

## PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**Título del Proyecto: Mujeres en Riesgo:** detección de grupos de mujeres con alto riesgo de infección de VIH, fecundidad no planeada, pérdida fetal y victimización de la violencia en el Paraguay.

**Área de Programa:** Promoción de la planificación familiar, control de infecciones de transmisión sexual, temas de género y derechos reproductivos en salud reproductiva.

### Justificación y objetivos del Estudio

#### *Justificación*

La investigación propuesta es importante por dos razones: a) la existencia en el Paraguay de población que no ha alcanzado el standard de salud reproductiva implícita en la definición de la Organización Mundial de la Salud, y b) la falta de investigación que pueda guiar acciones basadas en evidencia concreta para el gobierno/ sector público y organizaciones no gubernamentales (ONG).

La última Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual Reproductiva del Paraguay (ENDSSR 2004) muestra que, a pesar del progreso registrado en algunos indicadores principales, existe una necesidad de continuas y más específicas políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva.

Por otra parte, la riqueza de los datos producidos por la ENDSSR han sido analizados únicamente en forma descriptiva, mas no han proveído evidencia suficiente al gobierno/ sector público y organizaciones de la sociedad civil para la promoción y el diseño de políticas al respecto.

Aunque la fecundidad en el país ha decaído en los años recientes, sigue siendo alta entre las mujeres más pobres y de menor educación. La Tasa Global de Fecundidad (TGF) del periodo 2001-2004 es de 2.9 hijos por mujer, 2.5 en áreas urbanas y 3.7 en áreas rurales. Mujeres con cinco o menos años de escolaridad registran un índice de 4.2 mientras que el mismo es de 2.1 en aquellas con doce o más años de educación formal. Mujeres de clase socio-económica muy baja tienen 3.5 más niños que las mujeres de estrato alto (CEPEP, 2005). Gran parte de los presentes niveles de fecundidad son resultado de embarazos no deseados o no planeados. Esta es una reflexión en parte basada en el hecho de que el 27,2 por ciento de las mujeres entre 15-44 años actualmente casadas o unidas no utiliza ningún método anticonceptivo, y de las diferencias en la prevalencia de uso de anticonceptivos según diferentes grupos de mujeres (CEPEP, 2005:83-85).

Si bien un alto porcentaje de mujeres paraguayas sabe de la existencia del VIH/SIDA y sus formas de prevención, la mayoría se considera a sí mismas fuera de riesgo de adquirir la enfermedad, además de que el 80 por ciento no sabe que puede estar infectada y no presentar los síntomas (CEPEP, 2005:247-252).

La Violencia de género y doméstica no ha sido aun estudiado en el Paraguay a excepción de cortos análisis descriptivos (Soto, González y Elías, 2003; CEPEP, 2005; Goodwin, 2005). Muchas mujeres han sufrido diferentes formas de violencia (verbal, física y sexual) especialmente en áreas urbanas. Del grupo de mujeres de 15-44 años que estuvieron en algún tipo de relación, un tercio ha sido víctima de violencia verbal, y casi un quinto de violencia física por parte de sus parejas (CEPEP, 2005:291-300). La

Encuesta Nacional Paraguaya en Violencia Domestica indica que en mas de la mitad de los casos, la víctima no ha pedido ayuda alguna, ni de las autoridades. Esto ha sido ligado a la percepción de que no encontrarían solución alguna en denunciarlo, o de no saber que hacer, o por miedo o vergüenza. Al menos la mitad de las entrevistadas piensa que la violencia domestica es un problema que debe ser resuelto por la victima misma (Soto, González y Elías; 2003:120).

El aborto inducido es la principal causa de muerte materna en el Paraguay (MSP y BS, 2005). La mayoría de casos de muerte materna entre adolescentes se deben a abortos (Soto, 2004). Estos datos, sin embargo, capturan solo una parte de la realidad debido al subregistro existente por su condición de procedimiento ilegal. La ENDSSR 2004 incluye una pregunta relacionada a perdidas antes del sexto mes del embarazo (pérdida fetal) que aun no ha sido analizada y que puede brindar alguna aproximación de la situación. Se propone su análisis.

Tanto datos recientes como registros existentes en las variables mencionadas han sido analizadas y diferenciadas según características como edad, estado civil, nivel de educación, área de residencia urbana/rural (CEPEP 1989, 1991, 1997, 1999 y 2005). Sin embargo, aun no se han hecho estudios para conocer el efecto de las variables independientes controlando el efecto de las variables intervinientes o identificando las características de las mujeres con un incremento en el riesgo de embarazos no deseados o planeados, muerte antes del sexto mes de embarazo (pérdida fetal), infecciones de VIH-SIDA o víctimas de violencia de género. El objeto de la presente investigación es realizar un análisis multivariable para identificar grupos de mujeres que puedan ser objeto/ beneficiarias de políticas publicas en áreas de fecundidad, VIH y ITS, aborto, y violencia de género.

### **Marco Teórico**

Las encuestas CAP (en ingles KAP, conocimiento, aptitudes, practicas) son la fuente de información para esta investigación. Dicho punto limita en cierta forma la selección del marco teórico para la interpretación de la información recogida. La estructura y contenido de las encuestas implica que la práctica esta guiada por aptitudes y basadas en conocimiento. Modelos de comportamiento que asumen que el comportamiento es resultado de decisiones de razonamiento racional ayudan a la interpretación de este tipo de información.

El Modelo Creencias de Salud (MCS) (Health Belief Model, HBM) propuesto originariamente por Fishbein y Azjen (1975) parece apropiado para el tipo de información con la cual estamos trabajando, si bien ha sido criticado por asumir que es la extrema racionalidad la que guía la conducta del individuo. La debilidad del modelo ha sido puesta en evidencia, por ejemplo, por su inhabilidad para explicar comportamientos como fumar, exposición al riesgo respecto al VIH/ SIDA en personas que cuentan con toda la información pertinente al respecto.

