



Población y Salud en Mesoamérica

La participación de varones y mujeres jóvenes en la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva en Argentina: género y asimetrías socioeconómicas

Virginia Beatriz Bolatti y Pablo Sebastián Gómez

Como citar este artículo:

Bolatti, B. y Gómez, P. (2021). La participación de varones y mujeres jóvenes en la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva en Argentina: género y asimetrías socioeconómicas. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18(2).
Doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v18i2.41549>



ISSN-1659-0201 <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Revista electrónica semestral
[Centro Centroamericano de Población](#)
[Universidad de Costa Rica](#)

La participación de varones y mujeres jóvenes en la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva en Argentina: género y asimetrías socioeconómicas

Participation of young men and women in decision-making on sexual and reproductive health in Argentina: gender and socioeconomic asymmetries

Virginia Beatriz Bolatti¹ y Pablo Sebastián Gómez²

Resumen:

Introducción: En el presente artículo se analiza la participación de varones y mujeres jóvenes entre 14 y 19 años, en la toma de decisión sobre dos dimensiones de salud sexual y reproductiva: la primera relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos. **Metodología:** se utilizaron datos provenientes de la primera Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ESSyR) y se consideraron las diferencias por sexos. Examinamos medidas de asociación bivariadas por nivel socioeconómico alto (INSE alto) y nivel socioeconómico bajo (INSE bajo). Para estratificar a los hogares, se construye un índice de nivel socioeconómico (INSE), mediante un análisis de componentes principales policórico (ACPP). Finalmente, se visualizan las diferencias por sexo en la toma de decisiones mediante un análisis de correspondencias múltiples (ACM), para el nivel socioeconómico alto (INSE alto) y para el nivel socioeconómico bajo (INSE Bajo). **Resultados:** Los resultados sugieren una diferenciación por sexo de las siguientes dimensiones: a) mayor participación de los varones en la toma de decisión respecto de la primera relación sexual con respecto a las mujeres, b) mayor autonomía de los varones para la toma de decisión acerca del método anticonceptivo a utilizar regularmente y c) estabilidad en los patrones de participación en la toma de decisiones entre ambos INSE, con algunas diferencias en el caso de las mujeres. **Conclusiones:** Se sugiere menor satisfacción y autonomía de las jóvenes mujeres respecto de los hechos vinculados a su salud sexual que los varones.

Palabras claves: Argentina, Salud Sexual y Reproductiva, Índices Socioeconómicos Multivariados, Jóvenes 14 y 19 años.

Abstract:

Introduction: We analyse the participation of young women and men between 14 and 19 years old, in decision-making on two dimensions of sexual and reproductive health: the first sexual relationship and the use of contraceptive methods. **Methodology:** we use data from the first National Survey on Sexual and Reproductive Health (ESSyR) and we analyse differences by sex. We examined bivariate association measures by socio-economic status indices (High SES and Low SES). We construct the socioeconomic index using polychoric principal component analysis (ACPP). Finally, the differences by sex in decision making are visualized using Multiple Correspondence Analysis (MCA) for the different level of INSE. **Results:** The results suggest a differentiation by sex of the following dimensions: a) greater participation of men in decision-making regarding the first sexual relationship with respect to women, b) greater autonomy in men for decision-making about the contraceptive method to be used regularly and c) stability in the patterns of

participation in decision-making between both SES, with some differences in the case of women.
Conclusions: we suggest less satisfaction and autonomy of young women regarding the facts related to their sexual health than men.

Keywords: Argentina, Sexual and Reproductive Health, Multivariate Socioeconomic Indices, Youth 14 and 19 years old

Recibido: 25 abr, 2020 | **Corregido:** 09 sep, 2020 | **Aceptado:** 16 sep, 2020

¹Universidad Nacional de Córdoba (UNC), ARGENTINA. vir_bolatti@hotmail.com ORCID <http://orcid.org/0000-0002-8364-7592>

²Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnica (CONICET), Universidad Siglo 21 (UES21) ARGENTINA. pablogomez@unc.edu.ar ORCID <http://orcid.org/0000-0002-8364-7592>

1. Introducción

Lo que denominamos campo de estudio en torno a los conceptos de juventud y adolescencia, ha tenido una fuerte producción en las últimas décadas, tanto desde el punto de vista académico como del punto de vista de las políticas públicas. En esta última dimensión hacemos referencia tanto al nivel estatal como a diversos actores que procuran intervenir y modificar las diferentes situaciones en las cuales se insertan “jóvenes” y “adolescentes” (Dávila León, 2004; Chávez, 2009).

En esta línea, el “problema” de la sexualidad adolescente o joven ha tenido una notable presencia tanto de las políticas destinadas a esta franja de la población, así como también en la opinión pública, al calor de problemáticas como el embarazo adolescente. Al mismo tiempo, es sobre las mujeres sobre quienes han recaído mayoritaria y sistemáticamente los juicios (y pre-juicios) acerca de sus motivaciones, conductas y consecuencias (López y Pantélides, 2007).

Decidir si tener hijos/as o no, cuándo hacerlo, gozar de una sexualidad plena y libre de toda forma de violencia o coerción, ejercer la preferencia sexual, acceder a servicios de salud adecuados, recibir información y métodos necesarios para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual son actos que se enmarcan en lo que se conoce como derechos sexuales y reproductivos de las personas (Declaración de Beijing, 1995).

La vida sexual y reproductiva humana presenta especificidades derivadas de nuestra genitalidad, de nuestra capacidad biológica de gestar o no, como también de pautas, expectativas, mandatos culturales y estereotipos de género que atraviesan nuestros cuerpos. En efecto, existen múltiples contextos históricos y dinámicas sociales que atraviesan las condiciones en las cuales tiene lugar el comienzo de la actividad sexual y esto estructura la salud sexual y reproductiva como derecho (Rojas Cabrera, Peláez y Moyano, 2017).

¿Qué sabemos sobre las decisiones en materia de salud sexual, reproductiva y no reproductiva que toma la juventud en Argentina? ¿Cuál es su participación al momento de iniciarse sexualmente o elegir un método anticonceptivo? ¿Qué diferencias existen entre jóvenes mujeres y varones?

Frente a estos interrogantes, el objetivo de este artículo es analizar en perspectiva comparada la participación de jóvenes de 14 a 19 años en la toma de decisiones, respecto de su salud sexual y reproductiva, según el sexo. Además, analizar si ese patrón difiere, según el nivel socioeconómico o, por el contrario, se mantiene estable. El análisis se centra en dos dimensiones de la vida sexual: la primera relación sexual y el uso regular de anticonceptivos. Para ello, se analizan datos de la

primera y única Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de la Argentina, elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en el año 2013. Una de las características de la encuesta es el carácter binario en la manera de entender la variable sexo y las categorías mujeres y varones como directamente asociadas a determinada genitalidad. En función de esto, la encuesta no permite reconocer y acceder a información acerca de la situación de las identidades y genitalidades que no se encuadran en el binarismo sexo-genérico (Cabral y Benzur, 2013; Cantore, 2016). En ese contexto, nos interesa específicamente, conocer si los patrones de toma de decisiones sobre comportamiento sexual y reproductivo difieren según el sexo –tal y como se encuentra relevada la variable en la fuente de datos trabajada– y el nivel socioeconómico de estas personas jóvenes.

2. Abordaje teórico y antecedentes

En el año 2014, se publicó un informe con los principales resultados de la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR, 2013a), el primer estudio sobre la temática que se realizó en el país a nivel nacional³.

Del informe de la ENSSyR (2013^a), sobre los principales resultados encontrados, se destaca que las mujeres de 40 a 49 años declaran haber tenido su primera relación sexual alrededor de los 18 años y este promedio desciende con la edad de las entrevistadas: entre las más jóvenes, la media de edad de inicio sexual es de 15,5 años. Se trata de un descenso importante en la edad de iniciación de las mujeres, mientras que en los varones la diferencia es de un año. Estos tienen una media de edad de iniciación de 15,1 años en varones de 14 a 19 años y una media de 16,5 en el caso de los varones de 40 a 49 años (INDEC, ENSSyR, 2013a).

Según los datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), para el año 2010 y 2013 –año en que se desarrolló la ENSSyR (2013)–, hubo en el país un total de 114 125 nacidos vivos, cuyas madres tenían entre 15 y 19 años.

A su vez, según Brizuela, Abalos, Ramos y Romero (2014), el “69 % de estas madres adolescentes declaró que sus embarazos no fueron planificados” (p.3). Una de las cuestiones centrales en torno al embarazo adolescente está en la posibilidad de continuar la educación para estas mujeres. En este sentido, según el informe citado, el 60 % manifestó que debió abandonar sus estudios al embarazarse. Existe consenso en la actualidad sobre la relación entre la maternidad adolescente y

³ La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud realizada en el año 2005 puede considerarse el primer antecedente, por haber recabado información sobre historia reproductiva, la prevención de enfermedades y el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

su variación, según diferentes niveles socioeconómicos (Hernández, 2014; Stern, 2009). Sobre lo anterior, una de esas características con consenso es que hay una mayor proporción de embarazos y maternidad adolescentes en los estratos más bajos y que ese patrón es común en varios países de América Latina.

