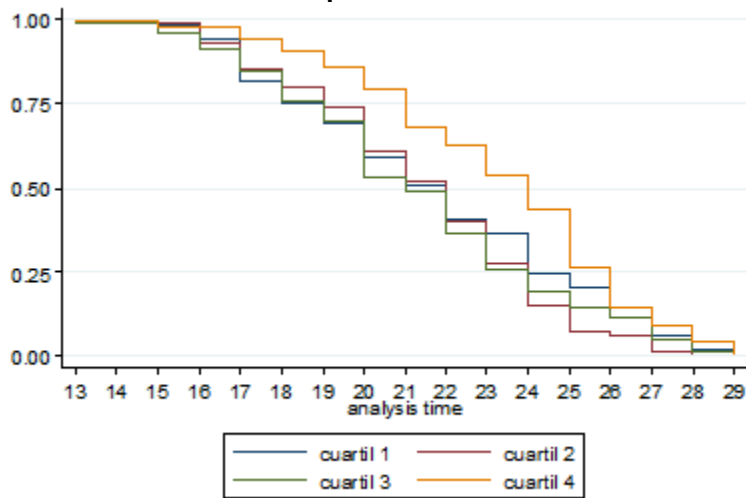
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	583	.0463122	27	19	21	24
2	430	.0488372	21	19	20	22
3	718	.045961	33	19	21	25
4	951	.0431125	41	21	24	25
total	2682	.0454884	122	19	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, antes del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



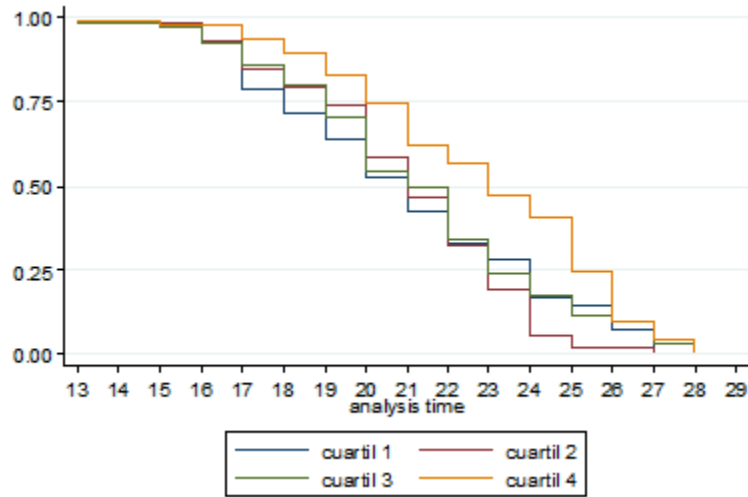
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	332	.0484694	19	18	20	24
2	948	.0464135	44	20	22	24
3	967	.0475698	46	19	20	23
4	1827	.0448823	82	20	23	25
total	4134	.0462022	191	19	22	24

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes del primer hijo, por primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



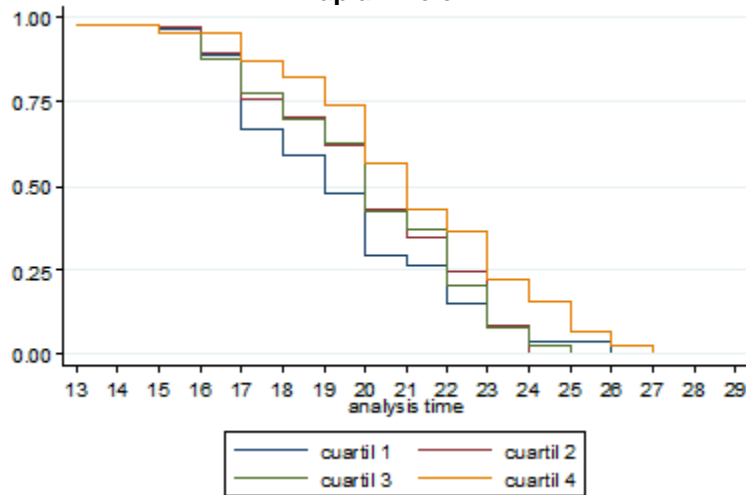
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1065	.0460094	49	19	22	24
2	1477	.0467163	69	19	22	24
3	1693	.04694	79	19	21	24
4	3116	.0430039	134	21	24	26
total	7341	.0450892	331	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes del primer hijo, por primer hijo origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



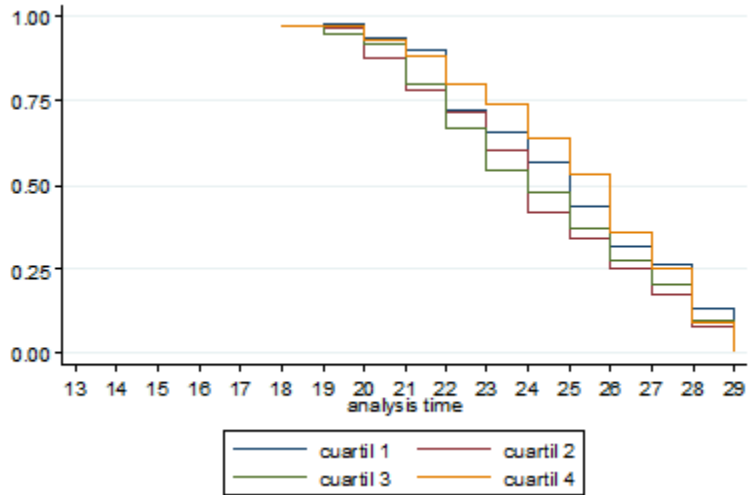
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	882	.047619	42	18	21	24
2	1215	.0477366	58	19	21	23
3	1360	.0470588	64	19	21	23
4	2166	.0438596	95	20	23	25
total	5623	.0460608	259	19	22	24

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes del primer hijo, por segundo hijo origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



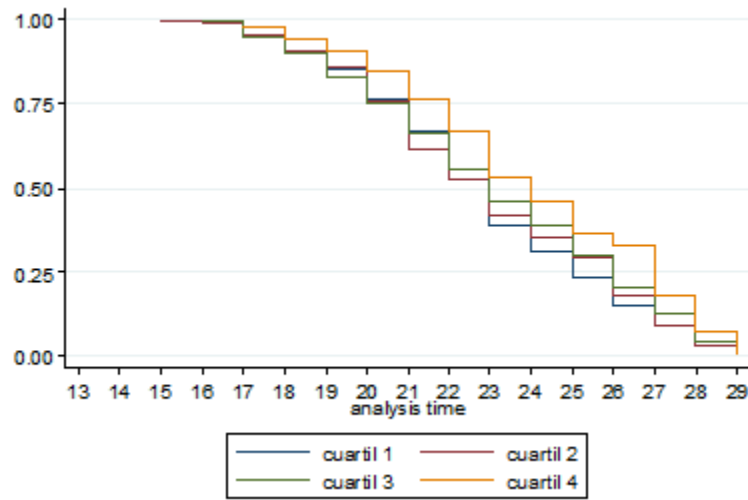
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	525	.0514286	27	17	19	22
2	742	.0498652	37	18	20	22
3	799	.0500626	40	18	20	22
4	972	.0473251	46	19	21	23
total	3038	.0493746	150	18	20	23

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



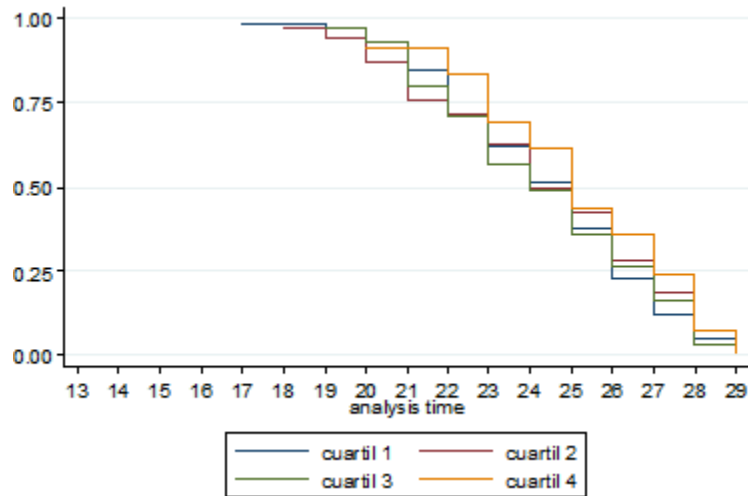
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2268	.0401235	91	22	25	28
2	2130	.0413146	88	22	24	26
3	1921	.0411862	75	22	24	27
4	1736	.0397465	69	23	26	27
total	7955	.0406034	323	22	25	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



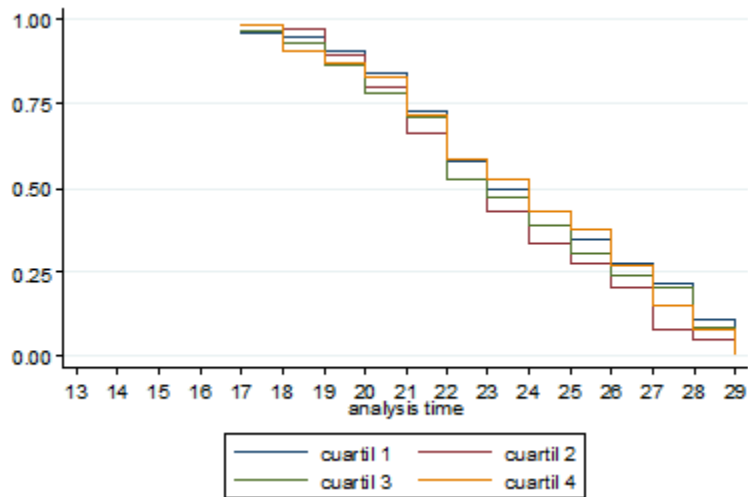
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2907	.0436877	127	21	23	25
2	3100	.0435484	135	21	23	26
3	3010	.0431884	130	21	23	26
4	2020	.0415842	84	22	24	27
total	11037	.0431277	476	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, después del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1605	.0411215	66	22	23	26
2	1705	.0410557	70	22	24	27
3	1675	.041194	69	22	24	27
4	1375	.039884	55	23	25	27
total	6364	.0408548	260	22	25	27

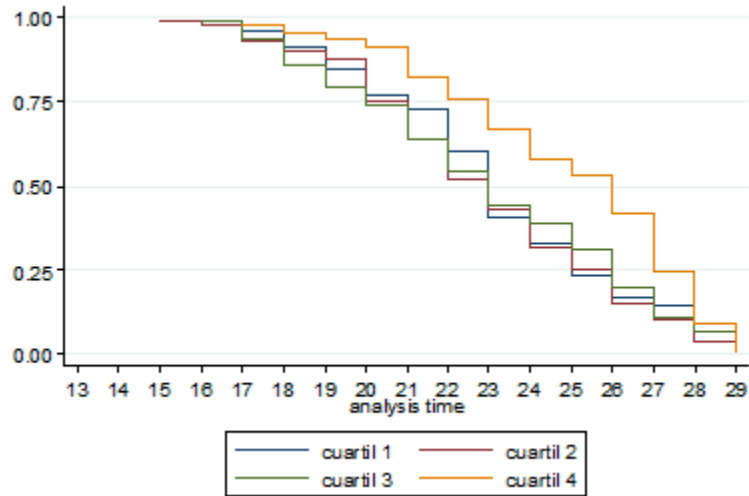
Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, después del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.



cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1764	.0419501	74	21	23	27
2	1513	.042961	65	21	23	26
3	1385	.0425993	59	21	23	26
4	1257	.0421639	53	21	24	27
total	5919	.0424058	251	21	23	26

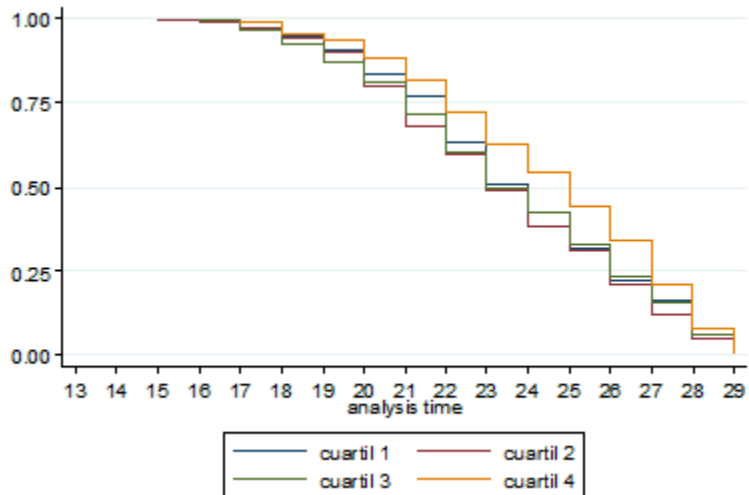


**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, después del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