El MCS ha sido constantemente modificado por la introducción de variables como eficacia propia (self efficacy) y el valor de la salud para cada individuo. Si bien nuestra base de datos no permite el análisis/ medición de este tipo de variables, sí es posible matizar el modelo a través de la introducción de mediadores como variables demográficas, educacionales o socioeconómicas (Redding et al., 2000).

De acuerdo al MCS, los comportamientos preventivos dependen de percepciones individuales como:

- Sentirse personalmente vulnerable a la condición;
- Conciencia de que las consecuencias de poseer la condición serán serias;
- Que los comportamientos preventivos efectivos previenen la condición, y;
- Que los beneficios de reducir la amenaza de la condición excede/ supera el costo de tomar cualquier acción al respecto”. (Reading et al. 2000:181).

En la presente investigación el MCS ayudará en el análisis de conocimiento, actitudes y adopción de comportamientos preventivos con relación a embarazos no queridos o planeados, infecciones de VIH e ITS, y actitudes hacia la violencia (legitimación de la violencia por parte de las víctimas) y victimización. En otras palabras, conocimientos y aptitudes serán tratados tanto como variables independientes o intervinientes.

Para otros aspectos a ser investigados no encontramos aplicable el uso de modelos generales. Sin embargo, el concepto de *vulnerabilidad* esta implícito en nuestra proposición sobre ciertos rasgos que identifican a mujeres con mayor riesgo de resultado “negativo” en salud reproductiva. El concepto de vulnerabilidad, originariamente propuesto por Sen (1981, 1984) ha sido flexiblemente utilizado en las Ciencias Sociales. Ser vulnerable implica una situación de efectiva carencia de ciertas “necesidades” materiales o no materiales, por ejemplo, casa, medio de transporte, ingreso, educación, salud, a las cuales podemos añadir, para nuestros propósitos: edad (Pantelides y Geldstein, 1999; Manzelli y Pantelides, 2007), estado civil, y número de hijos.

Los resultados de investigaciones previas han contribuido a que las variables seleccionadas estén relacionadas, especialmente a las investigaciones realizadas en América Latina, algunas de las cuales son revisadas más abajo. Variables que han demostrado tener influencia en comportamientos de salud reproductiva son entre otras: educación, clase social, nivel de pobreza y aspectos culturales.

**Educación** ha demostrado tener una gran influencia, casi universal, en fecundidad (Jejeebhoy, 1995). Algunos estudios que han encontrado esta relación en países de América Latina son Gupta y Da Costa Leite (1999, en el Nordeste del Brasil), Castro y Juárez (1995, en 9 países Latino Americanos). Otros autores se fijaron en la influencia de la educación en los determinantes próximos de la fecundidad, como edad al matrimonio y edad de la primera relación sexual. Ejemplos son Wulf y Singh (1991, adolescentes en 9 países de América Latina), Singh y Samara (1996, en 40 países incluido América Latina), y Heaton, Forste y Otterstrom (2002, en 12 países Latino Americanos).

Otros estudios se centraron en la atención que se debe prestar a las **clases sociales o niveles de pobreza**. Por ejemplo, Castro y Juárez (1995), Pantelides, Domínguez y Gelstein (2000, en población adolescente en el Área Metropolitana de Buenos Aires), Singh y Monteiro (2000, en tipos de anticonceptivos, fecundidad y aborto en Brasil), Stern (2005, en adolescentes y jóvenes en México).

Con respecto a la **Violencia**, una exploración de las características de las mujeres paraguayas víctimas de *violencia por parte de sus padres o parejas*, encontró pequeñas diferencias según edad, lugar de residencia, nivel de educación, nivel socio-económico o lenguaje hablado en el hogar habitualmente (Goodwin, 2005). Sin embargo, la percepción de violencia y lo que constituye severas o medias formas de abuso es influenciado por valores culturales (Sokolof y Dupont, 2005; Malley-Morrison, 2004, citado

en Fernández, 2006). En un estudio a las mujeres nicaragüenses, Ellsber et al (1999) encontró que la *violencia intrafamiliar* no es percibida como violencia o no es un tema a ser discutido fuera de la familia.

Varios estudios en poblaciones de América Latina se han enfocado principalmente en los *aspectos culturales y factores estructurales* que influyen la **violencia y la búsqueda de ayuda** por parte de las mujeres. Aspectos culturales y creencias son privilegiados por Kasturirangan y Willians (2003) quienes estudian a la mujer latina maltratada, explicando la incidencia de la violencia y la decisión de la víctima a la hora de buscar ayuda. Situaciones de **violencia de género** son consideradas como estigmatizadoras y vergonzosas. La vergüenza también ha sido identificada en otros estudios como un factor inhibitor en las mujeres a la hora de contar sus experiencias y buscar ayuda (Giles, Sims, 1998, en Russo y Pirlott, 2006). Aunque no describa los causantes de fondo, un estudio en Nicaragua indica que las mujeres abusadas, incluyendo embarazadas, no solo permanecen sin asistencia por parte de los servicios de salud sino además no buscan cuidados de salud con relación a sus abusos (Valladares et al., 2005).

### **Objetivos**

#### **Objetivo General 1:**

Establecer tendencias (1995-1998-2004) de las principales variables a ser estudiadas en el objetivo 2. Este análisis proveerá adicionalmente el contexto para los resultados a ser obtenidos en el objetivo general 2.

#### **Objetivo general 2:**

Detectar los grupos de mujeres que serán objeto de políticas públicas en temas de salud reproductiva.

#### **Objetivos específicos:**

2.1 Identificación de mujeres con características asociadas a un mayor riesgo de infección de ITS o VIH.

2.2 Identificación de mujeres con características asociadas con fecundidad no deseada/ no planeada. Este objetivo tiene dos componentes. El primero examina el historial de fecundidad en mujeres. Clasifica a las madres de acuerdo a sí el embarazo es no deseado/ no planeado para así identificar cual de los atributos de la madre están asociados a un mayor riesgo de dicho evento. El segundo componente está centrado en los aspectos de prevención para evitar embarazos no queridos a través del análisis de las características asociadas con tener mayor riesgo a un embarazo no planeado. En este caso, “mujer en riesgo” es definida como aquella que carece de conocimiento de métodos anticonceptivos, uso de métodos no efectivos, no uso de método alguno, o barreras al acceso a métodos anticonceptivos.