Tal como señalan Binstock y Näslund-Hadley (2012), el embarazo y maternidad temprana, más allá de su deseabilidad o no, tiene consecuencias en las trayectorias educativas de las mujeres y, por ende, condiciona las oportunidades en el futuro, principalmente de las jóvenes madres. Esta situación de maternidad temprana lleva a que varias personas investigadoras señalen las condiciones de “desventaja” que atraviesan estas mujeres en términos de trayectorias vitales de movilidad social y que este factor asociado a las condiciones de pobreza sea reproducido por sus hijos/as (Hernández, 2014). En virtud de esto, resulta fundamental conocer, cómo es el proceso de toma de decisiones (o no), que atraviesan las personas jóvenes en su camino de iniciación y práctica sexual.

2.1 De juventud a juventudes

En el ámbito académico, tal como señala Chávez (2006), el estudio de la sexualidad y la reproducción, cuyo foco analítico tiene a las personas jóvenes y a “adolescentes”, tuvo un gran crecimiento en los años noventa.

Según Chávez (2009), en su informe sobre el estado del arte en el tema, es posible identificar tres posiciones en las discusiones de estudios de juventud (es), que establecen o acuerdan límites sobre la categoría juventud en el ámbito de las ciencias sociales. Estas son corte demográfico, que se basa en la medición del tiempo de vida a través del calendario occidental; moratoria social, la cual es una concepción con cierto etnocentrismo de clase que entiende la juventud como etapa sin responsabilidades, y moratoria vital y condición juvenil, la cual hace referencia a una característica cronológica de la juventud que consiste en poseer mayor capital energético y estar más alejado de la muerte que otras generaciones. Al respecto del primer punto, la autora señala que la distinción demográfica es una de las definiciones fuertes que construye a la juventud como representación sociocultural y como situación social. Según esta distinción, en Argentina, tanto el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) como la Dirección Nacional de Juventud (DINAJU) han decidido colocar el límite de la etapa joven entre los 15 y 29 años.

Dentro de la franja joven, a su vez, se suele distinguir al subgrupo de entre 15-19 años, llamándoles adolescentes. En este grupo es en el que se enfocará el presente trabajo. Tal como se apuntó más arriba, la categoría etaria no es suficiente para el análisis de lo adolescente-juvenil, ni su

delimitación pretende homogeneizar el conjunto de los sujetos que la conforman, sino establecer una limitación inicial sobre la que poder profundizar el análisis con base en otras características, como son las condiciones materiales, sociales y de género que intervienen en todo conjunto etario.

Trumper y Perotta (2011) establecen una breve caracterización de las dificultades que pueden atravesar las personas adolescentes para acceder a sus derechos sexuales y reproductivos:

- las características del grupo etario
- la situación social y económica
- los condicionamientos de género
- la actitud de las personas profesionales de salud
- las características de los servicios de salud

Según Trumper y Perotta (2011), en relación a los condicionamientos relacionados a estereotipos de género, existen determinados roles sociales que tanto varones como mujeres deberían desplegar en sus interacciones y son, precisamente, esos "roles esperados" los que muchas veces pueden constituir un posible factor de riesgo para las mujeres. Por ejemplo, la dificultad de ciertas mujeres para decidir sobre el uso del preservativo en una relación sexual y adoptar métodos anticonceptivos en general.

En relación con la actividad sexual femenina, frecuentemente se pone el foco en una connotación negativa cuando está ligada al placer y al deseo. El inicio sexual debería estar vinculado, por el contrario, al compromiso afectivo, así como el inicio de la vida en pareja (Rojas & Castrejón, 2011). Si bien desde los años sesenta en adelante la sexualidad femenina ha experimentado cambios, estas representaciones aún persisten (Cosse, 2010). Estas situaciones frecuentemente estructuran las decisiones sobre la sexualidad y comportamientos diferenciados para varones y mujeres. Por ejemplo, para el caso de México, se encontró que los varones manifestaron tener experiencias sexuales antes de una unión conyugal, mientras que en el caso de las mujeres hay una mayor asociación entre el inicio de la actividad sexual y la unión conyugal. Sumado a esto, el promedio de edad de la primera relación sexual es más alto en el caso de las mujeres (Rojas y Castrejón, 2011).

Por otro lado, Grosman y Herrera (2005) señalan que el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos tiene la característica de que pertenece a la esfera privada y los padres, madres u otros actores no deberían coartar ese ejercicio de sus derechos con base en sus propias creencias, expectativas o proyectos de vida.

Es importante considerar que en Argentina hablar de jóvenes implica hablar de una población mayoritariamente urbana, dado que en el país el 90 % de la población reside en áreas urbanas

(INDEC y Censo nacional de población, hogares y viviendas [CNPHYV], 2010). Sin embargo, además de las poblaciones jóvenes que habitan en área urbano-rurales y rurales, la juventud no es una categoría ni período fijo, ni definida exclusivamente por la edad, ni tampoco comprende un grupo homogéneo de personas, sino que está fuertemente atravesada por las diferentes condiciones materiales y sociales, lo que hace que sea más apropiado hablar de juventudes que de juventud. Este cambio semántico sucede en los estudios del área principalmente hacia fines del siglo XX y comienzos del siglo XXI. Implica no solo un neologismo banal sino una lucha política de afirmación de la heterogeneidad entre los y las jóvenes, en oposición al discurso homogeneizador que primó en los estudios previos sobre juventud en Argentina, el cual se plasmó en las políticas públicas y abordajes del sector, invisibilizando la complejidad de sus vidas (Chávez, 2006).

De acuerdo con el estudio de Elizalde (2006) la diferencia de clase etaria

ha sido la dimensión omnipresente por excelencia en los análisis de juventud [...]. El caso del género, ha sufrido la histórica confusión de ser invocado como sinónimo de la diferencia sexual, cuando no directamente invisibilizado como dimensión relevante, o reducido a dato demográfico (pp.94-95).

Chávez (2009) entiende, además, que en el ámbito de investigación de las juventudes persiste una deuda conceptual, metodológica y política compartida con el campo teórico de los estudios feminista y *queer*. Lo anterior, dado que estas epistemologías no solo han complejizado las definiciones y alcances del género y las sexualidades en relación con la construcción social de los cuerpos, las políticas del deseo y las regulaciones de las que estas diferencias son objeto, sino que han cuestionado los usos “tranquilizadores” y liberales –cuando no, directamente sexistas o androcéntricos– de estas distinciones por parte de la academia. Aunado a esto, la bibliografía sobre género y sexualidades utilizada por muchas personas investigadoras proviene, con frecuencia, de la producción europea o norteamericana y solo en menor medida se trabaja con referencias de América Latina. Sobre todo de Argentina, México o Brasil, que cuentan con una abundante literatura científica en estos temas.

2.2 La toma de decisiones

Tal como señala Lidia Quintana Llanio (2018), el trabajo de Correa y Petchetsky (2001) sobre derechos reproductivos y sexuales desde la perspectiva de género, define estos derechos

En términos de poder y recursos para tomar decisiones informadas [...] desde una visión relacional que incluye el propio cuerpo, la descendencia, la pareja sexual, la familia, la

comunidad (los prestadores de servicios de salud) y la sociedad en general”, y destaca “cuatro componentes que sustentan los principios éticos de los derechos reproductivos: la integridad corporal, el ejercicio personal, la igualdad y el respeto a la diversidad, derivados del interés social por generar empoderamiento y responsabilidad política en la ciudadanía (p.11).

Tener control es tener “poder para”, lo que incluye la toma de decisiones sobre sus cuerpos, sus vidas y el acceso a bienes, materiales etc., no solo al hecho de ocupar un puesto de alta gerencia, sino en el escenario familiar, doméstico y comunitario (Fernández, 2017).

Investigaciones como la de Marcús (2006), sobre el ser madre en los sectores populares y los sentidos que las mujeres le otorgan a la maternidad, señalan que el embarazo adolescente no se explica solo a través de las condiciones materiales y ni siquiera de la disponibilidad de métodos anticonceptivos, sino que es necesario analizar el tema, sus decisiones a nivel de proyectos de vida y de pautas culturales y modelos de género instalados a nivel social que regulan sus prácticas.

En este sentido resulta importante remarcar que la mayoría de los estudios encontrados que analizan la ENSSyR se enfocan en el análisis de la primera relación sexual. No se encontraron otros que presenten resultados sobre toma de decisiones en la práctica sexual regular.

3. Metodología

3.1 Enfoque

El presente es un trabajo de enfoque cuantitativo y alcance correlacional en el que se busca indagar acerca de la participación de las y los jóvenes en la toma de decisiones respecto de su salud sexual. Lo anterior, en dos momentos o dimensiones de análisis: la primera relación sexual y el uso actual de métodos anticonceptivo. De ello resulta el siguiente conjunto de variables e indicadores para cada una⁴.

a) Participación en la toma de decisión respecto de la primera relación sexual

⁴ En subrayado las variables sobre toma de decisiones.

Variables:

1. Edad de la primera relación sexual
2. Voluntad de tener la relación sexual en ese momento
3. Uso de anticonceptivos durante la primera relación sexual

b) Participación en la toma de decisión respecto del uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales

Variables:

1. Uso actual de métodos anticonceptivos y tipo
2. Tipo de método anticonceptivo utilizado principalmente
3. Persona que tomó la decisión acerca del método anticonceptivo que utiliza
4. Razón para el uso de determinado método anticonceptivo

Las siguientes son definiciones de las principales categorías utilizadas en los indicadores referidos al uso de métodos anticonceptivos:

- Métodos anticonceptivos conocidos son aquellos mencionados de manera espontánea por las encuestadas para prevenir embarazos.
- Tipos de métodos anticonceptivos:
 1. Hormonal: incluye pastilla anticonceptiva, anticonceptivo inyectable, implantes, pastilla del día después/anticoncepción de emergencia y parches.
 2. DIU, espiral o T de cobre
 3. Quirúrgico: incluye ligadura de trompas y vasectomía.
 4. De barrera: incluye preservativo o condón, diafragma y espumas, jaleas u óvulos.
 5. Tradicional: incluye ritmo, retiro, lactancia, método del moco cervical, yuyos, hierbas o tés, abstinencia y otros.
- Embarazos no deseados: referido al último hijo nacido vivo y la voluntad de la mujer de tenerle, como también a los abortos voluntarios.