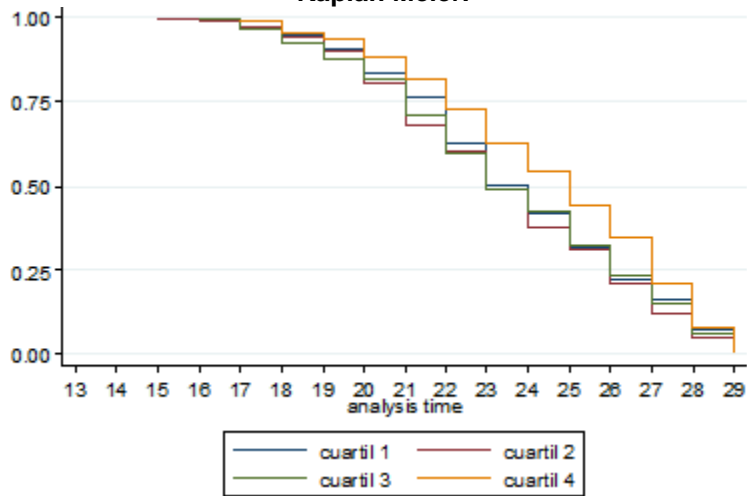
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1806	.0431894	78	21	23	25
2	2012	.0437376	88	20	23	25
3	1771	.0434783	77	20	23	26
4	1120	.0401786	45	23	26	27
total	6709	.0429274	288	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer hijo, por primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



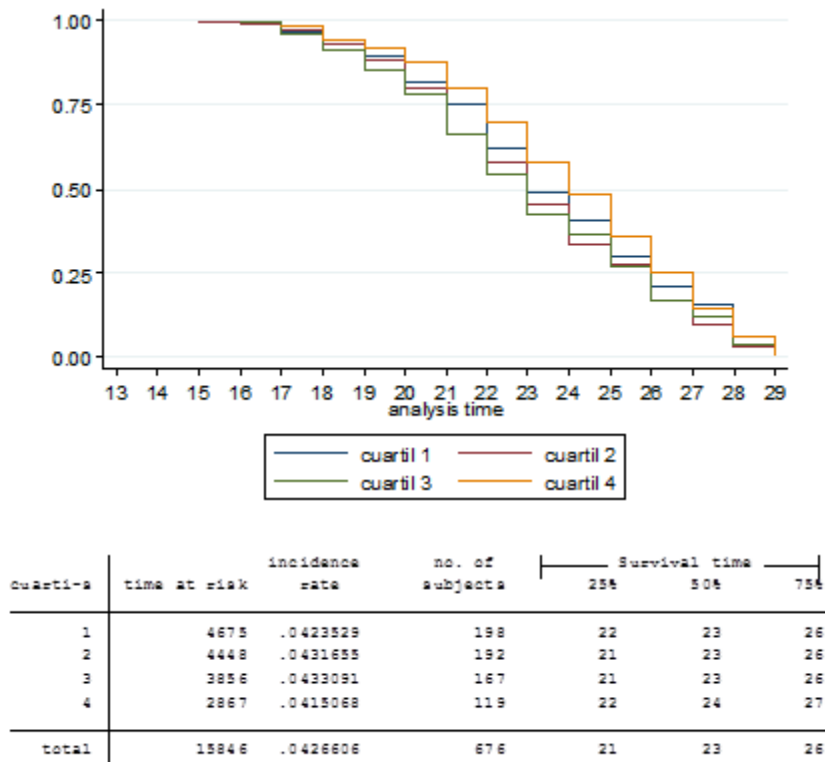
cuartila	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	5154	.0421032	217	22	24	26
2	5206	.0426431	222	21	23	26
3	4789	.0423888	203	21	23	26
4	3705	.0407557	151	22	25	27
total	18854	.04206	793	21	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer hijo, por primer hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

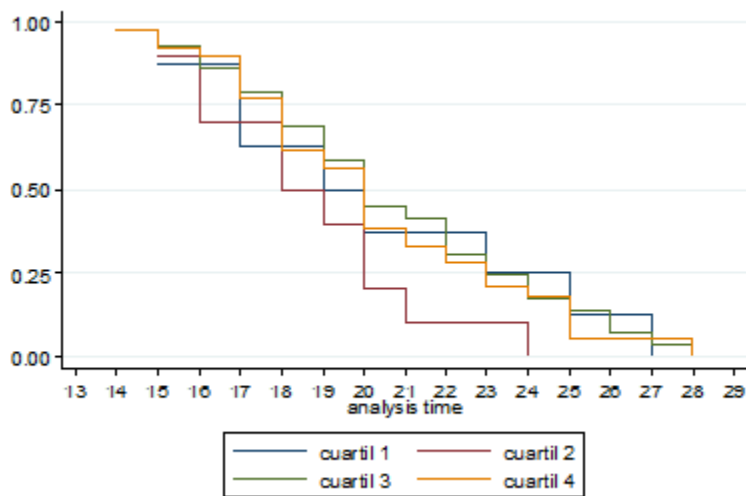


cuartila	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	5175	.0421256	218	22	24	26
2	5230	.0426386	223	21	23	26
3	4831	.0424343	205	21	23	26
4	3756	.0407348	153	22	25	27
total	18992	.0420703	799	21	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer hijo, por segundo hijo origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

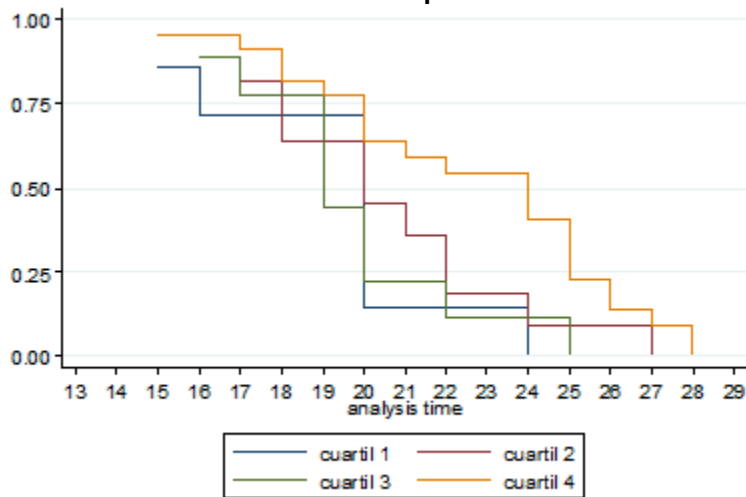


**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes del primer hijo y la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



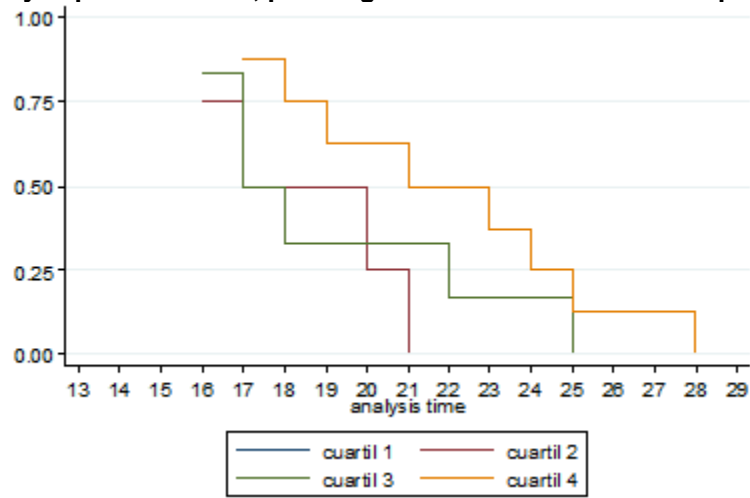
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	163	.0490798	8	17	19	23
2	187	.0534759	10	16	18	20
3	600	.0483333	29	18	20	23
4	791	.0493047	39	18	20	23
total	1741	.0493969	86	18	20	23

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes del primer hijo y la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



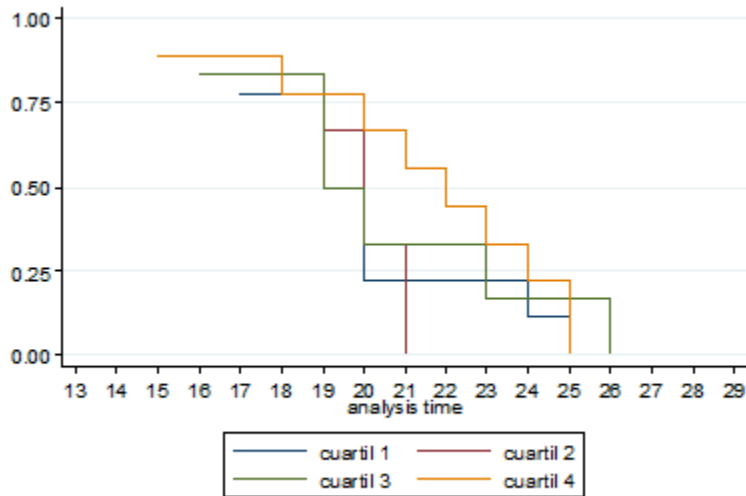
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	135	.0518519	7	16	20	20
2	226	.0486726	11	18	20	22
3	177	.0508475	9	19	19	20
4	497	.0442656	22	20	24	25
total	1035	.047343	49	19	20	24

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, antes del primer hijo y la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.



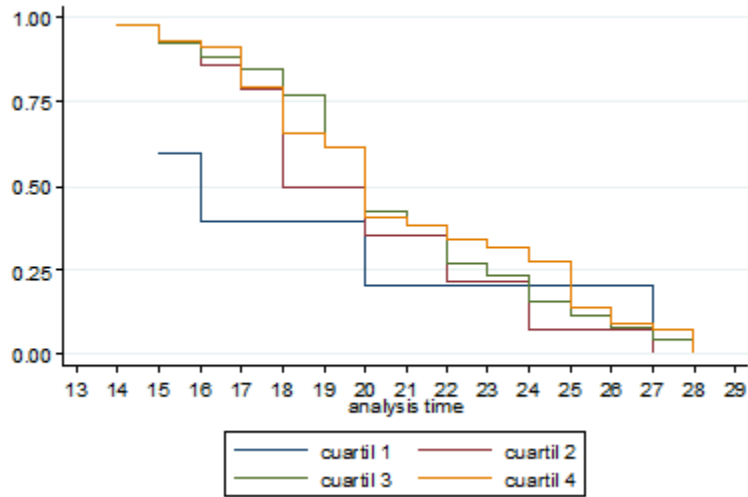
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	23	.0434783	1	-	-	-
2	74	.0540541	4	16	17	20
3	115	.0521739	6	17	17	22
4	175	.0457143	8	18	21	24
total	387	.0490956	19	17	20	23

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, antes del primer hijo y la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.



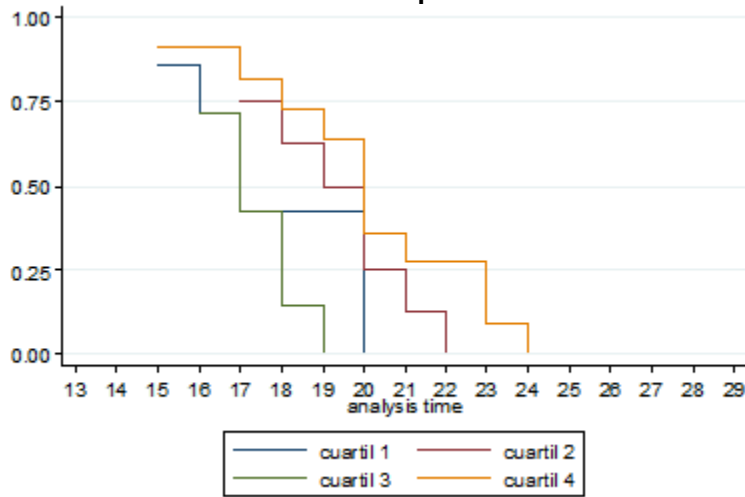
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	182	.0494505	9	19	20	20
2	60	.05	3	19	20	21
3	123	.0487805	6	19	19	23
4	193	.0466321	9	20	22	24
total	558	.0483871	27	19	20	23

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, antes del primer hijo y la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.



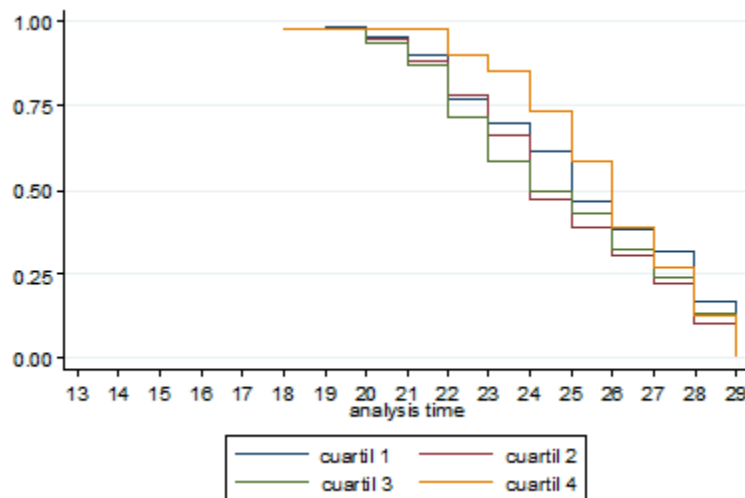
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	93	.0537634	5	15	16	20
2	279	.0501792	14	18	18	22
3	539	.0482375	26	19	20	23
4	920	.0478261	44	18	20	25
total	1831	.0486073	89	18	20	24

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes del primer hijo y la primera unión, por segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