2.3 Identificación de mujeres con características asociadas con pérdida del embarazo antes del sexto mes. Pérdida fetal es definida como la pérdida del embarazo antes del sexto mes. En ausencia de una pregunta directa sobre aborto inducido, ésta se presenta como una aproximación a dicho fenómeno.

2.4 Identificación de mujeres con características asociadas a la violencia de género.

Dado que la pregunta está dirigida a las mujeres, la violencia será medida de dos diferentes formas. Para todas las mujeres que en la encuesta respondieron “haber tenido experiencias de violencia física antes de los 15 años”. Para mujeres de 15-44 años que han tenido pareja, que respondieron “haber sufrido violencia verbal, física o sexual por parte de sus parejas”.

### **Previos estudios similares**

Estudios sobre diferentes aspectos de la salud reproductiva constituyen un amplio cuerpo de la literatura, pero no son abundantes en el Paraguay (algunos han sido mencionados en la sección 3.1.1). *Ninguno* ha aplicado la metodología que esta investigación pretende implementar, y únicamente aquellos realizados por el CEPEP cubren todo el rango de temas aquí propuestos. A continuación se presentan algunos estudios que tienen relación con los temas propuestos o que puedan orientar nuestro análisis.

### **Estudios en series y diferenciados**

En su condición de ser una de las instituciones que realiza estudios de población en el Paraguay, el CEPEP ha publicado el análisis de cinco Encuestas Nacionales de Demografía y Salud Reproductiva realizadas por la institución (CEPEP 1989, 1991, 1997, 1999 y 2005). Los resultados son presentados en reportes que contienen análisis descriptivos de variables simples o bivariantes. Si bien no poseen un carácter propiamente comparativo, la serie identifica una tendencia descendente de la fecundidad, así como la permanencia de importantes diferencias entre mujeres según características socio-demográficas.

Brizuela (1996) analiza la fecundidad de 1960 a 1990 y observa una importante reducción en el tiempo. La autora indica que alrededor de 1990 las mujeres más jóvenes (20-29 años) concentraban los más altos niveles de fecundidad, a diferencia de lo observado en la década de 1980. El estudio señala que el *estado civil* y el *nivel de educación* eran las variables más significativas para explicar dichas diferencias. Observó que la *educación* tiene un efecto indirecto sobre la fecundidad al actuar como factor de retraso tanto del matrimonio como de la fecha de nacimiento del primer hijo. Además Brizuela (1994) utilizando datos del censo de 1994 analizó las series de fecundidad y niveles socio-económicos y geográficos diferenciados durante el periodo previo a la primera encuesta demográfica (1972 a 1992). Otros estudios incluyen datos de encuestas paraguayas en un marco comparativo entre países. Rutstein (1998) por ejemplo estudió los cambios en el número deseado de niños en un análisis de cohorte transversal y la correlación de los niveles de los cambios. El autor resalta el rol de los programas de Planificación Familiar al hallar que el descenso en el número deseado de hijos estaba asociado a descensos en el ingreso per capita e incrementos en los niveles de escolaridad en conjunto a esfuerzos mayores de planificación familiar a nivel país.

Un estudio comparativo entre 22 países (Curtis y Neitzel, 1996) focalizado en el conocimiento de anticonceptivos, sus usos y fuentes, tuvo hallazgos consistentes con otro que indicaba que el conocimiento de anticonceptivos y su uso tienden a ser menor entre los menos educados y mujeres de áreas rurales.

Heaton, Forste y Otterstrom (2002) observaron la *edad de iniciación sexual, de la primera unión y del primer hijo* en varios países de América Latina. Sugirieron que los patrones de comportamientos sexuales pueden ser agrupados en dos grupos extremos; por un lado las regiones tropicales con niveles más altos de actividad sexual, formación de uniones y primer nacimiento a edades tempranas, y por el otro, Haití, regiones del Brasil, Colombia y Paraguay con edades mayores de formación de uniones. Esta investigación delineó factores geográficos y culturales.

### **Estudios a Sub-poblaciones específicas**

Shoemaker (1989) analizó el comportamiento reproductivo en poblaciones marginales de Asunción basado en encuestas de fecundidad y teorías de estrategias de supervivencia (también en Shoemaker, 1991). Los resultados muestran que a medida que empeora la situación socioeconómica, más alto es el número de hijos, independientemente de la edad o nivel de educación de la mujer.

El estudio cualitativo realizado por Benítez et al. (1996) analiza poblaciones urbanas marginales y las características socioculturales vinculadas a la información y los mecanismos de control para el comportamiento sexual de los adolescentes. El autor ha encontrado que el contexto micro social en las áreas marginales estudiadas tiene influencia en el comportamiento sexual de los adolescentes determinando condiciones diferentes entre hombres y mujeres, impidiendo así una práctica de la sexualidad igualitaria, placentera y libre de riesgo. Se detectó una fuerte presión social en las adolescentes mujeres para posponer/retrasar cualquier otra aspiración diferente a encontrar una pareja estable y buscar la maternidad.

Otro estudio sobre comportamiento sexual en adolescentes en el Paraguay analiza los factores de riesgo en el embarazo. Se ha encontrado que el comportamiento sexual de los adolescentes varía según el nivel de educación, idioma hablado en el hogar (Guaraní o Español), y lugar de residencia (Pantelides y Binstock, 1993).

Fogel y Pantelides (1994) estudiaron el comportamiento reproductivo en el interior del país, específicamente en el departamento de Itapúa. Observaron que ni el nivel socio-económico o la participación de la mujer en el mercado laboral marcaban diferencias en los niveles de fecundidad. Únicamente la variable **nivel de educación** pudo ser identificada en relación con los niveles de fecundidad. Una investigación cualitativa realizada en la misma área encontró que en el marco de un *orden patriarcal* el hombre controla a la mujer sexual y reproductivamente. Este control favorece altos niveles de fecundidad siendo que el hombre quiere muchos hijos y se opone al uso de anticonceptivos. Las mujeres con ingresos económicos independiente tienden a poseer relaciones más igualitarias con sus parejas, lo cual resulta en mayor cooperación del hombre en el manejo de la fecundidad (Fogel, Heikel y Olazar 1993; Fogel, 2000).