Por otro lado, se trabajó con la variable sexo, tal y como está usada en la base de datos, para establecer correlaciones entre el conjunto de variables anteriormente mencionado y el hecho de que las personas sean mujeres o varones.

Se trabajó con la variable sexo a sabiendas, como se mencionó más arriba, de que presenta importantes limitaciones para representar al universo de personas, identidades sexuales y genitalidades existentes.

3.2 Población de estudio

La unidad de análisis en este estudio son las personas y la población son mujeres y varones entre 14 a 19 años.

Para delimitar el universo femenino y masculino a ser analizado, se tomó como fuente de datos la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva [ENSSyR] (2013b), realizada en el marco del trabajo conjunto entre el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y el Ministerio de Salud de la Nación. Los datos fueron provistos por la base de usuario ENSSyR de mujeres y de varones. El tamaño de la muestra total para esta base de datos fue de 5092 y 4919 casos respectivamente. La fuente de datos utilizada divide a la población encuestada en 4 grupos de edad: 14 a 19, 20 a 29, 30 a 39 y 40 a 49 años.

3.3 Técnicas de recolección

La ENSSyR es la primera y única encuesta en indagar de manera específica la temática de salud sexual y reproductiva en Argentina. El objetivo general de esta encuesta consistió en generar información acerca de la salud sexual y reproductiva de varones y mujeres en todo el territorio nacional.

En la ENSSyR se aplicaron tres instrumentos de recolección. Un cuestionario de vivienda y hogar, destinado a registrar datos sobre condiciones habitacionales, características demográficas básicas de todas las personas que conforman el hogar y datos laborales de la persona jefe del hogar. Además, dos cuestionarios individuales, uno para mujeres de 14 a 49 años y otro para varones de 14 a 59 años, destinados a registrar datos sociolaborales, así como información relevante para caracterizar la salud sexual de las mujeres y los varones que integran el hogar entrevistado.

Los datos de la ENSSRR se presentan por medio de seis regiones estadísticas:

- Gran Buenos Aires: Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos del Conurbano Bonaerense
- Pampeana: provincias de Buenos Aires (excluyendo los 24 Partidos del Conurbano Bonaerense), Córdoba, Entre Ríos, La Pampa y Santa Fe
- Noroeste: provincias de Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán
- Noreste: provincias del Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones

- Cuyo: provincias de Mendoza, San Juan y San Luis
- Patagónica: provincias del Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

Las preguntas específicamente orientadas a conocer aspectos de la salud sexual y reproductiva de las personas encuestadas se dividieron en 5 módulos:

1. Actividad sexual y anticoncepción (ASA)
2. Prevención (PR)
3. Embarazos y partos (EP)
4. Lactancia (LA)
5. Infecciones de transmisión sexual y VIH (ITS)

De acuerdo al objetivo del presente trabajo, por un lado, se realizó un último recorte de casos, tomando aquellos correspondientes a jóvenes que ya habían tenido su primera relación sexual. Posteriormente, se trabajó con preguntas relativas a los bloques actividad sexual y anticoncepción (ASA) y prevención (PR), con el objetivo de analizar la toma de decisiones de las y los jóvenes, en torno a su salud sexual.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

Debido a que la fuente de datos no cuenta con variables que puedan segmentar adecuadamente a las personas por niveles socioeconómicos, en la primera etapa construimos un índice de nivel socioeconómico (INSE), mediante la técnica de análisis de componentes principales policórico (ACPP). Existe una abundante literatura sobre la construcción índices de niveles socioeconómicos con métodos multivariados (Booyesen, Van der Berg, Burger, Maltizs y Rand, 2008; Filmer & Pritchett, 2001; Houweling, Kunst, Mackenbach, 2003; Kolenikov & Angeles, 2009; Montgomery, Gragnolati, Burke y Paredes, 2000; McKenzie, 2005; Poirier, Grépin y Grignon, 2020, Sahn y Stifel, 2003). El método de considerar los activos del hogar es uno de los abordajes multidimensionales más populares. En este trabajo utilizamos el método de análisis de componentes principales policórico (ACPP) (Kolenikov y Angeles, 2009). En el anexo se encuentran los descriptivos de las variables utilizadas y el resultado del ACPP (Tabla 3 y Tabla 4 ver al final del documento).⁵⁶ Después de

⁵ Se exploraron todas las variables disponibles en la fuente de información que pudieran segmentar socioeconómicamente a los hogares. Después del análisis, nos quedamos con las variables que permitían una adecuada diferenciación de las personas.

⁶ La literatura sobre la construcción de índices socioeconómicos es extensa. En este trabajo utilizamos el análisis de componentes principales policórico (ACPP) debido a que esta técnica utiliza correlaciones policóricas y tetracóricas, lo

construir el índice de nivel socioeconómico (INSE) se segmentó en dos niveles: INSE Alto e INSE Bajo.

En la segunda etapa se realizó un análisis bivariado de las variables relativas a los momentos relevantes en la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva por nivel socioeconómico y género.

Finalmente, se utilizó la técnica de análisis de correspondencias múltiples (ACM) con las variables más significativas, por nivel socioeconómico alto y bajo, para visualizar las diferencias por sexos en la toma de decisiones. Se trabajó con el software R (R Core Team, 2020) y los paquetes FactoMiner (Le, Josse y Husson, 2008), factoextra (Kassambara, Mundt, 2017), ggplot2 (Wickham, 2016) y ggsci (Xiao, 2018).

4. Resultados

En esta sección se presentan los resultados del análisis bivariado. En primer lugar, sobre la participación en la toma de decisión respecto de la primera relación sexual. En segundo lugar, sobre la participación en la toma de decisión respecto del uso de anticonceptivos.

4.1 . Participación en la toma de decisión respecto de la primera relación sexual

Como puede observarse en la Tabla 1, la prueba de la ji al cuadrado refleja que es estadísticamente relevante la diferencia entre la proporción de jóvenes de un sexo y otro que han tenido su primera relación sexual. El porcentaje de varones que afirmaron tener relaciones sexuales es mayor que las mujeres y ese porcentaje es mayor cuando consideramos el INSE Bajo (55 %) y el INSE Alto (52 %).

cual, según la literatura, es un estimador más robusto que el análisis de componentes principales standard (Kolenikov y Angeles, 2009; Poirier, Grépin y Grignon, 2020).

Tabla 1

Análisis descriptivo la primera relación sexual por nivel socioeconómico y género

Variables		Niveles socioeconómicos			
		INSE Bajo		INSE Alto	
Primera relación sexual		Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
Ha tenido su primera relación sexual	N	1 019 283	1 031 098	979 259	1 088 201
	Sí (%)	49	55	41	52
	No (%)	51	45	59	48
		$\chi^2=6696,537940$, $p=0.000$, V Cramer= 0.057		$\chi^2=23799,489$, $p=0.000$, V Cramer= -0.107	
Edad de la primera relación sexual	N	493 272	557 833	401 234	557 014
	Media	15.43 (D.E. 1.257)	14.79 (D.E. 1.559)	15.65 (D.E 1.289)	15.1 (D.E 15)
		t=234.410, p=0.000		t=198.291, p=0.000	
Voluntad de tener la relación sexual en ese momento	N	498 885	563 556	401 234	562 520
	Sí quería (%)	89	87	87	95
	Quería más adelante (%)	5	13	11	4
	No quería (%)	6	0	3	1
		$\chi^2=47680.886$, $p=0.000$, V Cramer=0.212		$\chi^2=21398.079$, $p=0.000$, V Cramer=0.149	
Uso de anticonceptivos durante la primera relación sexual	N	498 885	563 556	401 234	562 520
	Sí (%)	91	83	91	91
	No (%)	9	17	9	9
		$\chi^2=14142.92$, $p=0.000$, V Cramer=0.115		$\chi^2=3.057$, $p=0.80$, V Cramer=0.002	

Fuente: Elaboración propia, con base en ENSSyR (2013).

Al momento de indagar acerca de la edad de la primera relación sexual debemos recordar que ya tenemos un recorte etario, por lo que las diferencias son mínimas. No obstante, podemos observar que en ambos niveles socioeconómicos los varones, en promedio, tienen la primera relación sexual a una edad menor que las mujeres y estas diferencias son estadísticamente significativas.

Respecto de la voluntad de tener la relación sexual en ese momento, se encontraron diferencias. Se encontró que hay una proporción mayor de varones cuya voluntad era la de tener relaciones sexuales (95 % en el INSE Alto y 87 % en el INSE Bajo). Dentro de quienes no querían, independientemente de cuándo hubieran querido, es notable la diferencia entre sexos, ya que en

el caso de los varones los porcentajes son bajos para ambos niveles socioeconómicos. En las mujeres de nivel socioeconómico bajo el porcentaje es del 6 % en tanto que en las de nivel socioeconómico alto es del 3 %.