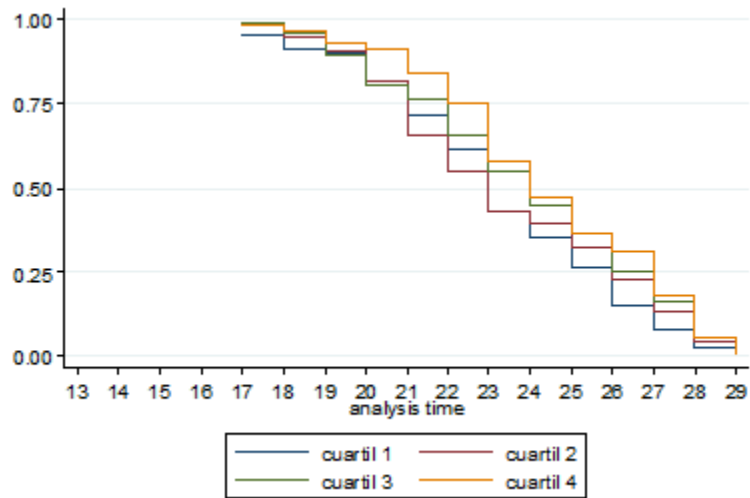
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	125	.056	7	16	17	20
2	154	.0519481	8	17	19	20
3	121	.0578512	7	16	17	18
4	220	.05	11	18	20	23
total	620	.0532258	33	17	19	20

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1515	.039604	60	23	25	28
2	1461	.0403833	59	23	24	27
3	1136	.040493	46	22	24	27
4	1056	.0388258	41	24	26	28
total	5168	.0388607	206	23	25	28

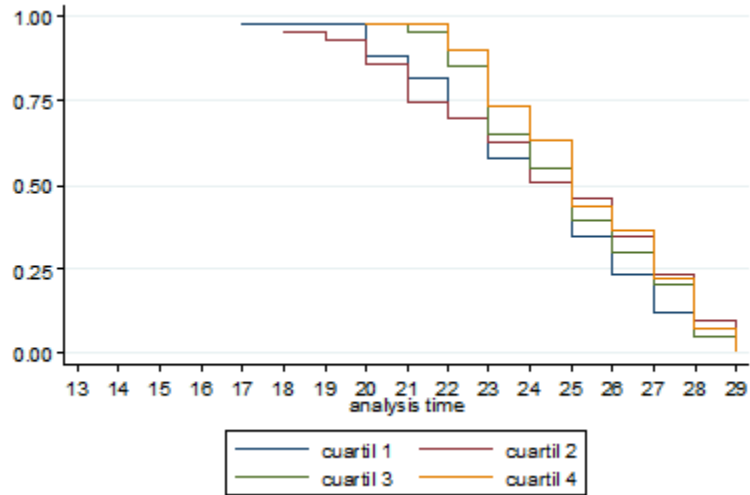
**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1879	.043108	81	21	23	26
2	1780	.0426966	76	21	23	26
3	1816	.0418502	76	22	24	26
4	1388	.0410663	57	23	24	27
total	6863	.0422556	290	21	23	26

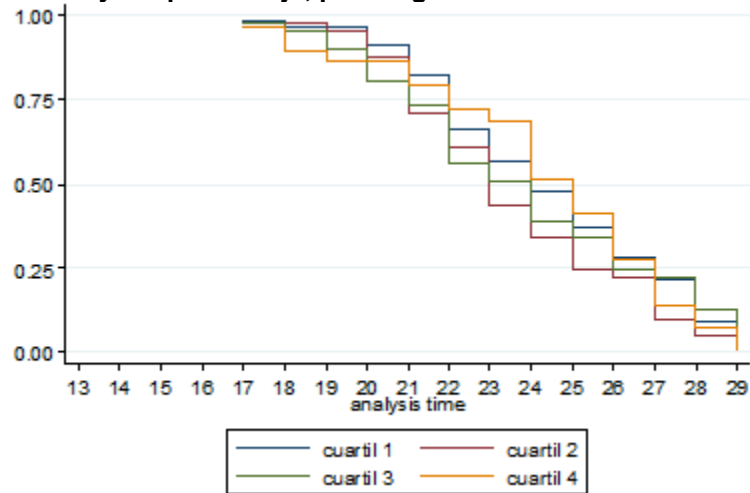


**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, después de la primera unión y del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



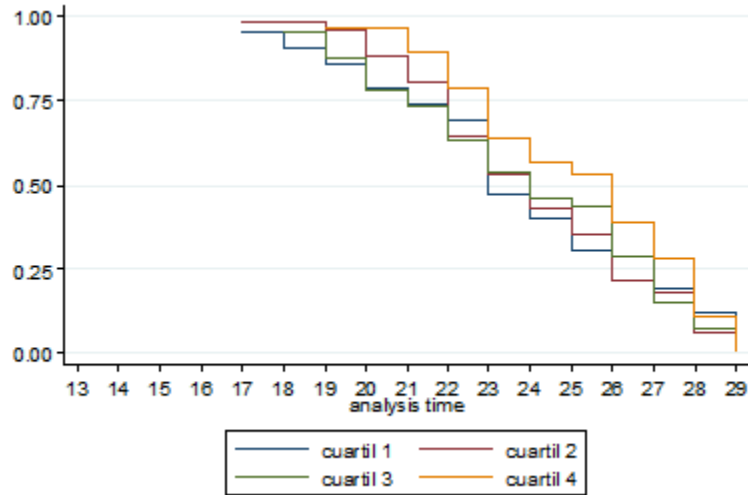
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1038	.0413859	43	22	25	26
2	1052	.0408745	43	21	25	27
3	997	.0401204	40	23	25	27
4	1038	.039499	41	23	25	27
total	4126	.040475	167	23	25	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, después de la primera unión y del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



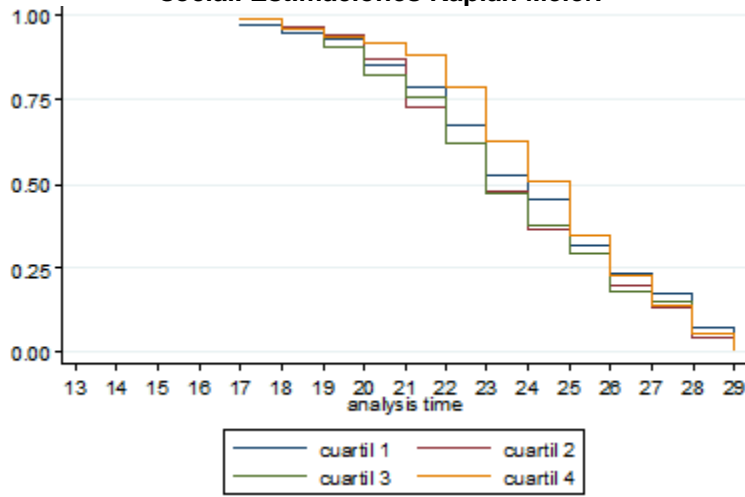
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1362	.041116	56	22	24	27
2	964	.0425311	41	21	23	25
3	974	.0420945	41	21	24	26
4	702	.0413105	28	22	25	27
total	4002	.0417281	167	22	24	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, después de la primera unión y del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



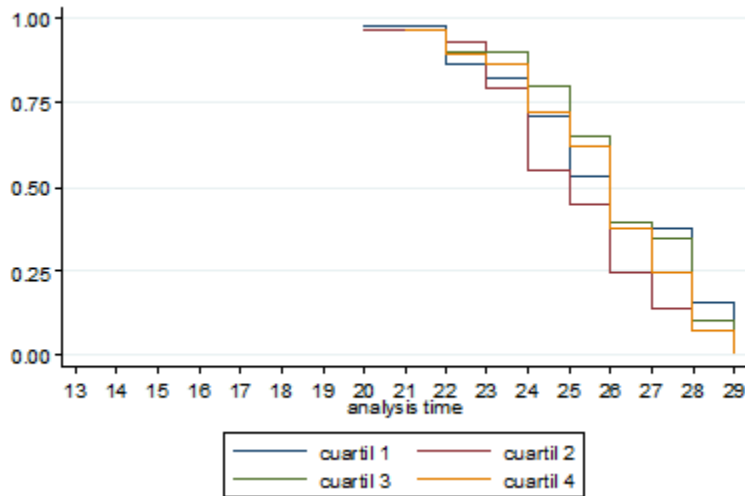
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	993	.0422961	42	21	23	26
2	1225	.0416327	51	22	24	26
3	981	.0417941	41	21	24	27
4	704	.0397727	28	23	26	28
total	3903	.0415065	162	22	24	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y del primer hijo, por segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



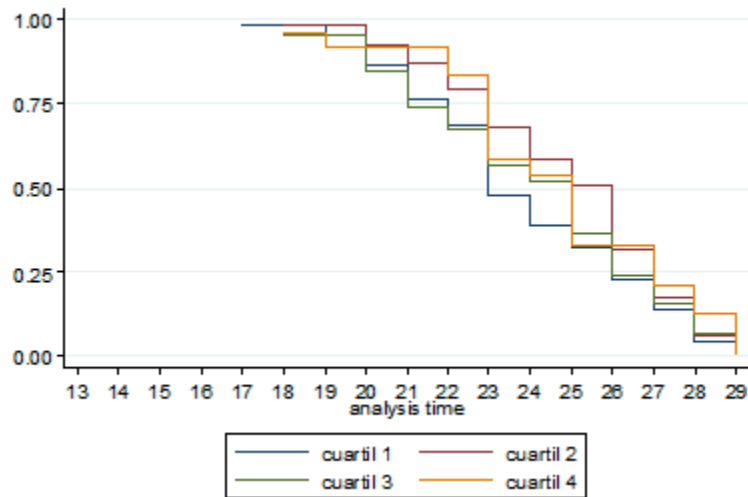
cuartila	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	3040	.0417763	127	22	24	26
2	2654	.0423163	114	21	23	26
3	2240	.0424107	95	22	23	26
4	1827	.0410509	75	23	25	26
total	9801	.0419345	411	22	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del segundo hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



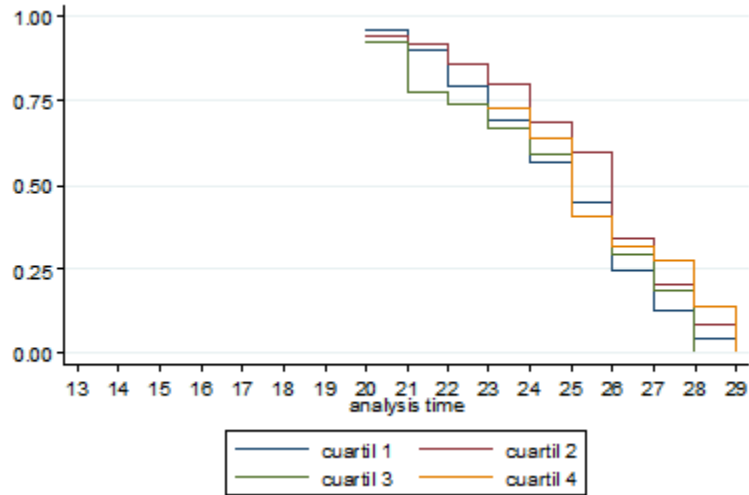
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1162	.0387263	45	24	26	28
2	728	.0388352	29	24	25	26
3	522	.0383142	20	25	26	28
4	747	.038822	29	24	26	27
total	3159	.0388364	123	24	26	28

**Primer uso de métodos anticonceptivos de las mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del segundo hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



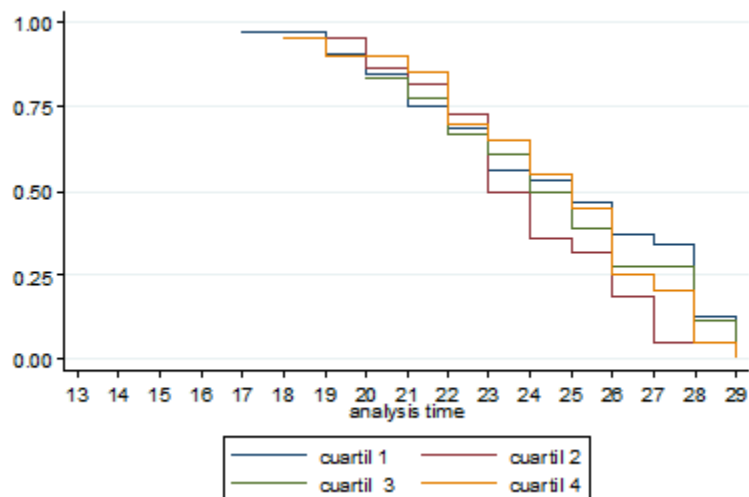
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1597	.0418537	67	22	23	26
2	1318	.0402124	53	23	26	27
3	1108	.0415162	46	21	25	26
4	592	.0405405	24	23	25	27
total	4615	.0411701	190	22	24	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, después del segundo hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



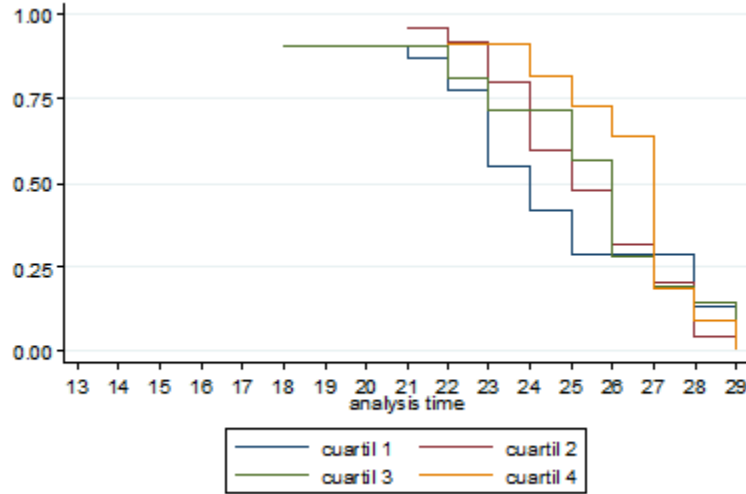
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1214	.0403624	49	23	25	26
2	890	.0393258	35	24	26	27
3	664	.0406627	27	22	25	27
4	561	.0392157	22	23	25	28
total	3329	.0399519	133	23	25	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, después del segundo hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