En un extenso trabajo sociológico en mujeres de áreas rurales (campesinas), Ocampos (1992) discute la sexualidad, maternidad y salud. La tendencia temprana en mujeres rurales a tener pareja es explicada, según Ocampos, por los mismos determinantes que históricamente causaron las uniones o matrimonios tempranos: *falta de oportunidades y de educación, falta de empleo y alternativas de entretenimiento a los jóvenes*. Ocampos también observó que el número de hijos querido por la pareja es significativamente menor al que tienen, lo cual lo ha analizado en términos de necesidades insatisfechas de anticonceptivos.

### **Estudios de Violencia**

En Paraguay, investigaciones basadas en **violencia de género** están de alguna forma restringidos a la hora de ser publicados o divulgados. Entre los pocos estudios encontrados, la Encuesta Nacional sobre Violencia Domestica constituye una referencia central ya que ha registrado opiniones, conocimientos,

reacciones y experiencias en violencia domestica, tanto de mujeres como hombres de 15 a 65 años. El resultado de la encuesta muestra que varias formas de violencia son percibidas como expresiones normales con la excepción de la física y sexual. A pesar de la percepción restringida, una gran mayoría de los entrevistados reporto haber experimentado violencia en el hogar o en sus familias. La encuesta también indica que aquellos que reportaron casos con mayor frecuencia pertenecen al grupo de entre 15 y 24 años (Soto, González y Elías; 2003).

En un estudio cualitativo exploratorio, Molinas, Soto y Uribaldi (1989) analizaron las historias personales de mujeres de menos de 30 años que han sufrido violencia por parte de sus parejas. A través de las entrevistas es posible identificar situaciones de maltrato estructural, doble moral, y presión ejercidas en las mujeres por los grupos con lo que interactúan cuando éstas (las mujeres) intentan romper/ quebrantar los roles y valores socialmente establecidos para las mismas.

### **Estudios sobre VIH**

Un estudio médico presentado como el primero sobre el VIH, hepatitis y sífilis en mujeres embarazadas en el Paraguay reveló sus resultados parciales en el marco de la VIII Conferencia Internacional sobre el SIDA/AIDS (Vera E. Et al., 1992), indicando el hallazgo de *ningún caso* de VIH positivo pero si de Hepatitis B. Información mas reciente sobre VIH es relativamente escasa y muestra la Prevalencia en el Paraguay de niveles relativamente bajos (UNAIDS, 2007). Los pocos estudios existentes demuestran que el promedio de edad de los infectados es baja/ jóvenes, que las infecciones se dieron en su mayoría mediante relaciones sexuales, y que el número de mujeres infectadas está en crecimiento. Los reportes también sugieren que el VIH ha penetrado en áreas rurales, especialmente en aquellas fronterizas con la Argentina y el Brasil (UNAIDS, 2005).

El Programa Nacional de Control del Sida- PRONASIDA- ha realizado algunos estudios no publicados sobre el Sida enfocado en mujeres en post parto, drogadictos intravenosos, y hombres y mujeres que practican la prostitución (trabajadores sexuales) (PRONASIDA, 2006<sup>a</sup>, 2006b, 2006c). Otro estudio no publicado de PRONASIDA (2006d) analiza las enfermedades infecciosas y el comportamiento sexual entre drogadictos intravenosos en el Paraguay. El estudio muestra una baja Prevalencia del VIH en dicho colectivo e indica que los casos encontrados fueron en su mayoría en hombres jóvenes.

### **Cuidados de Salud y acceso a los Servicios de Salud**

De entre un número de ensayos sobre población y desarrollo periódicamente publicados por la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Asunción y la UNFPA, se ha prestado especial atención a los temas relacionados al *acceso a los servicios y cuidados de la salud* en la población (Melgarejo, Garay y Ramírez, 2005), series demográficas (Oddone, 2005) y demandas sociales (Palacios de Asta, 2003). Consideraciones fueron hechas con relación al descenso de la fecundidad, la demanda de servicios de salud reproductiva, especialmente entre mujeres, la concentración de infraestructuras de los servicios en áreas urbanas, y la necesidad de conocimiento y acciones en temas de derechos reproductivos, genero y VIH/Sida.

En un estudio relacionado con la demanda de Servicios de Salud de mujeres entre 15 y 49 años, Villalba (2000) ha indicado que las mujeres rurales tienen una mayor probabilidad de contraer enfermedades que las urbanas. El autor también ha encontrado una relación inversa entre el nivel de educación y la probabilidad de estar enferma, concluyendo que la variable más determinante en mujeres rurales es la **educación**. Mas aun, ha indicado que la probabilidad de buscar ayuda medica es mayor en mujeres urbanas que rurales, a pesar de que las rurales se enferman con mayor frecuencia. Con relación al cuidado prenatal, la situación es la misma, con menor asistencia en mujeres rurales. Melgarejo, Garay y Ramírez (2005) también observaron que la **población rural de menor nivel económico** es la porción de población excluida de los servicios de salud.

### **Diseño y Metodología**

Uso de técnicas cuantitativas dado que utiliza información secundaria cuantitativa.