El hecho de que no hayan querido tener la primera relación sexual, ya sea porque preferían esperar un tiempo o porque no deseaban en ningún momento tener relaciones con esa persona, implica que se les presionó o forzó para hacerlo. Este porcentaje refleja los casos de abusos sexuales y violaciones –no siempre reconocidos como tales–, que suelen atravesar las y los jóvenes y que afectan su capacidad de decidir plenamente sobre cuándo, cómo y con quién mantener relaciones sexuales; pero que, principalmente, afecta a las mujeres. De hecho, en el caso de quienes no querían tener la relación sexual en ningún momento, el valor en los varones de ambos INSE es muy bajo.

Esta diferencia se repite si indagamos en la razón por la cual la persona no utilizó un método anticonceptivo en su primera relación sexual, variable que se exploró de manera complementaria al análisis presentado en las tablas. En efecto, al analizar la respuesta a la pregunta sobre por qué nunca utilizó métodos anticonceptivos, se obtuvieron casos de mujeres que declaran de manera explícita que el motivo es que la única relación sexual que tuvieron fue producto de una violación. Un dato alarmante considerando la sensibilidad de la temática y la dificultad que muchas mujeres encuentran para nombrarla y reconocerla por miedo o vergüenza.

Un último aspecto analizado respecto de la primera relación sexual fue el uso o no de anticonceptivos. Respecto de este punto, se observa que, en el caso del INSE bajo, los varones declaran en mayor proporción no haber utilizado algún método anticonceptivo (83 % varones frente a 91 % de las mujeres) siendo esta diferencia estadísticamente significativa. En el caso del INSE alto no se observaron diferencias.

4.2 Participación en la toma de decisiones respecto del uso de métodos anticonceptivos

En el caso de esta dimensión de análisis, como puede observarse en la Tabla 2, todas las variables analizadas dieron como resultado diferencias significativas entre los distintos sexos y en los diferentes INSE.

Tabla 2

Análisis descriptivo del uso de anticonceptivos por nivel socioeconómico y género

Variables		Niveles Socioeconómicos			
		INSE Bajo		INSE Alto	
Uso de anticonceptivos		Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
	N	336 758	358 665	271 611	345 224
Uso actual de métodos anticonceptivos	Sí (%)	88	98	94	100
	No (%)	12	2	6	0
		$\chi^2=26694.254, p=0.000, V \text{ Cramer}=0.196$		$\chi^2=5.7057, p=0.017, V \text{ Cramer}=-0.1299$	
	N	295 857	350 956	255 201	343 334
Tipo de método utilizado principalmente	Hormonal (%)	49	35	66	26
	DIU, Espiral, T de cobre (%)	1	1	1	1
	Quirúrgico (%)	0	0	0	0
	De barrera (%)	50	64	33	66
	Tradicional (%)	0	1	0	0
		$\chi^2=15957.034, p=0.0000, V \text{ Cramer}=0.157$		$\chi^2=67613.552, p=0.0000, V \text{ Cramer}=0.336$	
	N	295 857	350 956	255 201	343 334
Persona que tomó la decisión sobre el método utilizado	Con la pareja (%)	54	47	66	52
	Solo/a (%)	32	43	25	37
	Su pareja (%)	10	9	3	10
	Profesionales/Madres (%)	5	1	6	1
		$\chi^2=17660.789, p=0.000, V \text{ Cramer}=0.165$		$\chi^2=36476.707, p=0.000, V \text{ Cramer}=0.247$	
	N	292 751	350 956	255 201	343 334
Razón para el uso del método	Efectividad (%)	57	64	71	54
	Sin Efectos secundarios (%)	3	5	4	4
	Facil acceso (%)	4	8	1	2
	Vinculos (%)	15	1	11	5
	Practicidad (%)	19	18	14	30
	Otros (%)	3	4	0	3
		$\chi^2=45699.509, p=0.000, V \text{ Cramer}=0.266$		$\chi^2=42119.048, p=0.000, V \text{ Cramer}=0.265$	

Fuente: Elaboración propia, con base en ENSSyR (2013).

Primero, se analizó la medida en la cual jóvenes mujeres y varones utilizaban regularmente métodos anticonceptivos. En este aspecto, los varones manifestaron en mayor proporción que ellos o sus parejas utilizaban algún método anticonceptivo (98 % INSE Bajo y 100 % INSE Alto).

En relación con el tipo de método utilizado principalmente, en los varones hay una clara preponderancia del método de barrera, específicamente el preservativo, en ambos INSE, con un 64 % en INSE bajo y 66 % INSE alto). En segundo lugar, el hormonal con un 35 % INSE bajo y un 26 % INSE alto. En el caso de las mujeres, el método más mencionado es, a la inversa, primero el hormonal con un 49 % INSE bajo y 66 % INSE alto. Este es seguido por el de barrera un 50 % en el caso de INSE bajo y 33 % INSE alto y en menor medida otros métodos. Las mujeres con nivel socioeconómico más alto usan en mayor proporción métodos hormonales, en tanto que las mujeres de nivel socioeconómico bajo utilizan en mayor medida métodos de barrera.

Sobre los actores involucrados en la decisión sobre el método a utilizar, vemos que, en el caso de los varones, es mayor el porcentaje que tomaron esta decisión solos. Este patrón se mantiene en ambos INSE (43 % INSE bajo y 37% INSE alto) frente a una proporción mucho menor de mujeres que tomaron la decisión solas.

En el caso de las mujeres, se ve una mayor influencia de otros actores involucrados, siendo la pareja la persona con mayor participación, en un 54 % para el INSE bajo y 66% INSE alto, sobre este último, cabe agregar, que las participantes señalan haber tomado la decisión en conjunto con su pareja. Lo que se observa, en todo caso, es que en las mujeres existe una proporción mayor de otros actores involucrados en su decisión y esto se mantiene en ambos INSE. Por ejemplo, profesionales de la salud y madres tienen mayor relevancia en la decisión sobre el método que utilizan las mujeres en comparación a los varones. Incluso este factor es mayor aún en el caso de INSE alto.

Dentro de las razones esgrimidas para utilizar uno u otro método, hay diferencias en cuanto a la participación de profesionales y otros terceros (madres) en la recomendación del método (categoría "vínculos"). Nuevamente, en el caso de las mujeres, se observa una mayor presencia de otros actores involucrados en la toma de decisiones. En este caso, es mayor entre las mujeres de INSE bajo con un 15 % que en el INSE alto con un 11 %. En ambos sexos e INSE, se evidencia la relevancia del factor efectividad entre las razones para elegir un método, de estos los más utilizados son el hormonal y el preservativo.

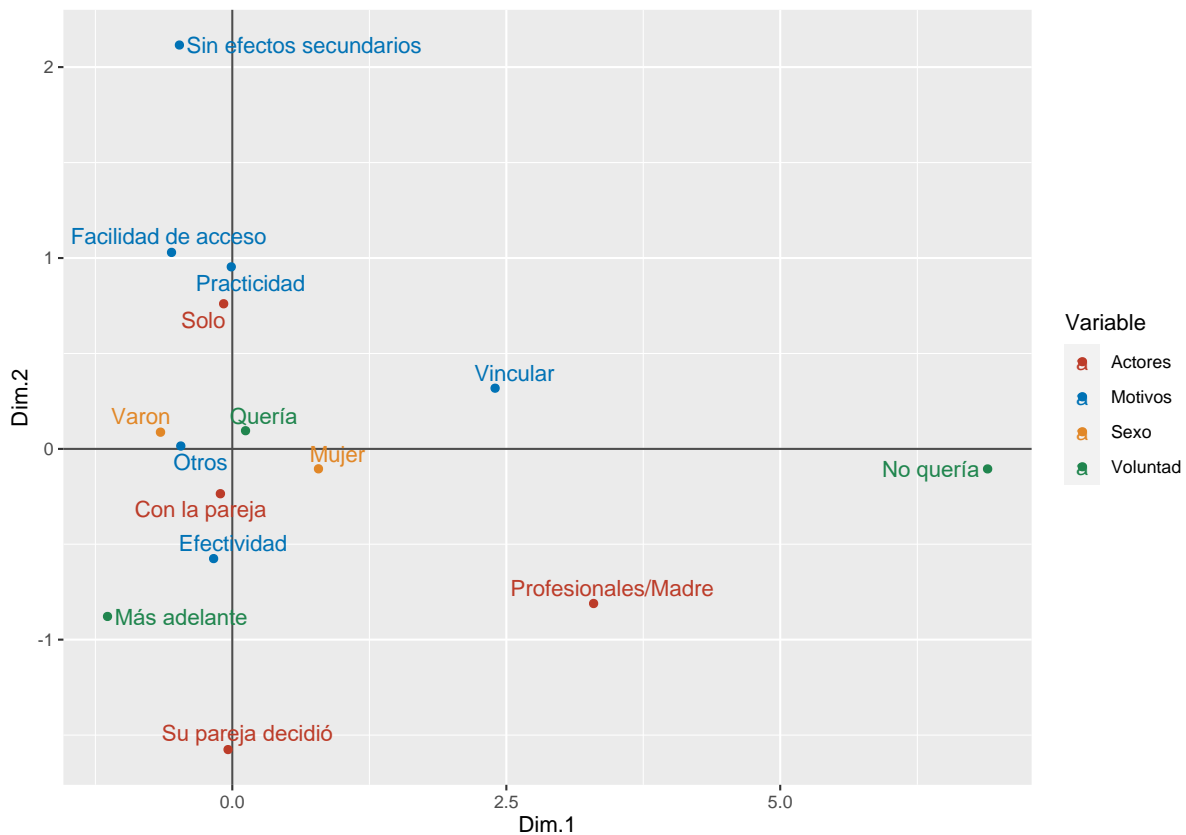
4.3 Visualización de los patrones sobre toma de decisiones.