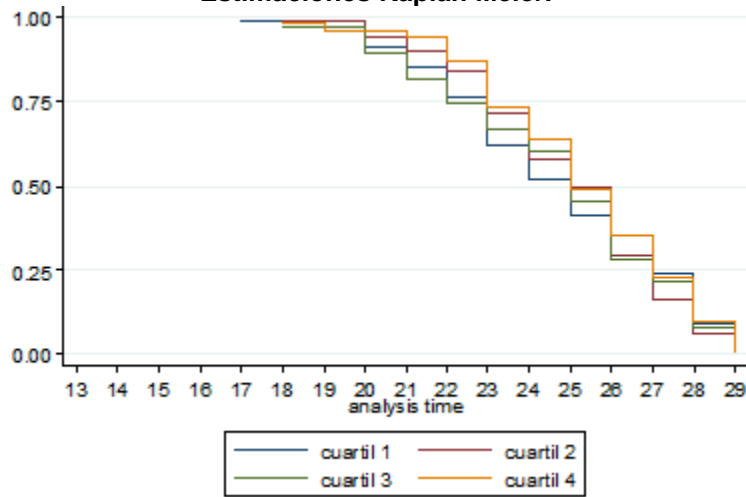
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	785	.0407643	32	21	25	28
2	523	.042065	22	22	23	26
3	440	.0409091	18	22	24	28
4	489	.0408998	20	22	25	27
total	2237	.0411265	92	22	24	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, después del segundo hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



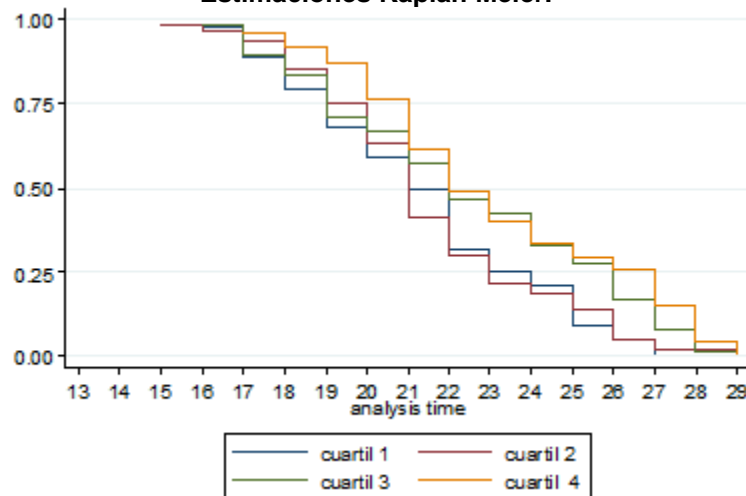
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	760	.0407895	31	23	24	28
2	633	.0394945	25	24	25	27
3	526	.039924	21	23	26	27
4	289	.0380623	11	25	27	27
total	2208	.0398551	88	23	25	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del segundo hijo, por primera unión y origen social.  
Estimaciones Kaplan Meier.**



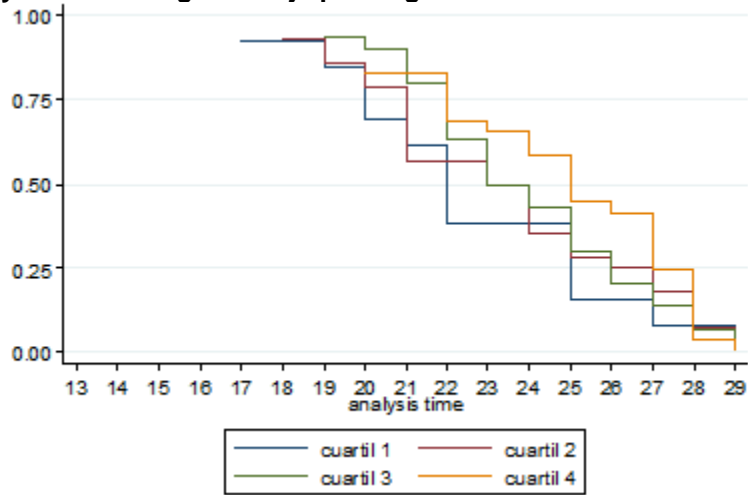
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2738	.0405405	111	23	25	27
2	2022	.0400593	81	23	25	27
3	1630	.0404908	66	22	25	27
4	1339	.0399818	53	23	25	27
total	7729	.0402381	311	23	25	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer y antes del segundo hijo por origen social.  
Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	939	.0468584	44	19	21	23
2	1287	.04662	60	19	21	23
3	1480	.0445946	66	19	22	26
4	1086	.0432781	47	21	22	27
total	4792	.0452838	217	20	22	25

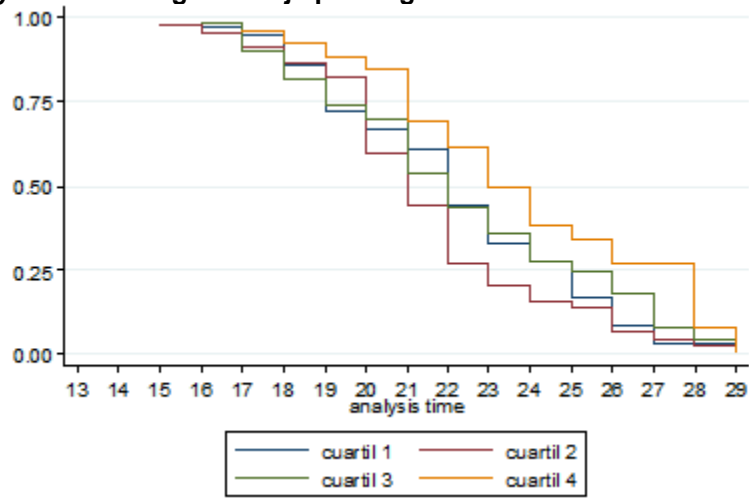
**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, después del primer y antes del segundo hijo por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	294	.0442177	13	20	22	25
2	654	.0428135	28	21	23	27
3	717	.041841	30	22	23	26
4	717	.0404463	29	22	25	27
total	2382	.0419815	100	21	24	27

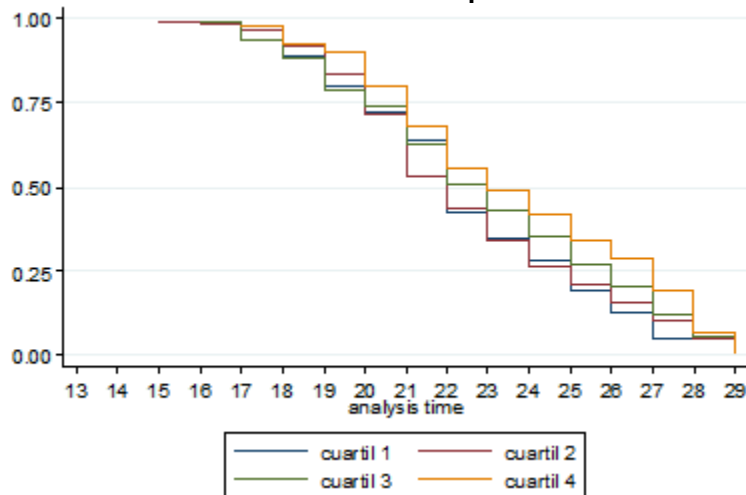


**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, después del primer y antes del segundo hijo por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



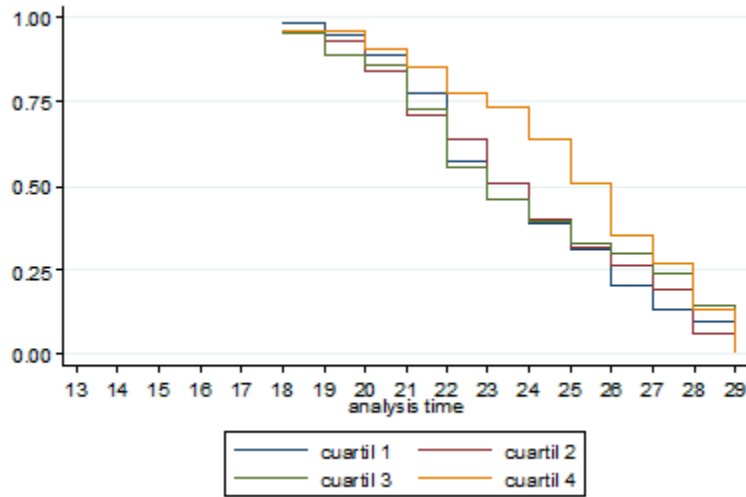
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	797	.0481694	36	19	22	25
2	966	.0468839	45	20	21	23
3	1115	.044843	50	19	22	25
4	618	.0420712	26	21	23	28
total	3496	.0449085	157	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer y antes del segundo hijo por primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



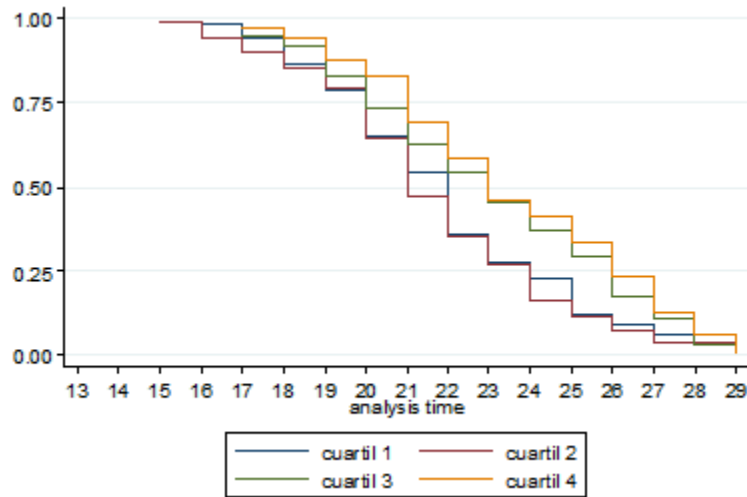
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1796	.0445434	80	20	22	25
2	2475	.0444444	110	20	22	25
3	2474	.043654	108	20	23	26
4	1867	.0423139	79	21	23	27
total	8612	.0437761	377	20	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y antes del segundo hijo por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



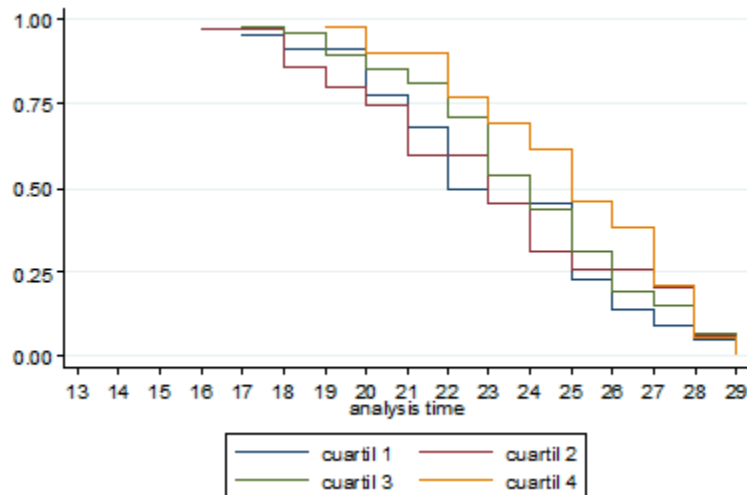
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	857	.042007	36	22	23	26
2	1188	.0420875	50	21	23	27
3	1036	.042471	44	21	23	25
4	832	.0408654	34	22	25	28
total	3913	.0419116	164	21	23	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y antes del segundo hijo por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



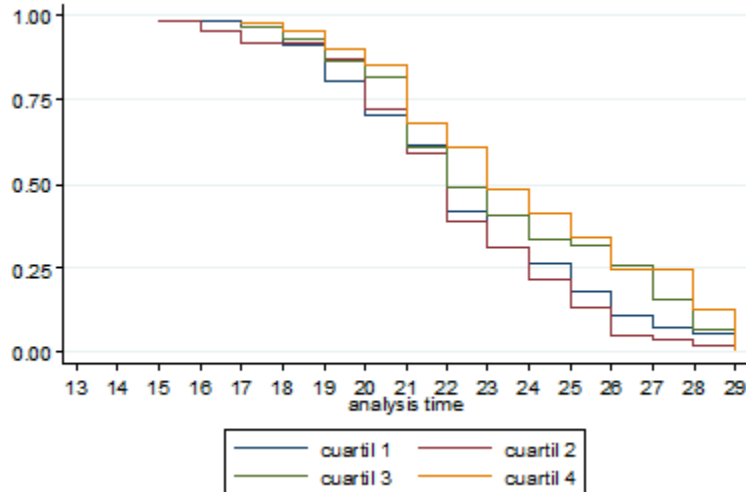
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	2731	.0438398	120	21	22	25
2	3420	.044152	151	20	22	25
3	3668	.0428026	157	21	23	26
4	2859	.0412732	118	22	25	27
total	12678	.0430667	546	21	23	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, después de la primera unión y antes del segundo hijo por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