### **VARIABLES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES**

De acuerdo al marco teórico y la revisión bibliográfica, han sido definidas las siguientes variables dependientes e independientes:

- i) Las características Socio Demográficas serán tratadas tanto como variables Independientes o Intervinientes. Estas variables son: edad, estado civil, educación, nivel socio económico, lugar de residencia, idioma hablado y número de hijos.
- ii) Con respecto al objetivo específico 2.1, la variable Dependiente es construida por preguntas sobre comportamientos preventivos tales como utilización de preservativo en la última relación sexual y la tenencia de compañeros/ parejas múltiples. Las variables Independientes son: conocimiento sobre prevención, medios de transmisión de ITS y VIH, actitudes hacia la utilización de preservativos.
- iii) Con respecto al objetivo específico 2.2, las variables Independientes son el uso de anticonceptivos e intenciones reproductivas. La variable Dependiente es: declaración de mujeres sobre fecundidad no deseada/ no planeada.
- iv) Con respecto al objetivo específico 2.3, las variables Independientes son las características socio demográficas, en particular edad, estado civil y número de hijos. La encuesta no incluye preguntas que permitan relacionar casos de pérdida antes del sexto mes (pérdida fetal) con actitudes hacia el aborto o deseo del embarazo perdido. La variable Dependiente es pérdida de embarazo antes del sexto mes.
- v) Con respecto al objetivo específico 2.4, las variables Independientes son: actitudes respecto a la legitimidad de la violencia, experiencias anteriores de violencia y el haber presenciado casos de violencia durante la infancia. Las variables Dependientes son el haber sufrido violencia verbal, psicológica o sexual, y en el caso de violencia sexual, no haber recibido ayuda.



### **Fuente de Datos/ Información y Universo**

Para el objetivo (1) la fuente será la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva (1995), la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (1998) y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (2004). Los tamaños de la muestra son: 6,465 de la encuesta de 1995-1996; 3,598 mujeres de la encuesta de 1998 y 7,321 de la encuesta de 2004.

Alrededor del 80% de las preguntas realizadas en 2004 estuvieron también presentes o en 1995 o 1998 o ambas. Previo al análisis de series se realizara una revisión de comparabilidad de los resultados de las tres encuestas (sobre cómo fueron las preguntas realizadas, que categorías fueron utilizadas, etc).

Para el objetivo (2) será utilizada únicamente la encuesta de 2004.

El universo es toda mujer entre 15-44 años de edad. Sin embargo, ciertas preguntas fueron hechas exclusivamente para mujeres alguna vez casadas, casadas o unidas en el presente, o a grupos de edad específicos.

### **Técnicas Estadísticas**

La idea principal es aplicar técnicas estadísticas más sofisticadas que los ya aplicados (CEPEP, 1997, 1999 y 2005,) para así cuantificar el poder explicativo de las diferentes variables independientes.

Objetivo (1): Series de análisis simple serán creados para medir los cambios ocurridos en las variables independientes enumeradas anteriormente.

Objetivo (2): Los datos incluyen tres tipos de variables: dicotómicas, nominal, y de intervalos. El análisis utilizara diferentes técnicas multivariable tomando en consideración el objetivo y naturaleza de la variable dependiente. Anticipamos la utilización de técnicas como el análisis de clústeres, análisis de correspondencia múltiple, y regresiones logísticas multinomial y binomial. En el caso de las primeras, también se anticipa el uso de modelos anidados para identificar efectos directos e indirectos en cada una de las variables independientes. Análisis descriptivos simple y bivariable serán usados solo cuando las variables apliquen a pequeñas sub-poblaciones (por ejemplo, mujeres que fueron víctimas de violencia sexual) y por ende cuando el error muestral sea grande a causa de la introducción de gran cantidad de variables de forma simultanea.

Los resultados de interés son niveles de fecundidad, fecundidad no deseada/ no planeada, pérdida del embarazo antes del sexto mes, violencia de género y vulnerabilidad a las ITS/VIH.

### **Procesamiento de Datos/ información**

La información ya esta como Base de Datos. Ha sido recolectada, codificada, introducida y limpiada. La Base de Datos esta disponible en el CEPEP. Profesionales con experiencia en estadísticas y procesamiento de datos del Departamento de Investigación (DIE) se encargaran en caso de que mayor procesamiento sea necesario.

La Investigador Principal (IP) y el Investigador Junior estarán a cargo de diseñar el procesamiento de información necesaria para la aplicación de las técnicas estadísticas y de la interpretación de los resultados. Entrenamiento adicional en análisis multivariable será dado para todo el equipo a cargo de especialistas en el marco del Proyecto LID.

### **Análisis de datos**

El CEPEP cuenta con el adecuado sistema de computadores personales equipados con software para el procesamiento de textos y datos. SPSS será el software utilizado para el procesamiento de datos, el cual será actualizado al final de año. La compra de nuevos equipos hardware está en los planes del año del CEPEP.

### **Número de temas y poder estadístico**

Para el ENDSSR 2004 fue utilizada como marco muestral la muestra maestra desarrollada por el CEPEP (creada en 2001 y basada en datos censales y toda unidad muestral primaria, actualizada entre Agosto y Septiembre de 2003). Como en encuestas anteriores, el ENDSSR 2004 excluye el 2% de la población que vive en la Región del Chaco (excepto Villa Hayes), debido a su baja densidad y dispersión.

El diseño de la muestra se dio en tres pasos de selección de muestra probabilística auto ponderado al nivel de las cuatro sub. regiones/regiones de la región Oriental del país. Este diseño permite realizar estimaciones a nivel nacional, áreas urbanas y rurales y en las cuatro regiones.

El número total de mujeres de 15-44 años entrevistadas fue 7,321; el índice de rechazo fue del 1%, y 1.2% no fueron encontrados para la entrevista luego de 4 visitas. El error muestral para todas las variables fue calculado y publicado (CEPEP, 2005:334-335). Por su parte, la Encuesta de 1998 entrevistó a 3,598 mujeres de 15-44 años (CEPEP, 1999:11) y la de 1995-1996 fue a 6,465 mujeres de 15-44 años (CEPEP 1997:10). Ambas serán utilizadas únicamente para el análisis de las series generales.

### **Duración del Proyecto**

La duración total del proyecto es de 18 meses según la siguiente tabla de tiempo:

<b>Actividad</b>	<b>Mes</b>
• Revisión bibliográfica / literatura	1 y 2
• Mapeo de variables (para determinar la comparabilidad entre los cuestionarios de 1995, 1998 y 2004)	2 y 3
• Revisión de base de datos y creación de un archivo unificado.	4, 5 y 6
• Plan de análisis	6 y 7
• Procesamiento de datos	8, 9 y 10
• Análisis de datos	10, 11, 12, 13 y 14
• Redacción de reporte y artículos	13, 14, 15, 16
• Actividades de diseminación de hallazgos y seminarios	17 y 18

### **Gestión del Proyecto**

Esta investigación es desarrollada en el marco del proyecto LID diseñado para fortalecer las capacidades de investigación en CC.SS. del CEPEP. Si bien el CEPEP tiene una extensa experiencia en encuestas de investigación gracias a la colaboración del CDC en las sucesivas ENDSSR, la experiencia en análisis de

datos es limitada. Durante el tiempo de la investigación el CENEP (Argentina) proveerá conocimiento y monitoreo en los diferentes pasos, especialmente durante el análisis de datos y la redacción de resultados. La responsabilidad final del proyecto será de los investigadores del CEPEP.

### **Conexión con otros proyectos**

La investigación se encuadra en la misión institucional del CEPEP: Investigación en salud reproductiva y provisión de servicios. Actualmente varios proyectos y programas del CEPEP están enfocados en salud reproductiva, servicios orientados a los más jóvenes y la detención de violencia de género.

En cuanto a investigación, el CEPEP está actualmente desarrollando la ENDSSR 2008 en colaboración con el CDC. Esta encuesta nacional es parte de la serie de encuestas de demografía desarrolladas a través de los años. En coordinación/ conexión con los resultados de la encuesta, el CEPEP ha realizado investigaciones cualitativas en colaboración con el USAID y el CDC para estudiar las principales necesidades de salud reproductiva y el comportamiento sexual de los jóvenes en Asunción para así desarrollar estrategias para mejorar los servicios al público joven en las clínicas del CEPEP.

Por otra parte, el CEPEP es parte del Consejo Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, consejo que reúne instituciones nacionales e internacionales así como agencias relacionadas con la salud reproductiva a nivel nacional. El consejo está a cargo de realizar recomendaciones de políticas públicas basadas en el análisis de la información existente. El presente proyecto será de gran importancia para dicho Consejo debido a que le proveerá información objetiva con la cual basar sus decisiones. En el pasado el Consejo tomó en cuenta indicadores de las encuestas del CEPEP para la realización del Plan Nacional de Salud Reproductiva 2003-2008.

El proyecto también estará conectado con la Red de Políticas de Información Comprobada (EVIPNET en inglés), a los programas de la OMS que promueven la utilización de investigaciones en salud para la toma de decisiones y diseño de políticas, en las cuales el CEPEP está envuelto desde su mismo inicio en el Paraguay.

### **Resultados esperados de la Investigación**

Como ya fue mencionado en la revisión de literatura, existe muy poco conocimiento en el Paraguay sobre los diferentes aspectos de la salud reproductiva. Mas aun, la cantidad/ potencialidad de datos disponibles de las encuestas aun no han sido explotadas en su totalidad. Esta investigación va a representar un mejoramiento en conocimiento cualitativo y cuantitativo sobre la salud reproductiva en el Paraguay.

### **Consideraciones Éticas**

#### **Confidencialidad.**

La presente encuesta está basada únicamente en datos/ información secundaria y no envuelve ningún nuevo acto de entrevista para la colección de datos. La fuente de datos son las bases de datos de tres encuestas demográficas llevadas a cabo por el CEPEP (CEPEP 1997, 1999 y 2004).

Las tres encuestas fueron tomadas/ realizadas en confidencialidad, entrevistas privadas con previo consentimiento y acuerdo voluntario de participación de las mujeres en cuestión. Así también, éstas tenían

la posibilidad de terminar/ continuar con la entrevista en cualquier momento. Todos los cuestionarios fueron revisados y validados por comités ad-hoc creados previamente a su implementación.

Toda la información ya ha sido decodificada y no existe posibilidad de conocer la identificación de los entrevistados. Así, en el marco de la presente investigación no aplica problemas de confidencialidad.

### **Riesgo-Beneficio**

Como ya se ha dicho, solo se analizará información secundaria y no se realizará nuevas actividades al respecto, por lo que no existe exposición al riesgo.

Beneficios a medio y largo plazo son esperados de la aplicación de los resultados, a través de hacer visible los problemas relacionados con temas de salud pública, utilizando evidencia concreta para la elaboración de políticas públicas y fortalecimiento de relaciones entre la población y las instituciones involucradas en investigaciones científicas y elaboración de políticas.

### **Temas de Género**

1. *Describa como la investigación se enfoca hacia una necesidad en la salud pública y que es expresada como tal por mujeres y/o hombres.*

Muchas de las áreas prioritarias presentes en el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008 serán temas de esta investigación (MSP y BS, n/d: 19). Por ejemplo planificación familiar, prevención y tratamiento de las ITS incluyendo VIH/Sida, prevención de complicaciones del aborto y prevención de violencia de género. Como ya se ha mencionado, existen muy pocas investigaciones al respecto en el Paraguay. Nosotros hemos demostrado que la existencia de segmentos de mujeres con altos niveles de fecundidad, la alta proporción de mujeres que piensa que no está bajo riesgo de contraer una ITS/VIH, la importancia del aborto como causa de muerte materna, y la extensión de prácticas de violencia contra las mujeres.

2. *Explique como la investigación contribuye a identificar y/o reducir diferencias entre mujeres y hombres en salud y cuidados de la salud.*

En el Paraguay las diferencias entre hombres y mujeres no se manifiestan por sí mismas en salud y servicios de la salud. En este país, como en otros, las mujeres cargan con el principal peso/ responsabilidad de los niños. También son víctimas de toda clase de violencia de género. La epidemia del Sida en el país se ha incrementado en las mujeres y se extiende en su mayoría a través de relaciones heterosexuales. Por otra parte las mujeres no siempre están al tanto/ concientes de los derechos que poseen y de los riesgos a los que están expuestas. Estudios han demostrado que muchos hombres piensan que los cuidados para prevenir el embarazo son exclusivamente tema de mujeres (MS y BS, 2001). Otros estudios sostienen que la mayoría de las mujeres maltratadas no buscan ayuda (entre otros Valladares et al., 2005; Kernic, Wolf y Holt, 2000; Soto, González y Elías; 2003).

Este estudio va a resaltar estas necesidades de las mujeres y va a caracterizar aquellas más vulnerables, dando las orientaciones a las autoridades intervinientes de la salud pública respecto a políticas en favor de las mujeres creadas a través de la evidencia. La información también será útil para toda organización

y la sociedad civil, incluyendo al CEPEP y sus 4 clínicas, en la promoción de políticas en favor de la situación de las mujeres.

3. *Describa los planes para la disseminación y conocimiento de resultados a expertos en el tema y la comunidad en general*

Planes para el apoyo y disseminación de resultados serán dirigidos a diferentes públicos.

- a) Público en general: el contacto con el público en general se hará a través de la prensa. Siendo que la investigación esta basada en grandes encuestas de hogares, es imposible cualquier retorno directo a los participantes. Recomendaciones/ resúmenes de políticas mencionadas en el punto c) también serán entregadas a la prensa, al igual que pequeños adelantos con hallazgos/ resultados parciales.
- b) Comunidad científica: dos formas de disseminación de resultados/ hallazgos. Primero, la comunidad científica será invitada a una seminario planeado para la finalización del proyecto de investigación. Segundo, artículos serán enviados a revistas científicas para publicación y presentados en reuniones científicas. Proveedores/ productores (físicos, trabajadores sociales, psicólogos) tomaran parte de dichas actividades de disseminación.
- c) Creadores de Políticas: serán invitados a los seminarios a ser desarrollados al termino de la investigación. Recomendaciones/ resúmenes de políticas serán distribuidas a oficiales del gobierno con los hallazgos/ resultados mas importantes. Los contactos del CEPEP y la participación de organismos con influencia en el diseño de políticas tal como el Consejo Nacional de Salud Reproductiva será muy útil para encontrar a los creadores/ promotores de políticas apropiados.

4. *La naturaleza o tema de investigación hace importante que los investigadores sean mujeres en vez de hombres, o al contrario? Explique. ¿Cuál es la composición de sexos en el equipo de investigación y cuales son sus obligaciones y responsabilidades en la investigación?*

El estudio se realizara con un grupo mixto de trabajo. Composición de sexos en el equipo de investigación:

- Investigador principal: mujer
- Investigador Júnior: hombre
- Asistente de investigación: mujer
- Estadístico: hombre
- Aprendiz de asistente de investigación: mujer.

## Referencias

- Becker MH (1974), The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs* 2:324-473.
- Benítez N., Mereles C. and Roa A. (1996), *Ahora ya saben todo, vivencias de la sexualidad de las adolescentes*. Asunción: FNUAP.
- Brizuela F.R. (1994), Paraguay: diferenciales geográficos y socio económicos de la fecundidad. In: *Demografía y sociedad*.
- Brizuela, F.R. (1996), *La fecundidad en Paraguay: Geografía y diversidad social, periodo 1960-1990*. Fernando de la Mora: FNUAP.
- Castro T. and Juárez F. (1995), The impact of women's education on fertility in Latin America: Searching for explanations. In: *International Family Perspectives*, 21:52-57 & 80.
- CEPEP (1989), *Encuesta de Planificación Familiar 1987*. Asunción.
- CEPEP and Institute for Resource Development/Macro Systems Inc. (1991). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990*. Asunción.
- CEPEP and CDC (1997), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva 1995-1996*. Asunción.
- CEPEP, USAID and CDC (1999), *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil: 1998*. Asunción.
- CEPEP, USAID, UNFPA, CDC and IPPF (2005), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004*. Asunción.
- Curtis S.L. and Neitzel K. (1996), *Contraceptive Knowledge, Use, and Sources*. DHS Comparative Studies No. 19. Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- Ellsberg M., Caldera T., Herrera A., Winkvist A., Kullgren G. (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population-based study. In: *American Psychologist*, 54:30-36.
- Fernández M. (2006), Cultural beliefs and domestic violence. In: *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087: 250-260.  
doi: 10.1196/annals.1385.005.
- Fishbein M. and Ajzen I. (1975), *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, USA: Addison-Wesley.
- Fogel R. (2000). Fecundidad y condiciones socioeconómicas: el caso del Paraguay rural. In: Pantelides y Bott (editoras), *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. Buenos Aires: Biblos and OMS.
- Fogel R., Heikel M.V. and Olazar C. (1993). *Mujeres campesinas y conducta reproductiva*. Asunción: CERI and CEPEP.
- Fogel R. and Pantelides E.A. (1994). *Determinantes principales de la fecundidad en áreas rurales del Paraguay: el caso de Itapúa*. Asunción: CERI.
- Goodwin M. (2005), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004: Resumen de datos sobre la violencia hacia la mujer*. Asunción: Unedited.
- Gupta N. and da Costa Leite I. (1999), Adolescent fertility behavior: Trends and determinants in North-eastern Brazil. In: *International Family Planning Perspectives*, 25 (3):125-130.

- Heaton T.B., Forste R. and Otterstrom S.M. (2002), Family transitions in Latin America: First intercourse, first union and first birth. In: *International Journal of Population Geography*, 8:1-15 Doi: 10.1002/ijpg.234.
- Jejeebhoy, S. (1995), *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour. Experience from Developing Countries*. Oxford, UK: Clarendon Press.
- Kasturirangan, A. and Williams E.N. (2003), Counseling Latina battered women: a qualitative study of the Latina perspective. In: *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 31:162-178.
- Malley-Morrison K. Editor (2004,) *International Perspectives on Family Violence and Abuse*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Manzelli, H. and Pantelides, E.A. (2007), La edad a la iniciación sexual y sus correlatos en varones de cuatro ciudades de América Latina. In: López, E. and Pantelides, E.A., *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CENEP, CEDES, AEPA, UNFPA:133-154.
- Melgarejo de Rojas N., Garay Armoa P.V. and Ramírez Caballero R.I. (2005), Determinantes socioeconómicos del acceso potencial y real a los servicios de salud en el Paraguay. In: *Población y Desarrollo*, 28:97-114.
- Molinas M., Soto C., Ubaldi N. (1989), *Trasgresión y violencia. El maltrato a la mujer en la relación de pareja*. Documento de Trabajo 29. Asunción: Centro de Documentación y Estudios, Área Mujer.
- Ocampos G. (1992), *Mujeres campesinas y estrategias de vida. El caso de las señoras de la Coordinadora de Agricultores Asociados (CODAA): Yhu, Caaguazú*. Asunción: RP Ediciones, Base Ecta.
- Oddone H. (2005), Paraguay: Análisis de situación sociodemográfica. In: *Población y Desarrollo*, 30:29-45.
- Palacios de Asta G. (2003), Crecimiento demográfico y demandas sociales. In: *Población y Desarrollo*, 25: 59-75.
- Pantelides E.A. and Binstock G. (1993). Factores de riesgo de embarazo adolescente en el Paraguay. In: *Revista Paraguaya de Sociología*, 87:171-186.
- Pantelides, E. A. and Geldstein, R. N. (1999), Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos. In: *Avances en investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: AEPA; CEDES, CENEP: 45-53.
- Pantelides A.E., Infesta Domínguez G. and Geldstein R. (2000), The influence of social class and gender images on reproductive behaviour. In : García Brigida, ed. *Women, poverty and demographic change*. New York: Oxford University Press.
- PRONASIDA (2006a), VIH/ITS en poblaciones centinela. Estudio de prevalencia y comportamiento. Puérperas. Asunción: Programa Nacional de Control de SIDA. Unpublished.
- PRONASIDA (2006b), VIH/ITS en poblaciones centinela. Estudio de prevalencia y comportamiento. Usuarios de drogas inyectables, Clientes de trabajadoras sexuales y Militares. Asunción: Programa Nacional de Control de SIDA. Unpublished.
- PRONASIDA (2006c), VIH/ITS en poblaciones centinela. Estudio de prevalencia y comportamiento. Trabajadores y trabajadoras sexuales. Asunción: Programa Nacional de Control de SIDA. Unpublished.
- PRONASIDA (2006d), Estudio de infecciones de transmisión sanguínea y sexual y prácticas de riesgo en usuarios de drogas inyectables en Paraguay. Asunción: Programa Nacional de Control de SIDA, Or-

ganización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, financiada por la Agencia Española de Cooperación Internacional y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Unpublished.

Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF., Prochaska JO (2000), Health behavior models. In: *The International Electronic Journal of Health Education* 3 (Special Issue):180-193

<http://www.iejhe.siu.edu> (visited on February 7, 2008).

Russo N. F. and Pirlott A. (2006), Gender-based violence, concepts, methods, and findings. In: *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1087:178-205

doi: 10.1196/annals.1385.024.

Rutstein S.O. (1998), Change in the Desired Number of Children: A Cross-Country Cohort Analysis of Levels and Correlates of Change. DHS Analytical Reports 9, Calverton, Maryland USA: Macro International Inc.

Sen, A. (1981), *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*. Oxford, U.K.: Clarendon Press.

Sen, A. (1984), *Poor, relatively speaking. Resources, values and development*. Oxford, U.K.: Basil Blackwell.

Shoemaker, J.F. (1989), Estrategias de sobrevivencia y procreación: un estudio de los barrios marginales de Asunción. In: Aramburu, CE; Lewis Enoch, EM and Shoemaker, JF, *Fecundidad en América Latina. Los casos de Lima, Río de Janeiro y Asunción*. Bogotá: CCRP, p. 43-61.

Shoemaker J.F. (1991), Fecundidad en areas marginales. In: *Revista Paraguaya de Sociología*, 24 (68):103-117.

Singh S. and Samara R. (1996), Early marriage among women in developing countries. In: *International Family Planning Perspectives*, 22:148-157 & 175.

Singh S. and Monteiro M. (2000), Levels of childbearing, contraception, and abortion in Brazil: Differentials by poverty status. In: Brígida García editor (2000), *Women, Poverty, and Demographic Change*, Oxford University Press.

Sokolof N. and Dupont I. (2005), Domestic violence at the intersections of race, class, and gender. In: *Violence Against Women*, Vol. 11 No.1:38-64

Doi: 10.1177/1077801204271476.

Soto C. (2004), *El aborto como causa de muerte en mujeres del Paraguay 2003*. Asunción: Centro de Documentación y Estudios.

Soto C.; González M.; Elías M. (2003). *Encuesta nacional sobre violencia doméstica e intrafamiliar*. Asunción: Centro de Documentación y Estudios.

Stern, C. (2005), The determinants of reproductive and sexual behavior among adolescents and youth. Poverty, social vulnerability and adolescent pregnancy in Mexico. A qualitative analysis. In: Lerner, S. and Vilquen, E (editors), *Reproductive Health, Unmet Needs and poverty: Issues of Access and Quality of Service*. Paris: CICRED.

UNAIDS (2007) *Country situation analysis*

<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/paraguay.asp>

Visited February on 2, 2007

UNAIDS, WHO (2005), *AIDS epidemic update*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization UNAIDS/05.19E.



- Valladares E., Peña R., Persson L. and Högberg U. (2005), Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. In: *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 112:1243-1248.
- Vera E., Cabral M., Jimenez R., Kiefer R., Cabello A., Cabral B. (1992), The first study of HIV, HBV and syphilis in pregnant women in Paraguay, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, UNA, Paraguay. Amsterdam: Presented in the International Conference on AIDS 1992.
- Villalba C. (2000), Mujer en edad fértil: Determinantes de la demanda por servicios de salud. In: *Economía y Sociedad* 1:49-86.
- Wulf D. and Singh S. (1991), Sexual activity, union and childbearing among adolescent women in the Americas. In: *International Family Perspectives*. 17 (4):137-144.