El análisis de correspondencias múltiples (ACM) se realizó sobre las variables que en el análisis anterior adquieren mayor relevancia respecto de las dimensiones de la salud sexual y reproductiva analizadas; es decir, la primera relación sexual y método anticonceptivo utilizado. Se presenta el ACM tanto para INSE alto como para INSE bajo.

La Figura 1 muestra las relaciones entre las categorías de las diferentes variables seleccionadas para el ACM en el INSE bajo. Las categorías que poseen un perfil similar aparecen agrupadas en la misma área del cuadrante. La distancia entre las categorías y el centro de la figura (cuadrantes opuestos) mide su calidad para explicar la relación con las demás. Aquellas que se sitúan más lejos del centro de la figura, están mejor representadas en el mapa y poseen mayor poder de explicación.

Figura 1

Análisis de correspondencias múltiples. Nivel socioeconómico bajo (INSE bajo)



Fuente: Elaboración propia, con base en ENSSyR (2013).

Como puede observarse, la variable sexo, leída en términos horizontales, muestra patrones de asociaciones para las diferentes dimensiones de la toma de decisiones.

En términos comparativos con relación a los perfiles socioeconómicos, un dato a destacar, es que en el INSE bajo aparecen situaciones donde hay casos de personas que no querían tener relaciones sexuales cuando las tuvieron y ese perfil se asocia más a las mujeres que los varones. Esa situación se refleja en la asociación de la categoría "no quería" al cuadrante donde se encuentra la categoría mujer.

En el caso de las mujeres, se observa que los motivos para tomar la decisión sobre el método anticonceptivos se relacionan fundamentalmente con los vínculos. La no voluntad de tener relaciones también se asocia más con las mujeres y, cuando observamos los actores involucrados, vemos la mayor asociación de las mujeres con la participación de profesionales y madres.

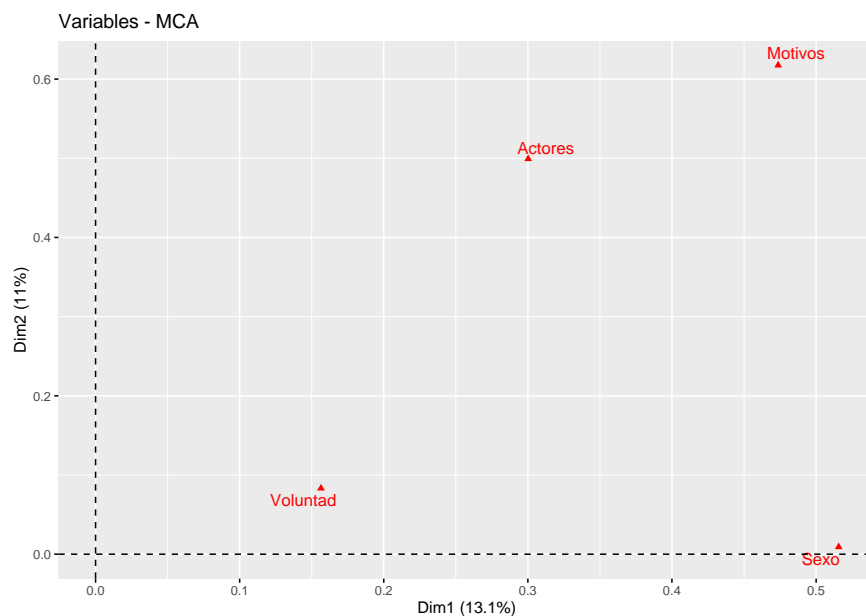
Por el contrario, la categoría varón se asocia a dimensiones más vinculadas a la escasa presencia de vínculos exteriores en la toma de decisiones. Por ejemplo, se sitúa en el cuadrante donde está la categoría "solo" y "con la pareja", referido a las categorías respecto de quiénes tomaron la decisión acerca del método anticonceptivo a utilizar.

Las mujeres, como señalamos, por el contrario, aparecen relacionadas a otro tipo de categorías, como "no quería", respecto de la primera relación sexual, así como la antes mencionada aparición de "profesionales de la salud y madres" respecto del método anticonceptivo para utilizar regularmente. La categoría "vincular" asociada a las mujeres está relacionada con una pluralidad de actores que inciden en esta decisión sobre el método, como profesionales en medicina, recomendaciones de amistades, vecinas, parientes o la persona con la que tiene relaciones.

Tal como se observa en la Figura 2, la variable sexo está correlacionada con el eje horizontal principalmente, así como también la variable voluntad y las variables sobre los motivos y los actores correlacionadas con ambas dimensiones.

Figura 2

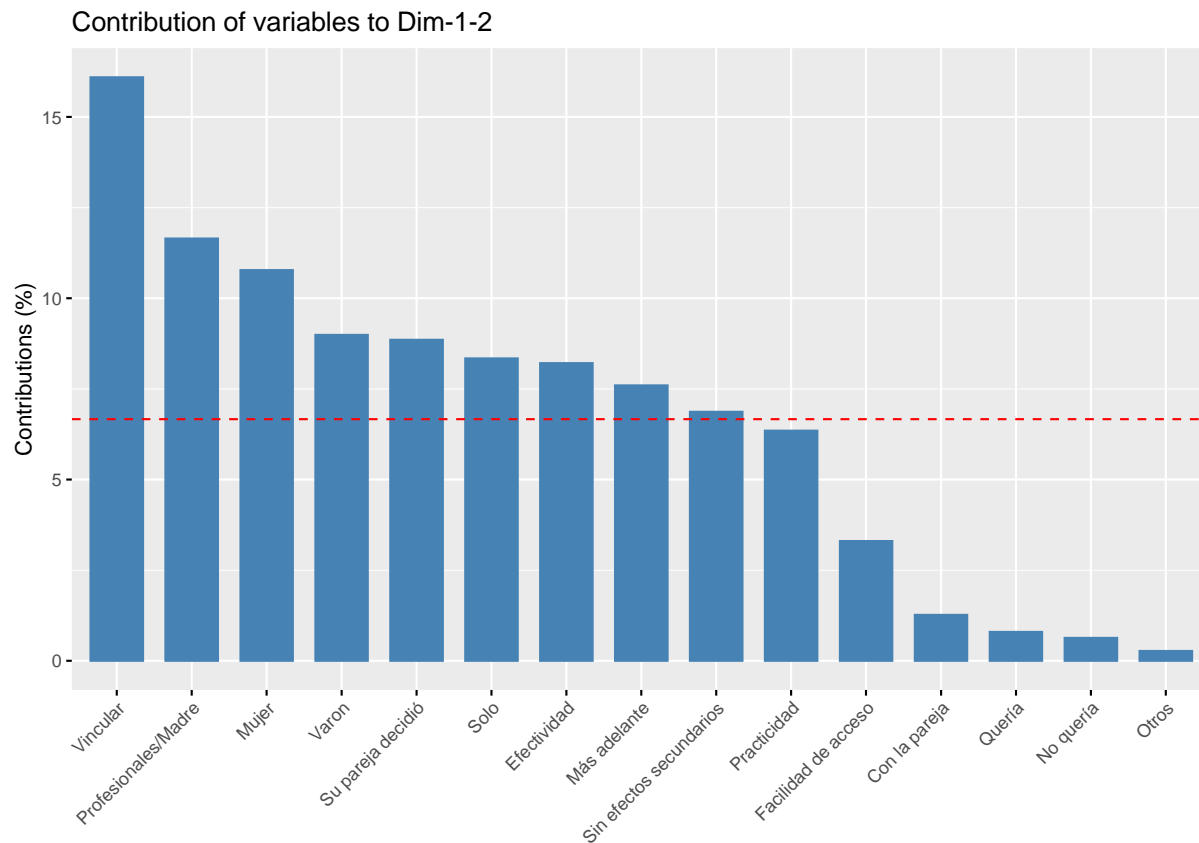
Correlación entre las variables y las dimensiones principales. INSE bajo



Fuente: Elaboración propia, con base en ENSSyR (2013).

En la Figura 3 (INSE bajo), se presenta la contribución de las categorías a la formación de las dimensiones, donde se observa que las categorías relacionadas a los vínculos (profesionales/madres, mujer, varón, su pareja decidió, solo y efectividad) son las categorías que mayor contribuyen a la formación de los ejes factoriales.