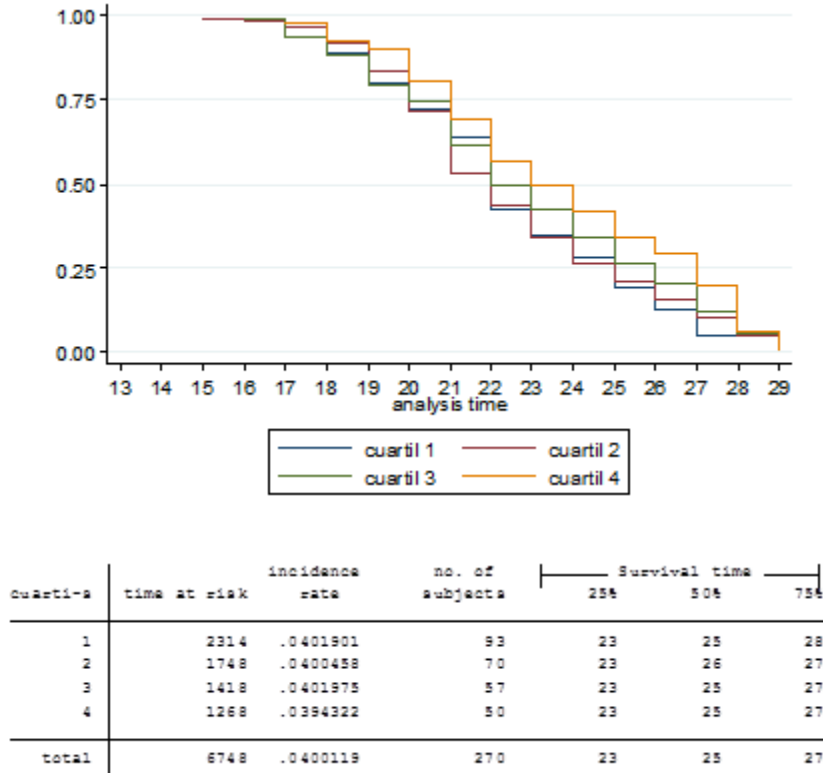
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	509	.043222	22	21	22	25
2	808	.0433168	35	20	23	27
3	1147	.0418483	48	22	24	26
4	973	.0400822	39	23	25	27
total	3437	.041897	144	22	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, después de la primera unión y antes del segundo hijo por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

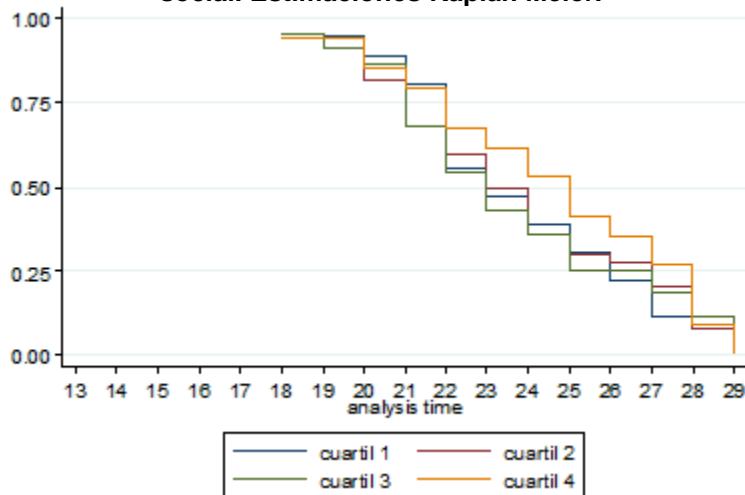


cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1276	.0446708	57	20	22	25
2	1348	.0452522	61	20	22	24
3	1370	.0430657	59	21	22	27
4	977	.0419652	41	21	23	26
total	4971	.0438544	218	21	22	25

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y el segundo hijo por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

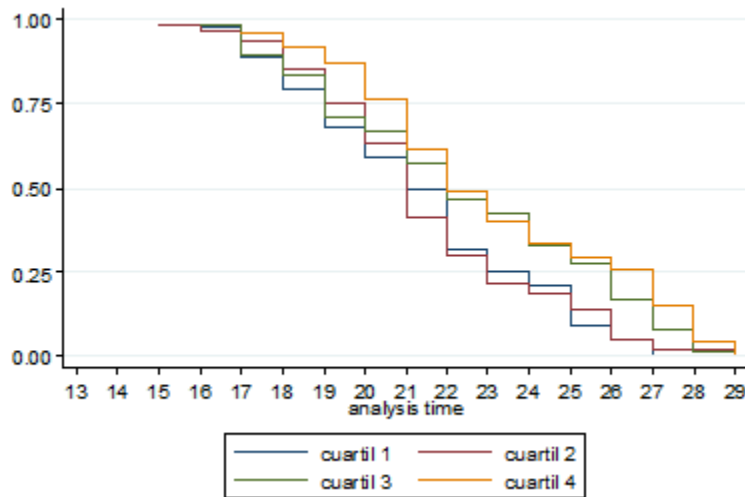


**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y el segundo hijo por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



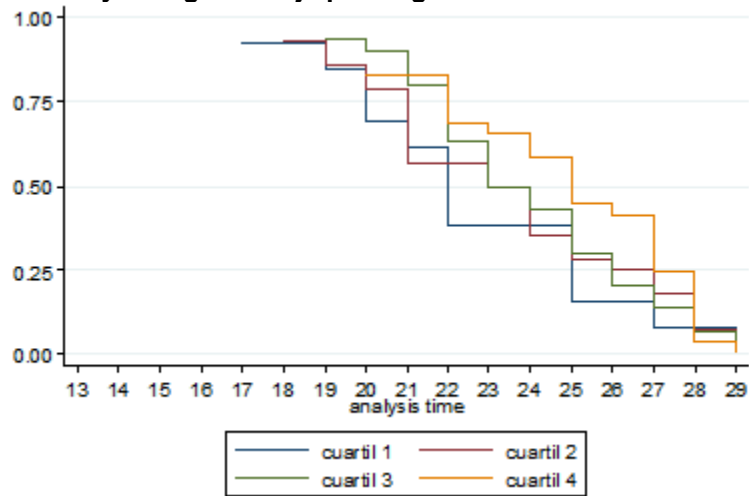
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	985	.0385787	38	24	26	28
2	656	.0396341	26	24	25	27
3	496	.0383065	19	23	26	28
4	676	.0384615	26	25	26	28
total	2813	.0387487	109	24	26	28

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y el segundo hijo por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



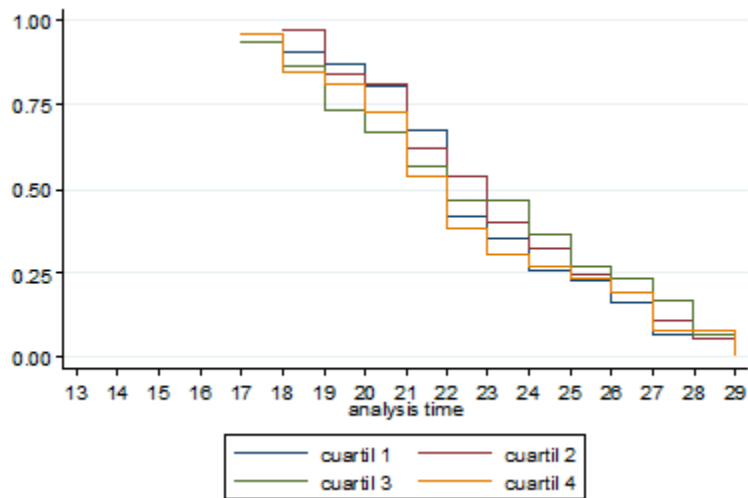
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1329	.0413845	55	23	24	27
2	1092	.0402893	44	23	26	27
3	922	.0412148	38	21	25	27
4	592	.0405405	24	23	25	27
total	3935	.0409149	161	23	25	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, después de la primera unión y el segundo hijo por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



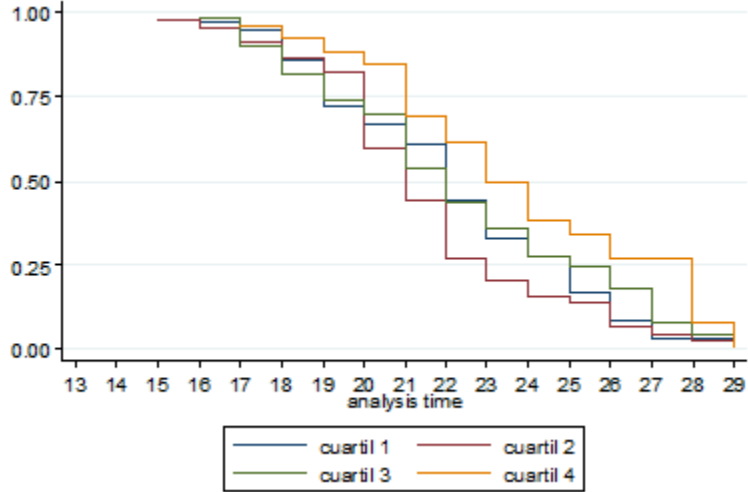
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	922	.0401302	37	23	25	27
2	736	.0394022	29	24	26	27
3	993	.0404722	24	22	25	27
4	561	.0392157	22	23	25	28
total	2812	.0398293	112	23	25	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, después de la primera unión y el segundo hijo por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	745	.0402685	30	22	25	28
2	479	.0417837	20	22	23	26
3	395	.0405063	16	22	24	28
4	442	.040724	18	22	25	27
total	2061	.0407569	84	22	25	27

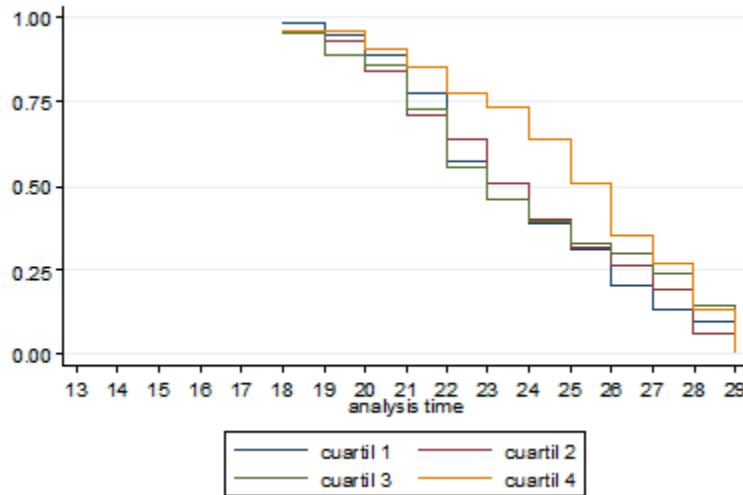
Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, después de la primera unión y el segundo hijo por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.



cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	647	.0401855	26	23	24	28
2	533	.0393996	21	24	26	27
3	430	.0399349	17	25	26	27
4	265	.0377358	10	26	27	27
total	1875	.0394667	74	23	26	28

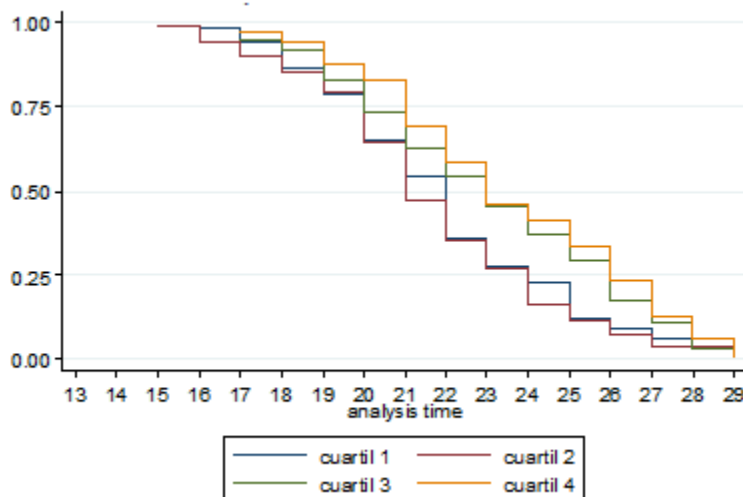


**Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y antes del segundo hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



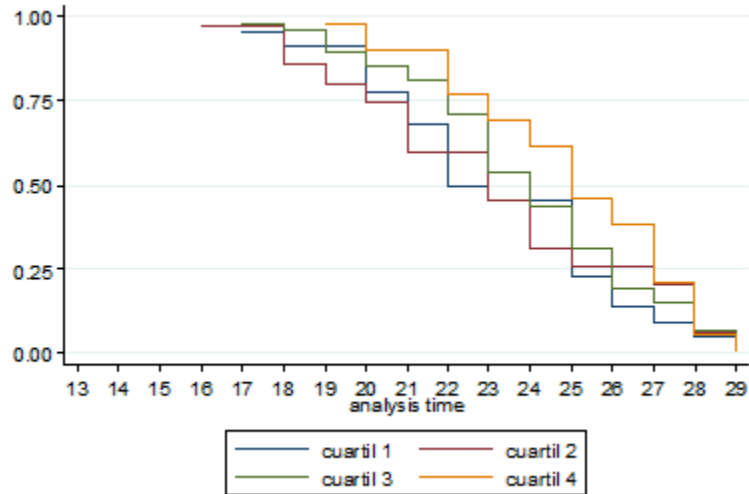
cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1283	.0420889	54	22	23	26
2	1646	.0419198	69	21	24	27
3	1503	.0419162	63	21	23	27
4	1330	.0398496	53	23	26	28
total	5762	.0414787	239	22	24	27

**Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y antes del segundo hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



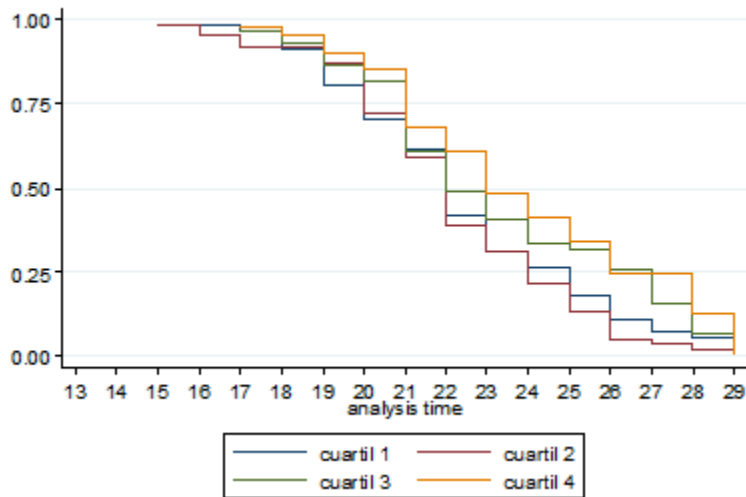
cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1448	.0455801	66	20	22	24
2	1774	.0462232	82	20	21	24
3	2165	.043418	94	20	23	26
4	1529	.0425114	65	21	23	26
total	6916	.0443898	307	20	22	25

Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, después de la primera unión y antes del segundo hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.



cuartiles	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	509	.043222	22	21	22	25
2	808	.0433168	35	20	23	27
3	1147	.0418483	48	22	24	26
4	973	.0400822	39	23	25	27
total	3437	.041897	144	22	24	26

**Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, después de la primera unión y antes del segundo hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**



cuartil-a	time at risk	incidence rate	no. of subjects	Survival time		
				25%	50%	75%
1	1276	.0446708	57	20	22	25
2	1348	.0452522	61	20	22	24
3	1370	.0430657	59	21	22	27
4	977	.0419652	41	21	23	26
total	4971	.0438544	218	21	22	25

**Prueba log rank**

**Gráfica 33. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por sexo. Estimaciones Kaplan Meier.**

sex	Events observed	Events expected
1	675	764.94
2	842	752.06
Total	1517	1517.00

chi2(1) = 28.35  
Pr>chi2 = 0.0000

**Gráfica 34. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años por cohorte de nacimiento. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	413	468.10
2	484	484.11
3	620	564.78
Total	1517	1517.00

chi2(2) = 15.67  
Pr>chi2 = 0.0004

**Gráfica 35. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	341	341.02
2	370	337.73
3	388	372.00
4	389	437.25
Total	1488	1488.00

chi2(3) = 12.05  
Pr>chi2 = 0.0072

**Gráfica 36. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por tipo de método.**

met_mod	Events observed	Events expected
0	128	153.59
1	1389	1363.41
Total	1517	1517.00

chi2(1) = 6.58  
Pr>chi2 = 0.0103

**Gráfica 37. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por utilización de métodos hormonales. Estimaciones Kaplan Meier.**

hormonales	Events observed	Events expected
0	866	940.74
1	651	576.26
Total	1517	1517.00

chi2(1) = 20.54  
Pr>chi2 = 0.0000

**Gráfica 38. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por utilización de Dispositivo Intauterino (DIU). Estimaciones Kaplan Meier.**

diu	Events observed	Events expected
0	991	1058.36
1	526	458.64
Total	1517	1517.00

chi2(1) = 18.42  
Pr>chi2 = 0.0000

**Gráfica 39. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por utilización de Oclusión Tubaria Bilateral (OTB). Estimaciones Kaplan.**

otb	Events observed	Events expected
0	1189	1216.09
1	328	300.91
Total	1517	1517.00

chi2(1) = 4.08  
Pr>chi2 = 0.0433

**Gráfica 40. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por utilización de condón. Estimaciones Kaplan Meier.**

condón	Events observed	Events expected
0	1297	1338.66
1	220	178.34
Total	1517	1517.00

chi2(1) = 14.24  
Pr>chi2 = 0.0002

**Gráfica 41. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por utilización de vasectomía. Estimaciones Kaplan Meier.**

vasectomia	Events observed	Events expected
0	1481	1477.96
1	36	39.04
Total	1517	1517.00

chi2(1) = 0.34  
Pr>chi2 = 0.5621

**Gráfica 42. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por primera unión. Estimaciones Kaplan Meier.**

union	Events observed	Events expected
0	75	47.61
1	1442	1469.39
Total	1517	1517.00

chi2(1) = 20.24  
Pr>chi2 = 0.0000

**Gráfica 43. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por primer hijo. Estimaciones Kaplan Meier.**

hijo_1	Events observed	Events expected
0	140	131.79
1	1377	1385.21
Total	1517	1517.00

chi2(1) = 0.76  
Pr>chi2 = 0.3838

**Gráfica 44. Primer uso de anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966- 1968 y 1978-1980 por segundo hijo. Estimaciones Kaplan Meier.**

hijo_2	Events observed	Events expected
0	479	630.41
1	1038	886.59
Total	1517	1517.00

chi2(1) = 85.59  
Pr>chi2 = 0.0000

**Gráfica 45. Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por cohorte de nacimiento. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	185	212.29
2	202	206.28
3	288	256.44
Total	675	675.00

chi2(2) = 10.06  
Pr>chi2 = 0.0065

**Gráfica 46. Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por cohorte de nacimiento. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	228	255.94
2	282	280.29
3	332	305.77
Total	842	842.00

chi2(2) = 6.92  
Pr>chi2 = 0.0314

**Gráfica 47. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos modernos y cohorte de nacimiento. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	363	427.33
2	435	420.93
3	591	540.75
Total	1389	1389.00

chi2(2) = 19.64  
Pr>chi2 = 0.0001

**Gráfica 48. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos tradicionales, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	50	40.28
2	49	59.63
3	29	28.08
Total	128	128.00

chi2(2) = 5.85  
Pr>chi2 = 0.0537

**Gráfica 49. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por utilización de métodos hormonales, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	228	266.92
2	197	174.83
3	226	209.25
Total	651	651.00

chi2(2) = 13.02  
Pr>chi2 = 0.0015

**Gráfica 50. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de DIU y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	102	121.67
2	181	178.84
3	243	225.49
Total	526	526.00

chi2(2) = 6.04  
Pr>chi2 = 0.0488

**Gráfica 51. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de OTB y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	74	96.45
2	121	112.44
3	133	119.12
Total	328	328.00

chi2(2) = 9.91  
Pr>chi2 = 0.0071

**Gráfica 52. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de condón y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	20	27.47
2	47	49.58
3	153	142.95
Total	220	220.00

chi2(2) = 3.94  
Pr>chi2 = 0.1396

**Gráfica 53. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de vasectomía y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	9	12.21
2	12	12.71
3	15	11.08
Total	36	36.00

chi2(2) = 3.00  
Pr>chi2 = 0.2235

**Gráfica 54. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por primera unión y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	405	449.85
2	472	466.27
3	565	525.88
Total	1442	1442.00

chi2(2) = 9.84  
Pr>chi2 = 0.0073

**Gráfica 55. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por primer hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	391	438.77
2	452	445.30
3	534	492.93
Total	1377	1377.00

chi2(2) = 11.52  
Pr>chi2 = 0.0032



**Gráfica 56. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por segundo hijo y cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	322	378.42
2	349	327.27
3	367	332.32
Total	1038	1038.00

chi2(2) = 17.77  
Pr>chi2 = 0.0001

**Gráfica 57. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes de la primera unión, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	45	56.71
2	49	48.14
3	139	128.14
Total	233	233.00

chi2(2) = 4.47  
Pr>chi2 = 0.1072

**Gráfica 58. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes del primer hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	84	95.15
2	123	124.14
3	198	185.70
Total	405	405.00

chi2(2) = 2.79  
Pr>chi2 = 0.2477

**Gráfica 59. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer hijo y antes de la primera unión, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	20	28.75
2	10	7.09
3	28	22.16
Total	58	58.00

chi2(2) = 7.30  
Pr>chi2 = 0.0260

**Gráfica 60. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 antes del primer hijo y la primera unión, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	19	18.24
2	27	25.88
3	93	94.88
Total	139	139.00

chi2(2) = 0.15  
Pr>chi2 = 0.9268

**Gráfica 61. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la unión y del primer hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	171	181.25
2	169	160.23
3	166	164.52
Total	506	506.00

chi2(2) = 1.48  
Pr>chi2 = 0.4770

**Gráfica 62. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y del segundo hijo, por cohorte. Estimaciones Kaplan Meier.**

cohorte	Events observed	Events expected
1	115	111.80
2	87	81.63
3	76	84.57
Total	278	278.00

chi2(2) = 1.96  
Pr>chi2 = 0.3751

**Gráfica 63. Primer uso de métodos anticonceptivos de hombres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	142	159.73
2	164	146.04
3	167	157.85
4	190	199.39
Total	663	663.00

chi2(3) = 6.94  
Pr>chi2 = 0.0739

**Gráfica 64. Primer uso de métodos anticonceptivos de mujeres hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	199	181.25
2	206	191.47
3	221	215.78
4	199	236.50
Total	825	825.00

chi2(3) = 11.86  
Pr>chi2 = 0.0079

**Gráfica 65. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1951-1953, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	86	84.84
2	92	95.17
3	113	102.25
4	116	124.74
Total	407	407.00

chi2(3) = 2.54  
Pr>chi2 = 0.4672

**Gráfica 66. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1966-1968, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	123	127.27
2	113	99.28
3	121	119.03
4	119	130.42
Total	476	476.00

chi2(3) = 3.98  
Pr>chi2 = 0.2638

**Gráfica 67. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en la cohorte 1978-1980, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	132	128.19
2	165	147.66
3	154	148.30
4	154	180.85
Total	605	605.00

chi2(3) = 8.38  
Pr>chi2 = 0.0387

**Gráfica 68. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos modernos y origen social.**

**Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	313	314.32
2	347	322.09
3	351	331.93
4	352	394.66
Total	1363	1363.00

chi2(3) = 10.15  
Pr>chi2 = 0.0173

**Gráfica 69. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos tradicionales, y origen social.**

**Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	28	26.99
2	23	17.83
3	37	38.71
4	37	41.47
Total	125	125.00

chi2(3) = 2.82  
Pr>chi2 = 0.4197

**Gráfica 70. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de métodos hormonales y origen social.**

**Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	142	142.93
2	163	141.68
3	168	160.35
4	167	195.04
Total	640	640.00

chi2(3) = 10.07  
Pr>chi2 = 0.0180

**Gráfica 71. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de DIU y origen social. Estimaciones Kaplan**

**Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	119	109.97
2	153	145.88
3	130	122.28
4	117	140.87
Total	519	519.00

chi2(3) = 7.61  
Pr>chi2 = 0.0547

**Gráfica 72. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de OTB y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	89	97.55
2	82	76.65
3	86	64.86
4	62	79.95
Total	319	319.00

chi2(3) = 15.58  
 Pr>chi2 = 0.0014

**Gráfica 73. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de condón y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	36	36.73
2	40	45.17
3	66	62.37
4	74	71.74
Total	216	216.00

chi2(3) = 1.16  
 Pr>chi2 = 0.7620

**Gráfica 74. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por utilización de vasectomía y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	9	8.79
2	8	5.14
3	13	17.35
4	6	4.73
Total	36	36.00

chi2(3) = 3.88  
 Pr>chi2 = 0.2745

**Gráfica 75. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por primera unión y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	334	331.63
2	362	326.68
3	365	349.12
4	353	406.57
Total	1414	1414.00

chi2(3) = 15.45  
 Pr>chi2 = 0.0015

**Gráfica 76. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980 por primer hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	328	323.25
2	353	321.32
3	353	343.78
4	316	361.65
Total	1350	1350.00

chi2(3) = 12.22  
Pr>chi2 = 0.0067

**Gráfica 77. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, por segundo hijo y origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	274	291.51
2	278	260.28
3	256	233.09
4	209	232.11
Total	1017	1017.00

chi2(3) = 8.96  
Pr>chi2 = 0.0298

**Gráfica 78. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes de la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	42	38.73
2	47	44.03
3	62	54.29
4	77	90.95
Total	228	228.00

chi2(3) = 4.94  
Pr>chi2 = 0.1762

**Gráfica 79. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	55	51.77
2	75	56.97
3	99	85.66
4	168	202.60
Total	397	397.00

chi2(3) = 17.95  
Pr>chi2 = 0.0005

**Gráfica 80. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, antes del primer hijo y la primera unión, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	15	12.75
2	21	15.80
3	38	36.05
4	61	70.40
Total	135	135.00

chi2(3) = 4.45  
 Pr>chi2 = 0.2165

**Gráfica 81. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y del primer hijo, por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	141	136.44
2	135	126.01
3	122	121.64
4	98	111.91
Total	496	496.00

chi2(3) = 3.50  
 Pr>chi2 = 0.3211

**Gráfica 82. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después del primer hijo y antes de la primera unión, por origen social.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	17	18.18
2	20	19.58
3	17	11.55
4	4	8.69
Total	58	58.00

chi2(3) = 7.40  
 Pr>chi2 = 0.0601

**Gráfica 83. Primer uso de métodos anticonceptivos hasta los 29 años en las cohortes 1951-1953, 1966-1968 y 1978-1980, después de la primera unión y el segundo hijo por origen social. Estimaciones Kaplan Meier.**

cuartilesios	Events observed	Events expected
1	93	93.94
2	70	65.53
3	57	56.89
4	50	53.64
Total	270	270.00