Figura 3
Contribución de las categorías de las variables a las dimensiones. INSE bajo



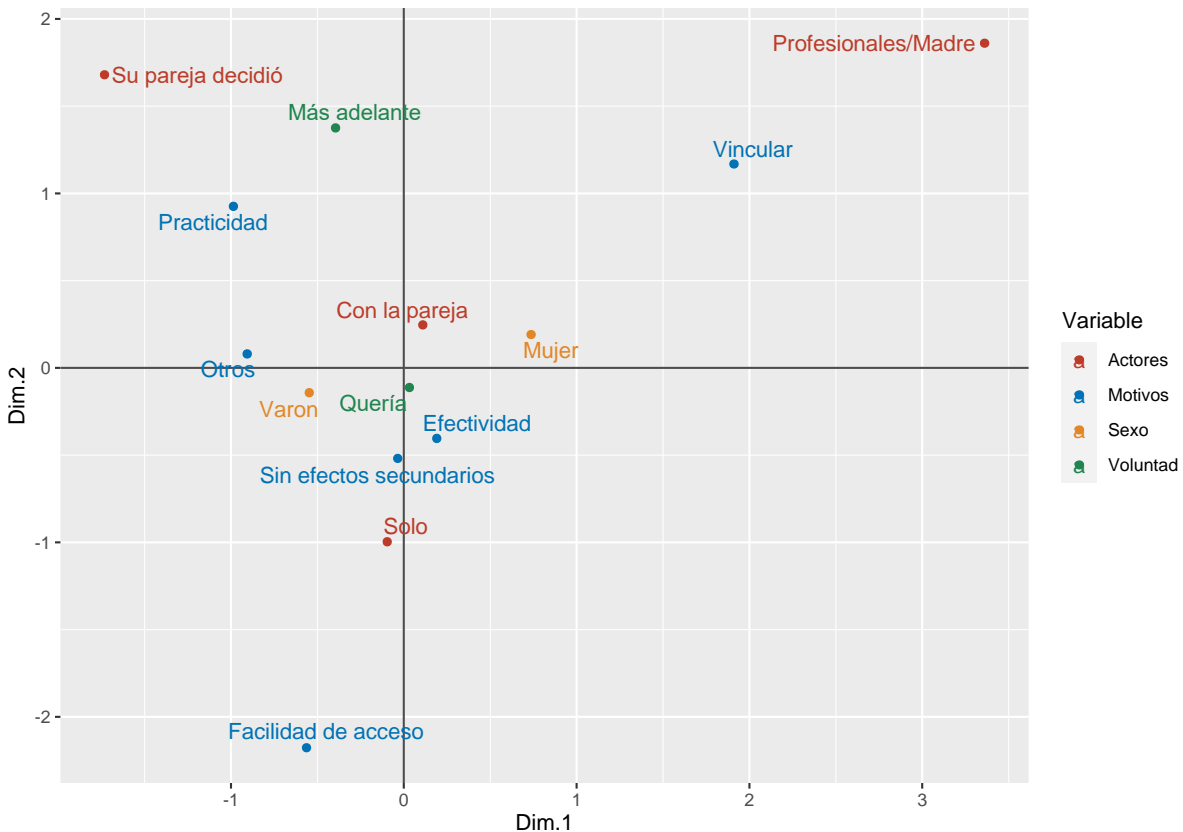
Fuente: Elaboración propia, con base en ENSSyR (2013).

En la Figura 4 se presenta el ACM para INSE alto, donde el patrón de asociaciones se mantiene estable, en relación con el INSE bajo, donde las mujeres están correlacionadas con una esfera vincular en la toma de decisiones. Por ejemplo, cuando indagamos sobre los actores involucrados en la decisión sobre el método anticonceptivos, las mujeres de INSE alto se asocian a profesionales y madres, en tanto que en los varones se asocia más a decisiones tomadas sin ningún otro actor involucrado.

Cuando indagamos sobre los motivos de utilizar cierto método anticonceptivo, en el caso de las mujeres también aparecen los vínculos como un elemento relevante, a diferencia de los varones, para quienes el motivo de la decisión se relaciona a la practicidad o que no tiene efectos secundarios.

Figura 4

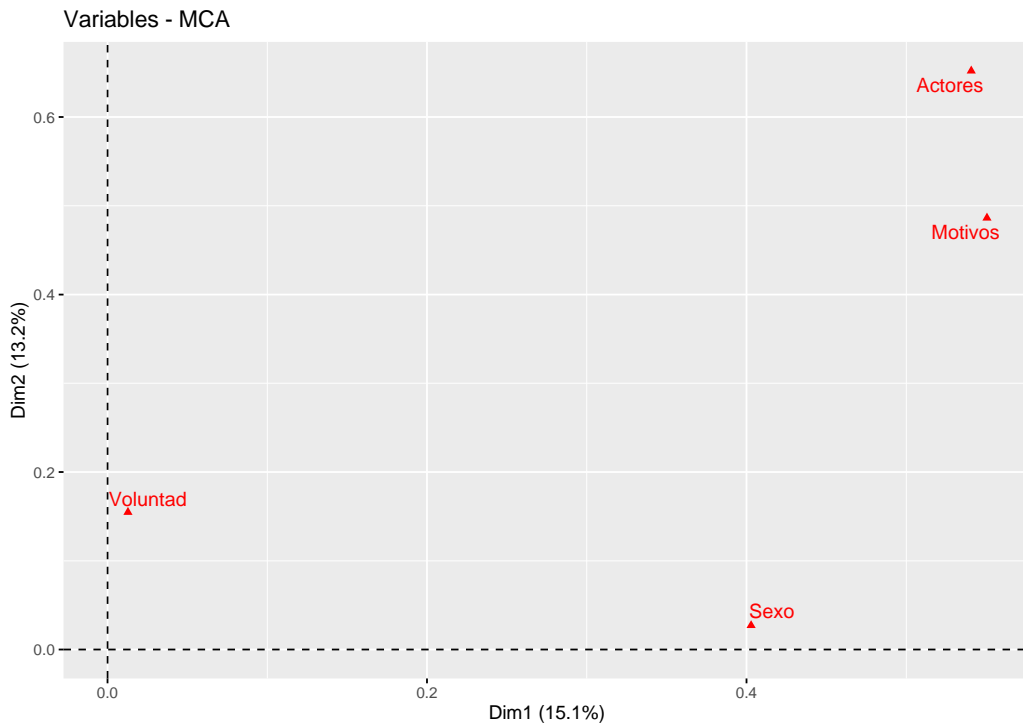
Análisis de correspondencias múltiples. Nivel socioeconómico alto (INSE alto)



Fuente: Elaboración propia, con base en ENSSyR (2013).

Para el INSE alto (Figura 5), el patrón de correlaciones de las variables con las dimensiones es similar. La variable sexo está correlacionada con el eje horizontal, las variables sobre los motivos y los actores correlacionadas con ambas dimensiones y la variable voluntad con el eje vertical.

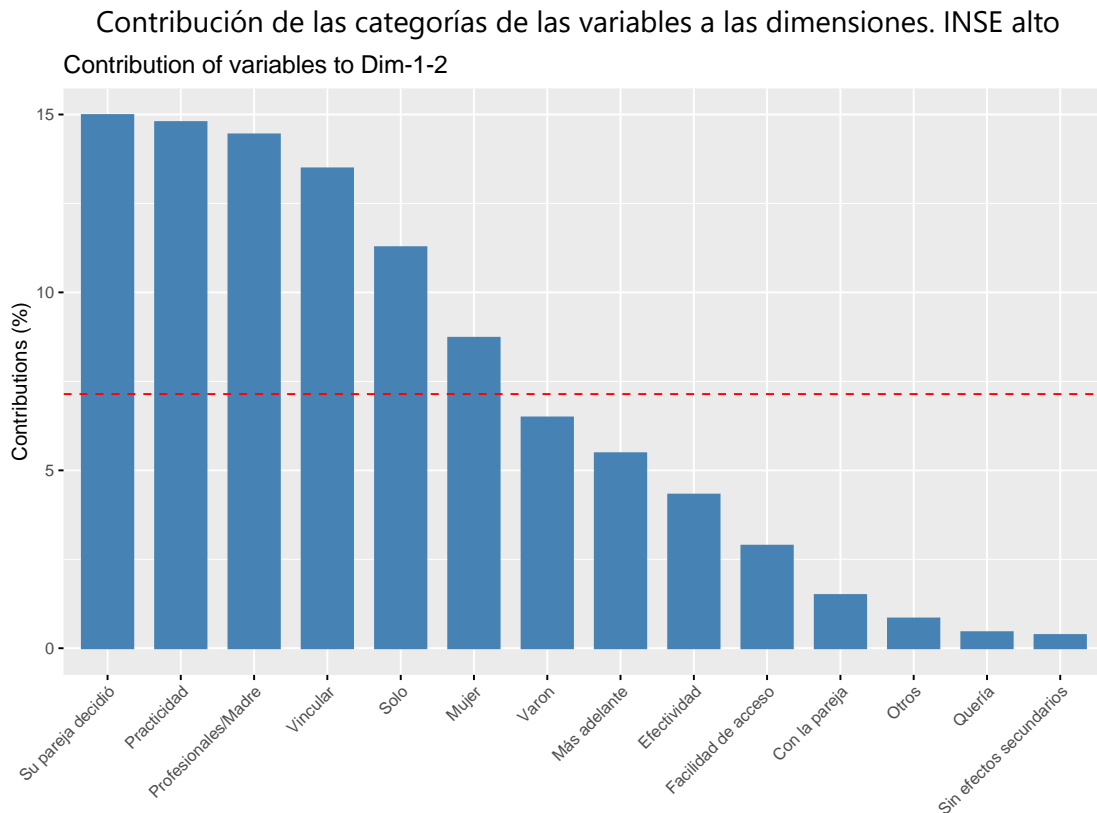
Figura 5
Correlación entre las variables y las dimensiones principales. INSE alto



Fuente: elaboración propia, con base en ENSSyR (2013).

En el caso de INSE alto (Figura 6), las categorías que más contribuyen a la formación de los ejes factoriales son su pareja decidió, practicidad, profesionales/madres (también vinculado a la esfera de los vínculos), vínculos, la toma de decisión solo y la categoría mujer.

Figura 6



Fuente: elaboración propia, con base en ENSSyR (2013).