chi2(3) = 0.80  
Pr>chi2 = 0.8501



## Referencias

- Adaszko, A. (2005). Perspectivas socioantropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo". En M. Gogna (ed.), *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-Unicef.
- Aparicio, R. (2008). Necesidades no satisfechas de anticoncepción. En Lerner, S. & Szasza, I. *Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo I*. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos Urbanos y Ambientales.
- Bourdieu, P. (1995), *Por una antropología reflexiva*. Grijalbo: México.
- (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Camarena, R. & Lerner S. (2008). Necesidad insatisfecha en salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural. En Lerner, S. & Szasz, I. *Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo I*. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos Urbanos y Ambientales.
- Cecconi, S. (2003). Cuerpo y sexualidad: condiciones de precariedad y representaciones de género. En Margulis, M. *et al. Juventud, cultura, sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos.
- Collignon, María y Rodríguez Zeyda (2013). Afectividad y sexualidad entre los jóvenes. Tres escenarios para la experiencia íntima en el siglo XX. En Reguillo, Rossana (coord.). *Los jóvenes en México*. México: Fondo de Cultura Económica y CONACULTA,
- Coubès, M. & Zenteno, R. (2004). Transición a la vida adulta en el contexto mexicano: una discusión a partir del modelo normativo. En Coubès M., Zavala, M. & Zenteno, R. (coord.), *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX una perspectiva de historias de vida*. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte (Colmex).
- Davis, K. y J. Blake (1967). La estructura social y la fecundidad. Un sistema analítico. En Freedman, R., Kingsley, D. y Blake, J. *Factores sociológicos de la fecundidad*. (155-197). México: El Colegio de México (Colmex)/CELADE.
- De Barbieri, T. (1999). Cambios sociodemográficos, políticas de población y derechos reproductivos en México. En Ortíz-Ortega, A., *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana (UAM).
- De Jesús, D. (2011). *Adolescencias escindidas. Sexualidad y reproducción adolescente en contextos urbano- marginales de Nuevo León*. Monterrey: Tendencias.
- Easterlin, R. (1973). *The economics and sociology of fertility: a synthesis*. N.J.: Institute for Advanced Study.
- Elder, G. (1991). Lives and social change. En Walter Heinz (ed.), *Theoretical Advances in Life Course Research. Status Passages and the Life Course vol. I*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Espinosa, G. (2008). Maternidad indígena: Los deseos, los derechos, las costumbres. En Lerner, S. & Szasz, I. *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*.

- Tomo II. México: El Colegio de México, Centro de estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales.
- Golstein, W & Schufer, M. (2003). Después del debut ¿qué?. Una mirada a la sexualidad de los varones jóvenes de Buenos Aires. En Pentalides, E. & López, E. (coord.). *Varones latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción*. Buenos Aires: Paidós.
- Gómez, J. & Rabell, C. (2001). *La población en México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. México: Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- Gómez, J. & Hernández D. (2002). Pobreza y uso de métodos anticonceptivos en el México rural. En Rabell, C. & Zavala M., *La fecundidad en condiciones de pobreza. Una visión internacional*. México: Instituto de Investigaciones sociales (IIS).
- González, M. (coord.) (1998). *Los mercados de trabajo femeninos. Tendencias recientes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto de Investigaciones Económicas.
- Hernández, D. (2001). Anticoncepción en México. En Gómez, J. & Rabell, C. (2001). *La población en México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. México: Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- Jiménez, L. (coord.). (1992). *Políticas de Población en México: un acercamiento a sus planteamientos y a sus efectos*. Morelos: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM).
- Juárez, F. (2002). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina: evidencia teorías e intervenciones. En Rabell, C. & Zavala M., *La fecundidad en condiciones de pobreza. Una visión internacional*. México: Instituto de Investigaciones sociales (IIS).
- Juárez, F. & Valencia, J. (2010). Usuarias de métodos anticonceptivos y sus necesidades no satisfechas de anticoncepción. En Chávez, A.M. & Menkes, C. (eds), *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la Enadid 2006*. México: Secretaria de Salud-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/UNAM.
- Kothari, D. & Krishnaswamy S.(2002). La pobreza y la planificación familiar en la India. Un estudio de caso. En Rabell, C. & Zavala M., *La fecundidad en condiciones de pobreza. Una visión internacional*. México: Instituto de Investigaciones sociales (IIS).
- Lagarde, M. (1996). La multidimensionalidad de la categoría género y del feminismo. En González, María Luisa (coord.) *Metodología en los estudios de género*. México: IIEC-UNAM.
- Lamas. M. (1997). La antropología feminista y la categoría "género", en Martha Lamas (Comp.) 1997. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Miguel Ángel Porrúa y PUEG-UNAM
- Lassonde, L. (1997). *Los desafíos de la demografía ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?*. México: UNAM-FCE.
- Leñero, O. (1979). *Valores ideológicos y políticas de población en México*. México: Educal.
- Lerner, S. & Quesnel A. (2002). Contextos, instituciones y actores sociales: hacia un enfoque múltiple de relaciones entre las condiciones de vida y

- comportamientos reproductivos. En Rabell, C. & Zavala, M. (comp.). *La fecundidad en condiciones de pobreza. Una visión internacional*. México: Instituto de Investigaciones Sociales (IIS).
- & Szasz, I. (2008). La investigación de las relaciones entre la salud reproductiva y las condiciones de vida de la población en México. En Lerner, S. & Szasz, I. (coord.). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo I*. México: El Colegio de México (Colmex).
- Margulis, (2003). *Juventud, cultura, sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos.
- Mandatos culturales sobre la sexualidad y el amor. En Margulis, *Juventud, cultura, sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos.
- Martes Camargo, P. (2014). *Determinantes de la fecundidad adolescente en Colombia, 2010*. (Tesis inédita de maestría), Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), Cuernavaca Morelos.
- Mendoza, V. (2009). Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos: logros y retos de las políticas de población. En Consejo Nacional de Población. *Foro Nacional "Las Políticas de Población en México. Debates y Propuestas para el Programa Nacional de Población 2008-2012"*. México: Consejo Nacional de Población, Sociedad Mexicana de Demografía.
- Mendoza, M. & Tapia, G. (2010). Situación Demográfica de México 1910-2010. En Consejo Nacional de Población (CONAPO). *La situación demográfica de México 2010*. México: Consejo Nacional de Población, Sociedad Mexicana de Demografía.
- Menkes, C. (2008). Preferencias reproductivas en el último tramo de la transición demográfica e implicaciones en las políticas de población. En Stern, C., *Adolescentes en México: investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. México: El Colegio de México (Colmex)
- Merton, R. (1964). Teoría y estructuras sociales. México:FCE.
- Oliva, I. & Wajnman S. (2002). Correlatos socioeconómicos de esterilización femenina en Brasil. En Rabell, C. & Zavala, M. (comp.). *La fecundidad en condiciones de pobreza. Una visión internacional*. México: Instituto de Investigaciones Sociales (IIS).
- Palma, Y. (2008). Comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes. Situación actual y necesidades de información. En Stern, C. *Adolescentes en México: investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*. México (El Colegio de México (Colmex).
- Pedrosa, L. & Vallejo, M. (2000). Entorno social, comportamiento sexual y reproductivo en la primera relación sexual de adolescentes estudiantes de escuelas públicas y privadas. En Stern, C. & Echarri, C. (coord.) *Salud reproductiva y sociedad: resultados de investigación*. México: El Colegio de México (Colmex).
- Pérez, J. (2008). Juventud: un concepto en disputa. En Pérez, J., Váldez, M. & Suárez, M. (coord.), *Teorías de la juventud. Las miradas de los clásicos*. México: UNAM-Porrúa.

- Quilodrán, J. (1991). *Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México*. México: El Colegio de México.
- (1990). Entrance into Marital Union and into Motherhood by Social Sectors. En Bronfman, M., García, B., Juárez, F., De Oliveira, O. & Quilodrán J., *Social Sectors and Reproduction in Mexico*, México: DHS/The Population Council.
- Rabell, C. & Zavala, M. (2002). La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión internacional México: Instituto de Investigaciones Sociales (IIS).
- Ramos, M. & Vásquez, E. (2003). Derechos sexuales y reproductivos. El punto de vista de los varones en dos contextos del Perú. En Pentalides, E. & López, E. (coord.), *Varones latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción*, Buenos Aires: Paidós.
- Rubin, J. (1989). Los determinantes socioeconómicos de la fecundidad en México, cambios y perspectivas. En Figueroa, B. (comp.), *La fecundidad en México. Cambios y Perspectivas*. México: El Colegio de México (Colmex).
- Salazar, A. (2003). *Niveles y determinantes regionales y subregionales de la fecundidad adolescente en Colombia*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Salles, V. & Tuirán, R. (2001). *El discurso de la salud reproductiva: ¿Un nuevo dogma?. Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación*. México: El Colegio de México (Colmex).
- Saraví, G. (2004). Desigualdad y exclusión en la transición a la adultez. En Saraví, G. *Transiciones vulnerables. Juventud, desigualdad y exclusión en México*. México: (Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Schiavon, R. (2008). Salud sexual y reproductiva del adolescente. En Stern, C. *Adolescentes en México: investigación, comentarios y estrategias para regular su salud sexual y reproductiva*. México: El Colegio de México (Colmex).
- Schoumaker, B. & Tabutin D. (2002). Relaciones entre pobreza y fecundidad en los países del sur: balance, metodología y ejemplos. En Rabell, C. & Zavala M., *La fecundidad en condiciones de pobreza. Una visión internacional*. México: Instituto de Investigaciones sociales (IIS).
- Schwarz, P. (2012). Acerca de la noción de género en tanto abordaje y sus devenires y potencialidades epistemológicas y políticas en los estudios sobre juventudes. En Méndez, A. & Schwarz, P. (coord.) *Juventudes y género. Sentidos y usos del cuerpo, tiempos y espacios en los jóvenes de hoy*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Solís, P., Gayet, C. & Juárez, F., (2008). Transiciones a la vida sexual, a la unión y a la maternidad en México: cambios en el tiempo y estratificación social. En Lerner, S. & Szasz, I. (coord.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo I*. México: El Colegio de México.
- Stern, C. & Figueroa, J. (coord.). (2001). *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México: El Colegio de México.
- Szasz, I. (2008). Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México. En Lerner, S. & Szasz, I. (coord.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo I*. México: El Colegio de México.

- Tuirán, R. (1999). Dominios institucionales y trayectorias de vida en México. En Beatriz Figueroa Campos (coord.) *México diverso y desigual. Enfoques sociodemográficos*, México: El Colegio de México.
- (2002). Transición demográfica, curso de vida y pobreza en México. En Rabell, C. & Zavala, M. (coord.). *La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión internacional*. México: Instituto de Investigaciones Sociales (IIS).
- Urteaga, Maritza (2013). Género, clase y etnia. Los modos de ser joven. En Reguillo, Rossana (coord.). *Los jóvenes en México*. México: Fondo de Cultura Económica y CONACULTA.
- Villa, A. (2003). Presencias masculinas en las decisiones reproductivas. Relaciones de género, regulación de la fecundidad y recursos cognitivos en mujeres y varones jóvenes de Buenos Aires. En Pentalides, E. & López, E. (coord.). *Varones latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción*. Buenos Aires: Paidós.
- Zavala, M. (2001). La transición de la fecundidad en México. En Gómez, J. y Rabell, C. *La población en México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. México: Consejo Nacional de Población (CONAPO).

### Hemerografía

- Caldwell, J. C. (1978). A Theory of Fertility: From High Plateau to Restabilization. *Population and Development Review*, 4(4), 553-575.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, L., & Magis, C., (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública*, 45(5), 632-640.
- Lamas, M. (1999). Género, diferencia de sexo y diferencia sexual. *Debate Feminista*. 20(10),84-106.

### Bibliografía electrónica

- Boj, E. (2017). *El Modelo de Regresión de Cox*. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49070/6/El%20modelo%20de%20Cox%20de%20riesgos%20proporcionales.pdf>
- Brugueilles C. (2004). Tendencias de la práctica anticonceptiva en México. Tres generaciones de mujeres. En Coubès, M., Zavala, M. y Zenteno, R. (coord.), *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX. Una perspectiva de historias de vida*. [Versión de la Cámara de Diputados] 121-157. Recuperado de [http://biblioteca.diputados.gob.mx/janium/bv/ce/scpd/LIX/cam\\_dem\\_soc\\_mex.pdf](http://biblioteca.diputados.gob.mx/janium/bv/ce/scpd/LIX/cam_dem_soc_mex.pdf)
- Cárdenas, R. (2016). Dos décadas después: evolución y condiciones de la atención a la salud reproductiva en México. En CONAPO. La situación demográfica en México. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/253187/SDM2016\\_web.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/253187/SDM2016_web.pdf)
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2016). *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana*. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo\\_SSR\\_RM.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf)

- Coubès, M. & Zenteno, R. (2004). Transición a la vida adulta en el contexto mexicano: una discusión a partir del modelo normativo. En Coubès, M., Zavala, M. y Zenteno, R. (coord.), *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX. Una perspectiva de historias de vida*. [Versión de la Cámara de Diputados] 331-353. Recuperado de [http://biblioteca.diputados.gob.mx/janium/bv/ce/scpd/LIX/cam\\_dem\\_soc\\_mex.pdf](http://biblioteca.diputados.gob.mx/janium/bv/ce/scpd/LIX/cam_dem_soc_mex.pdf)
- Di Cesare, M (2007). Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y El Caribe. *Población y desarrollo*. (72). Recuperado de <http://www.cepal.org/es/publicaciones/7211-patrones-emergentes-en-la-fecundidad-y-la-salud-reproductiva-y-sus-vinculos-con>
- Hernández, M., López, R. & Velarde, S. (2013). La situación demográfica en México. Panorama desde las proyecciones de población. En CONAPO. La situación demográfica en México. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/112476/La\\_Situacion\\_Demografica\\_de\\_Mexico\\_2013.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/112476/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2013.pdf)
- Juárez, F., Palma, J.L, Singh, S. & Bankolel, A. (2010). *Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades*. Recuperado de <https://www.guttmacher.org/pubs/Adolescentes-Mexico.pdf>
- Lloyd, C., (2005). *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Recuperado de: <http://www.nap.edu/catalog/11174.html>
- Oficina Nacional de Estadística (ONE). (2008). *Monografía Madres adolescentes en República Dominicana*. Recuperado de: [www.one.gob.do/Multimedia/Download?ObjId=4173](http://www.one.gob.do/Multimedia/Download?ObjId=4173)
- Palma, Y. & Palma, J. (2007). Conocimiento y uso de anticonceptivos. En Palma, Y., Núñez, L., Chávez, A. M. & Uribe, Patricia. *La salud reproductiva en México: Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*. 115- 122. Recuperado de: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/crim-unam/20100428102507/saludreproductiva.pdf>
- Parrado, E. & Zenteno, R. (2004). Entrada en unión de hombres y mujeres en México: perspectiva de los mercados matrimoniales. En Coubès, M., Zavala, M. y Zenteno, R (coord.), *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX. Una perspectiva de historias de vida*. [Versión de la Cámara de Diputados] 65-96. Recuperado de [http://biblioteca.diputados.gob.mx/janium/bv/ce/scpd/LIX/cam\\_dem\\_soc\\_mex.pdf](http://biblioteca.diputados.gob.mx/janium/bv/ce/scpd/LIX/cam_dem_soc_mex.pdf)
- Path and UNFPA (2006). Meeting the Need. Strengthening Family Planning Programs. Recuperado de: [http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/family\\_planning06.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/family_planning06.pdf)
- Peimbert, A. (2008). La construcción discursiva respecto a las políticas y programas de salud sexual y reproductiva en la prensa mexicana, 2000-2004. (Tesis inédita de doctorado) Recuperado de: [http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/?func=service&doc\\_library=TES01&doc\\_number=000633784&line\\_number=0001&func\\_code=WEB-BRIEF&service\\_type=MEDIA](http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/?func=service&doc_library=TES01&doc_number=000633784&line_number=0001&func_code=WEB-BRIEF&service_type=MEDIA)

- Secretaría de Salud (2014). *Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018*. Recuperado de: <http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamilia ryAnticoncepcion.pdf>
- Salinas, S. (2011). *Socio-cultural factors that affect reproductive health in Latin América: Emerging opportunities, challenges and learning on context, concept and practice. Final report*. Recuperado de: <http://www.unfpa.org/publications/socio-cultural-factors-affect-reproductive-health-latin-america-emerging-opportunities>
- Alonso, C., Blanco, E., Fernández, T. & Solís, P. (2014). *Caminos desiguales: trayectorias educativas y laborales de los jóvenes de la Ciudad de México*. Recuperado de: <https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2019/01/P1C230.pdf>
- UNFPA.(2016). *Universal Access to Reproductive Health. Progress and challenges*. Recuperado de: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_Reproductive\\_Paper\\_20160120\\_online.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf)
- Welti, C. (2003). Inicio de la vida sexual y reproductiva. En Palma, Y., Núñez, L., Chávez, A. M. & Uribe, P. (comps.) *La salud reproductiva en México: Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*, 65-83. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/crim-unam/20100428102507/saludreprodu ctiva.pdf>

### **Hemerografía electrónica**

- Allen, B., Villalobos, A., Hernández, M., Suárez, L., De la Vara, E., De Castro, F. & Schiavon, R. (2013). Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud pública de México*, 55, suplemento 2, 235-240. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a21.pdf>
- Arribalzaga E. (2007). Interpretación de las curvas de supervivencia. *Revista Chilena de Cirugía*. 59 (1), 75-83. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v59n1/art13.pdf>
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31. Recuperado de [http://www.alapop.org/alap/Revista/Articulos/RELAP8\\_1Blanco.pdf](http://www.alapop.org/alap/Revista/Articulos/RELAP8_1Blanco.pdf)
- Baleón, G. (2014). Trayectorias tempranas en el inicio de la vida adulta en México. *Estudios Demográficos y Urbanos*. 29(2), 365-407. Recuperado de <http://cedua.colmex.mx/EDU/86/perez.pdf>
- Brachet-Marquez, V. (1985). Le planning familial au Mexique. Processus de formation d'une politique publique. *Sciences sociales et santé*. 3(1), 9-34, doi: 10.3406/sosan.1985.990
- Bravo, J. (1993). Visiones teóricas de la transición dela fecundidad en América Latina: ¿que relevancia tiene un enfoque difusionista?. *Notas de población*. 20(56), 33-55. Recuperado de: [http://repository.eclac.org/bitstream/handle/11362/12949/NP5602\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repository.eclac.org/bitstream/handle/11362/12949/NP5602_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Bongaarts, J. (1978). A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. *Population and Development Review*, 4(1), pp. 105-132. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/1972149>
- Bronfman, M. Elsa López y Rodolfo Tuirán (1986). Práctica anticonceptiva y clases sociales en México. *Estudios demográficos y Urbanos*. 1(2), 165-203. Recuperado de: <http://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/586/579>
- Casique, Irene. (2003). Uso de anticonceptivos en México: ¿qué diferencia hacen el poder de decisión y la autonomía femenina?. *Papeles de Población*, 9 (35), enero-marzo, 209-233. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203510>
- Coale, A (1977). The development of new models of nuptiality and fertility. *Population*. 32,septiembre, 131-154. Recuperado de: [www.jstor.org/stable/1531806](http://www.jstor.org/stable/1531806)
- Dávila, Oscar (2004). Adolescencia y juventud de las nociones a los abordajes. *Última década*, (21),diciembre, 83-104. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/udecada/v12n21/art04.pdf>
- De Barbieri, T. (2000). Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos. *Revista Mexicana de Sociología*, 62(1), 45-59. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/3541178>
- De Jesús, D. (2014). Comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes en México: evolución, situación actual y retos para el futuro, en Iberoamérica. *Revista del Instituto de Estudios Iberoamericanos*, 16(1), 165-208. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/AlanDavidDJR/articulo-iberoamerica26-sept-2014>
- Díaz, F. (2005). Introducción a los estudios de cohorte en epidemiología y al análisis de supervivencia. *MedUNAB*. 8(1), 43-53 .Recuperado de: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=30933&id\\_seccion=2069&id\\_ejemplar=3172&id\\_revista=90](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=30933&id_seccion=2069&id_ejemplar=3172&id_revista=90)
- Elder, H. (1998). The life course as development theory, *Child Development*, 69(1), 1-12. Recuperado de <http://www.jstor.org/discover/10.2307/1132065?uid=3738664&uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21106849686453>
- Domenech, J (1992). Una aplicación del análisis de la supervivencia en ciencias de la salud. *Anuario de Psicología*, (55). 109-144. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61174/88739>
- Espinosa, G. & Paz, L. (2004). La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva. *Sociológica*, 19(54), 125-153. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305026633005>.
- Fernández, P. (1995). Análisis de supervivencia *Cad Aten Primaria*, 2: 130-135. Recuperado de: <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/supervivencia/supervivencia.asp>
- Flores, M., Zamora, S, Salazar, E. y Lazcano E. (2000), Análisis de supervivencia. Aplicación en una muestra de mujeres con cáncer cervical en México. *Salud pública de México*. vol.42, no.3, mayo-junio, 242-251. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10642313>
- Gayet, C. & Juárez, F. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud pública*, 45(5).



- Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003636342003001100008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342003001100008)
- Genolet, A., Lera, C., Gelsi, C., Schoenfeld, Z., Musso, S., Mulone, M & Shmuck, M.(2004). La experiencia del embarazo en el tránsito de la adolescencia. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, XV(28), pp. 51-94. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14502803>
- Glasier, A., Gülmezoglu A., Schmid G., Garcia, C. & Van Look, P. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *The Lancet Sexual and Reproductive Health Series*, (1), 1-13 Recuperado de  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet\\_1.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_1.pdf)
- Juárez, F. (1984). Examen crítico de la técnica de tablas de vida en las tendencias sobre fecundidad: el caso de México. *Demografía y economía*.18 (3), 287-333. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/40602387>
- Lerner, S., Quesnel A. & Yanes M. (1994). La pluralidad de trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales. *Estudios demográficos y urbanos*, 9 (3), 543-578. Recuperado de: [http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/pleins\\_textes\\_6/b\\_fdi\\_47-48/010011418.pdf](http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_6/b_fdi_47-48/010011418.pdf)
- & Szasz, I. (2003). La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 2(18), 299-352 Recuperado de  
<http://www.jstor.org/discover/10.2307/40315153?uid=3738664&uid=2&uid=4&sid=21106849128023>
- Medina, M & Do Carmo, M. (2005). Trayectoria de paradigmas que explican la fecundidad. *Desarrollo y Sociedad*, (55), 57-100. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169114664002>
- Medina, M & Do Carmo, M. (2005). Trayectoria de paradigmas que explican la fecundidad. *Desarrollo y Sociedad*, (55), 57-100. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169114664002>
- Menkes, C. & Sosa-Sánchez, I. (2013). Pacto social, subordinación política y derechos reproductivos y sexuales de los adolescentes. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. 8(16), 153-166 Recuperado de  
<http://www.bero.mx/iberoforum/16/pdf/ESPANOL/6-POLITICAYPODER-NO16.pdf>
- Morlachetti, A. (2007). Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. *Notas de población*, (85). 63-95. Recuperado de:  
[http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/32261/lcg2346-P\\_4.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/32261/lcg2346-P_4.pdf)
- Patarra, N. (1973). Transición demográfica: ¿Resumen histórico o teoría de población?. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 7(1). 86-95. Recuperado de:  
<https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/231/224>
- Quilodrán, J. & Juárez, F. (2009). Las pioneras del cambio reproductivo: un análisis partiendo de sus propios relatos. *Notas de Población*, (87), 63-94\_ Recuperado de  
[http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12841/np87063094\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12841/np87063094_es.pdf?sequence=1)

- Ramírez, B. (2015, 26 de octubre). Hay aumento preocupante de embarazos adolescentes. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2015/10/26/capital/034n2cap>
- Rosero, L. (1987). *Notas acerca de la familia y las teorías de la fecundidad*. CELADE, 61-65. Recuperado de: <http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/bitstream/handle/123456789/950/Notas%20acerc%20de%20la%20familia%20y%20las%20teorias%20de%20la%20fecundidad.%20Rosero.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Thompson, W. (1929). Population. *American Journal of Sociology*. 34(6), 959-975. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/2765883>
- Welti, C. (2014). El consejo Nacional de Población a 40 años de la institucionalización de una política explícita. *Papeles de Población* 81(20), 25-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/112/11232148003.pdf>

### Tesis

- Camarena, R. (1990). *Instituciones sociales y reproducción* (Tesis inédita de maestría). El Colegio de México, México.
- De León, N. (2017). *Chilangas asesinas, nosotros sí respetamos la vida. Reformas sobre el aborto, matrimonio y familia* (Tesis inédita de licenciatura). Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- Mejía, G. (2002). *Concepciones prenupciales en México* (Tesis inédita de maestría). El Colegio de México, México.

### Tesis electrónicas

- Estrada, F. (2013). Implementación del programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes en México: Un análisis de gobernanza desde el enfoque de redes. (Tesis inédita de maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)) Recuperado de [http://www.flacso.edu.mx/biblioiberoamericana/TEXT/DOCCS\\_VIII\\_promocion\\_2010-2013/Estrada\\_F.pdf](http://www.flacso.edu.mx/biblioiberoamericana/TEXT/DOCCS_VIII_promocion_2010-2013/Estrada_F.pdf)
- Lema, M. (2011). Logrank Test. Rincón bioestadístico. Recuperado de: <http://mauriciolema.webhost4life.com/ConferenciasMLM/page23/files/logrank.pdf>

### Sitios Web

- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2018). Necesidad Insatisfecha de métodos anticonceptivos (NIA) en mujeres en edad fértil unidas 2014 y 2018 (Base de datos en formato CVS). Recuperado de: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/salud-sexual-y-reproductiva/resource/fe9ae96a-15e4-403c-9d34-b26c716e9729>
- (2019). Tipo de método utilizado en la primera relación sexual, 2009 y 2014. Recuperado de: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/salud-sexual-y-reproductiva/resource/fb86e12d-d578-4791-9776-686dc6064534>

- Encuesta Demográfica Retrospectiva (EDER) (2012). Metodología. Recuperado de: [www.colef.net/eder/?page\\_id=129](http://www.colef.net/eder/?page_id=129)
- Lema, M. (2011). Logrank Test. Rincón bioestadístico. Recuperado de: <http://mauriciolema.webhost4life.com/ConferenciasMLM/page23/files/logrank.pdf>
- Margulis, Mario y Marcelo Urresti (1996). *La juventud es más que una palabra. ¡Error! Marcador no definido.* Recuperado de: [http://perio.unlp.edu.ar/teorias/index\\_archivos/margulis\\_la\\_juventud.pdf](http://perio.unlp.edu.ar/teorias/index_archivos/margulis_la_juventud.pdf)
- Rodríguez, Gabriela (2009). Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Recuperado de: <http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/2010/01/Salrep-Colmex.pdf>