5. Discusión

La discusión académica sobre el tópico analizado es variada, por ejemplo, en relación con la voluntad de tener relaciones sexuales, Heise, Moore y Toubia (1995) definieron el debut sexual bajo coerción como el acto de forzar por la violencia, las amenazas, la insistencia verbal, el engaño, las expectativas culturales o las circunstancias económicas a participar en una conducta sexual contra la voluntad.

La coacción se presenta a través de relaciones de poder en las que operan la diferencia de edad (jóvenes manteniendo relaciones con personas adultas), física (diferencias en cuanto a tamaño y fuerza) y estereotipos de género (la presión social, el no ser catalogada de "histérica", poco "macho" o la idea de pertenencia sobre el cuerpo de la pareja).

En el caso de los varones, no hay alusiones a este tipo de razones, aunque por la misma razón antes mencionada, no quiere decir que no existan casos de este tipo. Como menciona Cabrera, Moyano y Peláez (2017), “el rol asignado a los varones exige una permanente predisposición al acto sexual (donde no hay lugar para los actos involuntarios o no deseados)” (p.57).

De hecho, como se menciona en el estudio de Cabrera, Moyano y Peláez (2017), entre los posibles sesgos que pudiera tener la información relativa a esta temática y particularmente la ENSSyR, se señala que muchas veces existe una tendencia en los encuestados a reportar poco y nada los comportamientos que no son socialmente aceptados. Esta tendencia es particularmente relevante en relación a problemáticas como el inicio sexual no consensuado. Más allá de estos sesgos el estudio mencionado señala que una perspectiva de derechos en el análisis de la información provista por la ENSSyR obliga a incorporar una lectura acerca de las condiciones en las cuales tiene lugar el primer encuentro sexual, principalmente, la voluntad para llevarlo a cabo.

En relación con la elección del método anticonceptivo, investigaciones contemporáneas, al momento de realizarse la encuesta, señalan que el uso del preservativo masculino se presenta como el método de cuidado más utilizado por los jóvenes escolarizados que han tenido relaciones sexuales, alcanzando el 64 %. Este porcentaje es mayor en los varones en grupos de edad más joven (Kornblit y Sustas, 2013). En el caso de los datos analizados, el porcentaje de varones que optan por este método es similar en ambos niveles socioeconómicos.

El estudio de Kornblit y Sustas alertó acerca de la disminución en términos comparativos en el uso de métodos de cuidados, que no solo tienen una finalidad anticonceptiva, sino que también previenen las infecciones de transmisión sexual (ITS), como lo es el preservativo frente a métodos hormonales como las pastillas anticonceptivas. Se identificó un leve descenso en la utilización del preservativo masculino como método predominante de cuidado, así como un aumento importante en la utilización de pastillas anticonceptivas, al comparar los casos de 2005 y 2012. A partir de estos resultados, se hizo evidente que los jóvenes del estudio citado priorizaban la anticoncepción por sobre la prevención de las ITS.

Según los datos que analizamos en este artículo, si comparamos el método utilizado en la primera relación sexual con el utilizado principalmente, parece que podría mantenerse esa preferencia de uso. En efecto, en la primera relación sexual existe una preponderancia mucho mayor del uso de preservativo o condón, que, aunque persiste como método utilizado principalmente, lo es en menor medida que en la primera relación sexual. Por el tipo de método, el control en la utilización del preservativo recae en mayor medida sobre el varón, al contrario de lo que sucede con los anticonceptivos hormonales, los cuales son consumidos por las mujeres. Esto indica un creciente control de las mujeres en la administración del método anticonceptivo, al mismo tiempo que su utilización tiene un mayor impacto y consecuencias en el cuerpo y la salud de las mujeres. En este

sentido, el estudio de González, E. et al. (2017) indaga sobre las razones que predominaron en una muestra de adolescentes en Chile, respecto de por qué no elegir los métodos hormonales. Entre los efectos sobre el cuerpo, se destacan el aumento de peso, el miedo y dolor al colocarlo y removerlo, a las agujas, el excesivo sangrado, el riesgo de no poder quedar embarazada en el futuro y el rechazo al uso de hormonas.

En relación con la persona que participó de la decisión sobre el método a utilizar, los resultados difieren de estudios como el de Langer, Zimmerman, Warheit y Ducan, citados en Vargas et al., (2007). En esa investigación se señala que “las personas adolescentes que están en una edad más temprana tienden a tomar decisiones teniendo en cuenta la opinión de sus padres y madres. Sin embargo, a medida que avanza la adolescencia, las decisiones están mediadas por la opinión del grupo de referencia, y hasta el final de la adolescencia las decisiones empiezan a tomarse con base en un criterio personal” (p. 10). Si bien en el presente estudio no se diferenciaron las respuestas del segmento de jóvenes entre 14 y 19 años de acuerdo con subgrupos etarios, se observó la presencia de otros actores como partícipes de la decisión sobre el método anticonceptivo a utilizar. Este patrón de otros actores en la toma de decisiones es más acentuado en el caso de las mujeres, tanto de nivel socioeconómico alto como bajo.

6. Conclusiones

Del análisis se desprende, en primer lugar, la relevancia de la variable sexo para analizar la participación de las personas jóvenes en la toma de decisiones respecto de las distintas dimensiones de su salud sexual, reproductiva y no reproductiva, que aborda este trabajo.

En relación con la participación en la toma de decisiones sobre la primera relación sexual, la principal diferencia radica en la voluntad de unas y otros de iniciarse sexualmente. Las mujeres manifestaron no haber querido tener relaciones en el momento en que las tuvieron, en mayor proporción que los varones para ambos INSEs, lo cual implica que en ese momento operaron formas de coacción de distinto tipo y gravedad. De hecho, algunas mujeres expresaron directamente que esas relaciones fueron producto de una violación, lo cual fue más recurrente en el caso del INSE bajo.

Por otro lado, al momento de analizar la participación en la toma de decisiones respecto del uso regular de métodos anticonceptivos, se evidencia en las respuestas el predominio del método de

barrera (preservativo) como método anticonceptivo más utilizado, seguido por el método hormonal en ambos casos y en ambos INSE.

En esta dimensión es notable la diferencia de quienes intervienen en la decisión acerca de qué método anticonceptivo utilizar. Nuevamente, se presenta una mayor autonomía entre los varones. Además, en el caso de las mujeres existe una multiplicidad de actores intervinientes adicionales a la pareja. Dichos actores son principalmente madres y profesionales de la salud, prácticamente ausentes en el caso de los varones. Esto último se refuerza al momento de analizar las razones para la elección del método. En las mujeres la recomendación de terceros o la prescripción médica son recurrentes, mientras que, en el caso de los varones, tiene escasa influencia este tipo de razones.

Por lo tanto, de acuerdo a los datos analizados, se observa un patrón de esferas de diversos vínculos (red de relaciones) presentes en la toma de decisiones de las mujeres, mientras que en el caso de los varones se trata de decisiones tomadas de manera más individual o con intervención casi exclusiva de la pareja. Este patrón se mantiene estable en los dos INSE, pero sobre todo entre los varones. En el caso de las mujeres, se observan diferencias relativas a la incidencia de los vínculos en las razones para elegir un método u otro. Si bien en ambos casos los vínculos aparecen de manera preponderante, como ya se mencionó anteriormente, en el caso de las mujeres con INSE bajo estos vínculos adquieren mayor relevancia frente a otros criterios que denotan mayor autonomía, como efectividad.

El análisis realizado sobre la primera relación sexual y el uso regular de anticonceptivos sugiere que unas y otros experimentan diferentes niveles de participación en las decisiones que les involucran. En efecto, los patrones de correlaciones analizados sugieren que los varones presentan un mayor grado de participación y acuerdo en la toma de decisión acerca del momento en que tuvieron su primera relación sexual, como también mayor autonomía respecto de actores externos al momento de decidir qué método anticonceptivo utilizar.

7. Referencias

- Binstock, G. y Näslund-Hadley, E. (2013). Maternidad adolescente y su impacto sobre las trayectorias educativas y laborales de mujeres de sectores populares urbanos de Paraguay. *Papeles de población*, 19(78), 15-40. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252013000400003
- Booyesen, F., Van der Berg, S., Burger, R., Maltitz, M. y Rand, G. du. (2008). Using an Asset Index to Assess Trends in Poverty in Seven Sub-Saharan African Countries. *World Development*, 36(6), 1113–1130. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2007.10.008>
- Brizuela, V., Abalos, E., Ramos, S. y Romero, M (2014). El embarazo en la adolescencia. Hoja Informativa del Observatorio de salud sexual y reproductiva de argentina. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.ossyr.org.ar/hojas-informativas-10.html>
- Cabral, M. y Benzur, G. (2005). Cuando digo intersex / Un diálogo introductorio a la intersexualidad, *Cadernos Pagu*, (24), 283-304. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a13.pdf>
- Cantore, L. M. (2016). Igualdad de los cariotipos ante la Ley. *Revista Científica de UCES*, 20(1), 129-179. Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/4040>
- Censo nacional de población, hogares y viviendas y Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Población en viviendas particulares en área urbana por presencia de servicios en el segmento, según provincia*. Recuperado de / <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-CensoNacional-3-999-Censo-2010>
- Chávez, M. (2006). *Informe del proyecto: Investigaciones sobre juventudes en Argentina: estado del arte en ciencias sociales*. Universidad Nacional de San Martín. La Plata-Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.comisionporlamemoria.org/archivos/jovenesymemoria/colecciones/vol3/informe-investigaciones-sobre-juventudes-en-argentina.pdf>

Chávez, M. (2009). Investigaciones sobre juventudes en Argentina: estado del arte en ciencias sociales. *Papeles de trabajo*, (5), 1-111. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Mariana_Chaves2/publication/259458728_Investigaciones_sobre_juventudes_en_Argentina_estado_del_arte_en_ciencias_sociales_1983-2006/links/00b4952bc1aeb1cd13000000/Investigaciones-sobre-juventudes-en-Argentina-estado-del-arte-en-ciencias-sociales-1983-2006.pdf

Cosse, I. (2010). *Pareja, sexualidad y familia en los años sesenta*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Dávila León, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Ultima década*, 12(21), 83-104. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362004000200004

Declaración de Beijing. (1995). *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Recuperado de <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

Elizalde, S. (2006). El androcentrismo en los estudios de juventud: Efectos ideológicos y aperturas posibles. *Ultima década*, 14(25), 91-110. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362006000200005

Encuesta nacional sobre salud sexual y reproductiva. (2013a). Presentación de Resultados. Recuperado de https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enssyr_2013.pdf

Encuesta nacional sobre salud sexual y reproductiva. (2013b). *Documento para la utilización de las bases de datos usuario*. Recuperado de https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/menusuperior/enssyr/enssyr_doc_utilizacion_bases_usuario.pdf

Fernández, Y. (2017). Empoderamiento femenino: la vía para la apropiación y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. *Revista de Investigación Científica Manglar*, 14(2), 107-114. Recuperado de <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/263>

- Filmer, D., & Pritchett, L. H. (2001). Estimating Wealth Effects without Expenditure Data-or Tears: An Application to Educational Enrollments in States of India. *Demography*, 38(1), 115–132. DOI: <https://doi.org/10.2307/3088292>
- González, E., Breme, P., González, D., Molina, T. G, & Leal, I. (2017). Determinantes en la elección de anticonceptivos en adolescentes consultantes en un centro de atención de salud sexual y reproductiva. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 82(6), 692-705. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000600692>
- Grosman, C. y Herrera M. (2005). Un enfoque actual sobre el derecho de los adolescentes a ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, en *Revista Encrucijadas* 39(4), 16-23. Recuperado de <http://www.uba.ar/encrucijadas/nuevo/pdf/encrucijadas39n4.pdf>
- Hernández, G. E. G. (2014). Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja. *Iztapalapa*, 35(77), 13-53. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-91762014000200013
- Heise, I.; Moore, K. y Toubia, N. (1995). *Sexual coercion and reproductive health. A focus on research*. Nueva York, Estados Unidos: Population Council. DOI: 10.31899/rh5.1033
- Houweling, T. A., Kunst, A. E., & Mackenbach, J. P. (2003). Measuring health inequality among children in developing countries: Does the choice of the indicator of economic status matter? *International Journal for Equity in Health*, 2(1), 1–12. DOI: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-2-8>
- Kassambara, A. y Mundt, F. (2017). factoextra: Extract and Visualize the Results of Multivariate Data Analyses. *R package version 1.0.5.999* [Software de computación] Recuperado de <https://cloud.r-project.org/web/packages/factoextra/index.html>
- Kolenikov, S., & Angeles, G. (2009). Socioeconomic status measurement with discrete proxy variables: Is principal component analysis a reliable answer? *Review of Income and Wealth*, 55(1), 128–165.

- Kornblit, A. L., & Sustas, S. E. (2016). Actitudes y prácticas sexuales de los jóvenes escolarizados en el Nivel Medio de la enseñanza pública argentina ¿nuevos patrones? *Educación, Lenguaje y Sociedad*, 12(12), 1-17. Recuperado de <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/els/article/view/1507/3571>
- Le, S., Josse, J. y Husson, F. (2008). FactoMineR: An R Package for Multivariate Analysis. *Journal of Statistical Software*, 25(1), 1-18. DOI: 10.18637/jss.v025.i01
- López, E. y Pantélides, E. A. (2007). *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires, Argentina: CENEP. Recuperado de <http://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3988/1/6370.pdf>
- McKenzie, D. J. (2005). Measuring Inequality with Asset Indicators. *Journal of Population Economics*, 18(2), 229–260.
- Montgomery, M. R., Gragnolati, M., Burke, K. A., & Paredes, E. (2000). Measuring Living Standards with Proxy Variables. *Demography*, 37(2), 155–174. DOI: <https://doi.org/10.2307/2648118>
- Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: Una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista Argentina de Sociología*, 4(7), 100-119. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=269/26940705>
- Poirier, M. J. P., Grépin, K. A., y Grignon, M. (2020). Approaches and Alternatives to the Wealth Index to Measure Socioeconomic Status Using Survey Data: A Critical Interpretive Synthesis. *Social Indicators Research*, 148(1), 1–46. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11205-019-02187-9>
- Quintana Llanio, L. (2018). Fecundidad y toma de decisiones en torno a la reproducción. Elementos para un marco conceptual. *Revista Novedades en Población*, 14(27), 1-9. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v14n27/rnp010118.pdf>

- Rojas, O. y Castrejón, J. L. (2011). Género e iniciación sexual en México. Detección de diversos patrones por grupos sociales. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 26(1), 75-111. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102011000100075
- Rojas Cabrera, E., Peláez, E. y Moyano, S. (2017). Progresos y desafíos en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva en la Argentina de los últimos 40 años una aproximación a partir de información relativa a "la primera vez". *Sexualidad, salud y sociedad - Revista latinoamericana*, (25), 49-67. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293350703003>
- R Core Team (2020). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. [Software de computación]
- Sahn, D. E., & Stifel, D. (2003). Exploring Alternative Measures of Welfare in the Absence of Expenditure Data. *Review of Income and Wealth*, 49(4), 463-489. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.0034-6586.2003.00100.x>
- Stern, C. (2009). Embarazo adolescente / significado e implicaciones para distintos sectores sociales. *DemoS*, 8, 11-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/%256653>
- Trumper, E y Perotta, G. (2011). Derechos que asisten a los niños, niñas y adolescentes. *Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil*, 18(1), 39-45. Recuperado de http://www.sagij.org.ar/images/Derechos_que_asisten_a_los_niF1os2C_niF1as_y_adolesce_ _ntes-publicado-en-revista-SAGIJ.pdf
- Wickham H. (2016). *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. Springer-Verlag New York. [Software de computación]. Recuperado de <https://cran.r-project.org/web/packages/ggplot2/index.html>
- Xiao, N. (2018). *ggsci: Scientific Journal and Sci-Fi Themed Color Palettes for 'ggplot2'*. R package version 2.9. [Software de computación]. Recuperado de <https://CRAN.R-project.org/package=ggsci>

8. Anexos

Tabla 3

Descripción de las variables. Índice de Nivel Socioeconómico (INSE)

Variables	Categorías	Porcentaje
Material de los pisos	Tierra o ladrillo	2.12
	Cemento o ladrillo	26.82
	Cerámica, baldosa, mosaico	71.06
Material cubierta del techo	Caña, tabla, paja	2.3
	Chapa o cartón	3.69
	Chapa de fibrocemento	2.3
	Chapa de metal	48.11
	Pizarra o teja	4.37
	Baldosa o losa	23.45
	Cubierta asfáltica	15.8
Medio de cocina	Kerosene, leña, carbón	1.62
	Gas de tubo/garrafa	49.19
	Gas de red	49.19
Baño	letrina (sin descargo)	2.61
	Inodoro sin botón	9.36
	Inodoro con botón	88.03
Desague inodoro	Excavación en tierra	1.08
	Solo pozo ciego	14.31
	Cámara séptica	21.06
	Red pública	63.55
Habitación por miembros del hogar		M=.6997. DE=.3544
Cobertura de salud	Si tiene	54.32
Asiste al colegio	Si asiste	78.71

Fuente: elaboración propia con base en ENSSyR 2013. 2020

Tabla 4

Coeficientes de puntuación. Análisis de Componentes Principales Policórico (ACPP)

Variables	Categorías	Coeficientes de puntuación
Material de los pisos	Tierra o ladrillo	-1.04399
	Cemento o ladrillo	-0.472681
	Cerámica, baldosa, mosaico	0.209041
Material cubierta del techo	Caña, tabla, paja	-0.474711
	Chapa o cartón	-0.350633
	Chapa de fibrocemento	-0.294302
	Chapa de metal	-0.100574
	Pizarra o teja	0.043287
	Baldosa o losa	0.122076
	Cubierta asfáltica	0.305634
	Medio de cocina	Kerosene, leña, carbón
	Gas de tubo/garrafa	-0.304264
	Gas de red	0.337875
	Baño	letrina (sin descargo)
	Inodoro sin botón	-0.304264
	Inodoro con botón	0.337875
	Desague inodoro	Excavación en tierra
	Solo pozo ciego	-0.555154
	Cámara séptica	-0.250345
	Red pública	0.224572
	Habitación por miembros del hogar	
Cobertura de salud	No tiene	-0.307504
	Si tiene	0.258351
Asiste al colegio	No Asiste	-0.223926
	Si Asiste	0.060468

Fuente: elaboración propia con base en ENSSyR 2013. 2020

Población y en Mesoamérica

¿Quiere publicar en la revista?
Ingrese [aquí](#)

O escribanos:
revista@ccp.ucr.ac.c



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.

Indexada en los catálogos más prestigiosos. Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#).



 Revista Población y Salud en Mesoamérica -

Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica

