



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y AMBIENTALES

**EL PATRÓN DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENTRE LAS MUJERES UNIDAS Y  
SOLTERAS: ¿LAS MEXICANAS EJERCEN SU DERECHO A ESPACIAR Y LIMITAR SUS  
NACIMIENTOS?**

Tesis presentada por:  
NAHELY ERNESTINA ORTIZ LIRA

Para optar por el grado de:  
MAESTRA EN DEMOGRAFÍA

Directora de tesis:  
DRA. MARÍA DEL ROSARIO DE FÁTIMA JUÁREZ CARCANO

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2018.



Dedicada a mi esposo.  
Por su infinito amor, compañía y paciencia.  
Por creer en mí, incluso cuando yo ya no lo hacía.

## Agradecimientos

A la Dra. Fátima Juárez por ser mi maestra y aceptar la dirección de este trabajo. Su claridad conceptual y metodológica fueron determinantes para llevar a buen puerto este proyecto. Gracias por su tiempo, enseñanzas, apoyo, cuidados y confianza. Mi admiración y respeto siempre.

A la Dra. Brígida García por prestar sus oídos y sus ojos en el momento más oscuro, por atender con profesionalismo y responsabilidad lo que muchos evadían. Gracias eternas por su compromiso con la educación y los derechos.

A la Dra. Szasz por ser la lectora de este trabajo, por comprometerse con su desarrollo. Por cuidar a cada uno de sus estudiantes, tanto del avance académico, como de su bienestar personal.

Al Dr. Figueroa Perea. gracias por subirme al barco, por acompañar la travesía, por tener siempre la puerta del camarote abierta y los oídos disponibles, además de la barba larga.

A la Dra. Rojas, gracias por haber estado en el momento preciso, por no olvidar que antes de ser doctora e investigadora de tiempo completo fuiste estudiante.

A los profesores Mina, Oliver, Aguirre, Sandoval, Giorguli, Navarrete y Alba, porque cada minuto dentro del aula fue un lujo. A los doctores Ordorica y Zavala que, junto con Juan Guillermo, nos acompañaron en aquel ajetreado y enriquecedor verano del cual aprendí tanto. A la Dra. Nájera, por su invaluable acompañamiento antes y durante.

A la Fundación Colmex por el apoyo financiero.

Al Colegio de México por la maravillosa biblioteca que me arropó como ningún otro espacio ahí. A Claudia Escobar, la mejor (y más dulce) bibliotecaria del mundo mundial. A Esther por su afectuoso apoyo, a Beatriz por su compromiso, a Lupita por las porras y los postres. Gracias Manuel, Carmen e Ilse por su compañía.

Gracias a la Universidad Nacional, por las maravillosas oportunidades, los amigos y los colegas. Agradezco a: Rolando, por el empujón y la confianza; Margarita, por tanto (incluida Carlota y sus luces); los Alejandros... Gómez, García, Burgos, Macip... su compañía fue clave tanto para iniciar la batalla como para soportarla; Karina, por estar aún en la distancia. Mi queridísimo Dr. Banegas, tu constante complicidad, guía y apoyo fue clave, tus estrategias y consejos, las largas pláticas con buen café o mejor alcohol. Gracias.

A mis amigas María Elena, Blanca, Cris, Zin, KKK, Eliza, Dini, porque siempre tuvieron la palabra precisa y la sonrisa perfecta. María tu compañía pesaba, Estrella reconozco tu magia para secar el llanto con risas... a los que murmuran, gracias por estar, siempre.

Mi agradecimiento a mis padres por tantas horas al teléfono escuchando mis historias, aún sin entenderlas, por haberme hecho fuerte y perseverante. A mis abuelitos Ventura, Tina y Cota por tanto amor. A mis hermanos por su extraña compañía.

Para mis sobrinos Yaya, Nando, Leo y Veidis, mis amores los sueños se persiguen y se logran.

## **Resumen.**

La salud reproductiva aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos y tenerlos cuando se desee. En principio se puede decir que México es un país con un alto uso de métodos anticonceptivos, que cumplió con el objetivo de disminuir la tasa global de fecundidad de 7.3 hijos por mujer de los años 70 a 2.21 en 2012. Estos resultados permiten observar el éxito de las políticas de planeación familiar (y control de la natalidad) emprendidas por el estado mexicano. Sin embargo, de toda la gama de métodos disponibles, sólo pocos métodos son usados por las mujeres en edad reproductiva. Con base en la perspectiva de derechos, esta investigación pretende, a través de un modelo multivariado, determinar los factores demográficos asociados al uso de métodos anticonceptivos con relación al objetivo de uso y al lugar de provisión. Dicho análisis dotará de información que permita a los tomadores de decisiones tener elementos para mejorar la política pública y que garanticen el cumplimiento de derechos en salud reproductiva de los usuarios.

Lo que se encuentra es que el patrón de uso de anticonceptivos entre las mujeres en edad reproductiva, usuarias de métodos anticonceptivos, se concentra en tres métodos: esterilización, dispositivo intrauterino y condón masculino. En general, el uso aumenta con la edad, y las mujeres actualmente unidas reportan una prevalencia de uso mayor a la de las mujeres solteras sexualmente activas. La existencia de diferencias por grupo de edad y condición de unión señala la necesidad de garantizar el mismo acceso y disponibilidad de métodos para todas las mujeres, así como una misma calidad de los servicios, independientemente de sus características demográficas.

Existe una fuerte incongruencia entre los deseos reproductivos que expresan las mujeres –unidas y solteras- y el método que usan actualmente. Es decir, el porcentaje de uso es alto, pero los métodos se usan mal. Hace falta cerciorarse que exista el acceso a todos los métodos anticonceptivos seguros, que el sector público garantice la asequibilidad de ellos, incluso de los más eficaces; y es igual de importante el que las mujeres tengan la información suficiente para tomar decisiones de manera libre y responsable sobre el tener hijos, la cantidad y el espaciamiento. Esto se debe lograr con una salud integral que incluya no solo la salud reproductiva sino la sexual. Solo con una política amplia e incluyente se cumplirían plenamente los derechos reproductivos entre las mujeres en edad reproductiva.



## Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>9</b>
<b>1. Antecedentes y planteamiento del problema. ....</b>	<b>13</b>
1.1 La posición social de las mujeres en las sociedades modernas.....	13
1.2 El plano internacional y las conferencias mundiales. ....	15
1.3 La salud reproductiva y el contexto nacional. ....	20
1.4 Planteamiento del problema.....	26
1.5 Preguntas, objetivos e hipótesis.....	33
1.6 Caracterización de la población objetivo. ....	35
<b>2. Marco Conceptual. ....</b>	<b>37</b>
2.1 Teorías clásicas. ....	37
2.2 El enfoque de derechos en la salud reproductiva. ....	44
2.3 Los métodos anticonceptivos. ....	46
2.3.1 Métodos tradicionales. ....	48
2.3.2 La anticoncepción química. ....	49
2.3.3 Los dispositivos intrauterinos. ....	49
2.3.4 La anticoncepción hormonal. ....	50
2.3.5 Las combinaciones hormonales y las vías de administración son diversas.....	50
2.3.6 Los métodos de barrera. ....	51
2.3.7 Los métodos definitivos.....	52
2.3.8 Métodos anticonceptivos de emergencia. ....	53
2.3.9 Los métodos de larga duración. ....	53
2.4 La planificación familiar en México. ....	54
<b>3. Metodología.....</b>	<b>61</b>
3.1 Fuente de información. ....	61
3.2 Diseño de investigación. ....	62
3.3 El universo de estudio y la operacionalización de variables y construcción.....	62
3.4 Modelos de regresión logística binaria. ....	67
3.5 Variables dependientes. ....	67
3.6 Variables independientes. ....	68
3.7 Modelos. ....	68
<b>4. Resultados. ....</b>	<b>71</b>

<b>4.1 Patrón de uso de anticonceptivos en México. ....</b>	<b>71</b>
<b>4.2 Los factores asociados al uso de anticonceptivos más usado en México. ....</b>	<b>75</b>
<b>4.2.1 Las mujeres unidas.....</b>	<b>75</b>
<b>4.2.2 Las mujeres solteras.....</b>	<b>78</b>
<b>4.3 La preferencia de hijos futura y el uso de anticonceptivos. ....</b>	<b>82</b>
<b>5. Conclusiones. ....</b>	<b>91</b>
<b>5.1. Limitaciones del estudio.....</b>	<b>93</b>
<b>5.2. Recomendaciones de política.....</b>	<b>94</b>
<b>Bibliografía. ....</b>	<b>95</b>



## **Introducción.**

El Siglo XX se caracterizó por los grandes cambios sociales ocurridos en el mundo. Por lo menos en la legislación internacional, las mujeres ganaron terreno en torno a su posición social y familiar. La perspectiva occidental dominante busca el desarrollo de las sociedades, privilegiando los derechos y las libertades de los individuos.

En el caso de México, desde los años 70 comenzó una política de desarrollo que buscaba controlar el crecimiento de la población, en concordancia con los cambios internacionales. La política de población buscaba reducir la fecundidad a través de programas de planeación familiar, con intervenciones a través de los sistemas educativos y de salud pública, promoviendo la integración de la mujer en los entornos educativo y económico, principalmente.

El uso de métodos anticonceptivos fue el principal aspecto que permitió cumplir con el objetivo de disminuir la TGF de 7.3 hijos por mujer a en los años 70 a 2.21 en 2012, a partir de la política de población. Este descenso se logró principalmente por el creciente uso de métodos anticonceptivos, lo cual está documentado en un gran número de publicaciones. Sin embargo, en los últimos años se ha descuidado el tema.

La presente investigación explorará las preferencias actuales de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres mexicanas en edad reproductiva, los lugares de proveeduría y la coincidencia existente entre los métodos que usan y los deseos reproductivos de las mujeres.

En el capítulo 1 se explora el desarrollo de la discusión y los acuerdos alcanzados en torno a los derechos humanos, así como el reconocimiento y declaración en torno a los derechos sexuales y reproductivos. Además, se señala la forma en que estos cambios fueron impulsados por las autoridades mexicanas y se integraron en la legislación local.

De ello se desprende la pregunta general de esta investigación, que trata de hallar los factores que influyen en la selección del uso de métodos anticonceptivos por las mujeres en edad reproductiva, según su deseo de limitar o espaciar el nacimiento de sus hijos. Además, el saber si los métodos que se ofertan por los servicios de salud corresponden con los deseos de las mujeres, con el fin de saber si lo que ocurre en la realidad mexicana cumple con las normas internacionales y nacionales.

El capítulo 2 expone brevemente las ideas generadas por la literatura existente sobre la fecundidad. La fecundidad se ha analizado desde diversos enfoques teóricos, que buscaban explicar por qué algunas sociedades tienen más hijos que otras. Ante la evolución en los conceptos y normas jurídicas en torno a los derechos ligados a la salud sexual y reproductiva, el segundo apartado hace

una revisión de las teorías existentes, su evolución y su correspondencia con el tema de estudio, además de explicitar los distintos métodos existentes, sus características y efectividad.

El capítulo 3 describe la estrategia metodológica seguida para lograr el objetivo planteado. Primero se describe la encuesta que sirvió como fuente de información, las variables seleccionadas para el análisis y la conceptualización utilizada. Después menciona las técnicas estadísticas a usar, regresiones multivariadas logísticas que exploran la asociación de ciertas variables independientes con las variables dependientes que refieren al método más usado por las casadas y el método más usado por las solteras.

El capítulo 4 muestra los resultados de la investigación, entre los que se destaca que el patrón de uso de anticonceptivos entre las mujeres en edad reproductiva usuarias de métodos anticonceptivos, se concentra en tres métodos (esterilización, dispositivo intrauterino y condón masculino). Se señala que en general, el uso aumenta con la edad, y las mujeres actualmente unidas reportan una prevalencia de uso mayor a la de las mujeres solteras sexualmente activas.

Los métodos modernos son más usados que los métodos tradicionales. Las mujeres unidas usan mayormente esterilización femenina (50%). Las mujeres solteras sexualmente activas declaran una preferencia mayor hacia el condón masculino (54%), y las solteras más jóvenes utilizan métodos menos eficientes, contrario a lo que se esperaría como ideal para retrasar la maternidad y espaciar el número de hijos.

Los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos son la edad, la escolaridad y el lugar donde obtienen el método. El lugar de residencia de la usuaria no es un factor significativo.

Un hallazgo importante es que en los dos grupos analizados -unidas y solteras- hay una fuerte incongruencia entre los deseos reproductivos que expresan y el método que actualmente usan, independientemente de que deseen tener un hijo pronto, después de dos años, o no lo deseen. Lo que significa que los servicios de planificación familiar no cumplen con su cometido de informar y proveer a las mujeres mexicanas para que ellas decidan responsable y libremente el tener hijos, la cantidad, el espaciamiento, o no tenerlos.

El capítulo 5, presenta las conclusiones de esta investigación. Los métodos anticonceptivos son muy usados, pero también son mal usados. Se espera que estos hallazgos sirvan para mejorar la oferta de métodos anticonceptivos, una que se adecue a las necesidades, preferencias y características demográficas de las usuarias y se cumpla con los servicios de consejería y acompañamiento que señala la legislación nacional. La mejora en el diseño e implementación de

las políticas públicas relacionadas con los derechos reproductivos incidirán en el cumplimiento y ejercicio de los derechos que las mujeres ya tienen, pero que por una política rígida e inadecuada no ejercen.



## **1. Antecedentes y planteamiento del problema.**

En este capítulo se aborda el desarrollo de la perspectiva de derechos, particularmente aquellos que permitieron ampliar los espacios de participación y el ejercicio del poder político de las mujeres. El acceso a satisfactores que garantizaran el ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad y no discriminación, en particular los derechos sexuales y reproductivos y de género, con el objetivo de hacer visibles los avances logrados, pero también de los retos que están pendientes.

### **1.1 La posición social de las mujeres en las sociedades modernas.**

Esta sección pretende señalar cómo las mujeres han ganado posiciones en la esfera social, con el paso del tiempo. La perspectiva de género ha logrado ir incorporando en el derecho internacional de los derechos humanos a las mujeres, buscando reducir la brecha de desigualdad existente entre géneros.

Haciendo una revisión histórica, el siglo XIX significa un parteaguas en el debate en torno a la sexualidad, ya que fue un periodo reconocido por las ideas y cambios profundos en la organización social, principalmente occidental. Luego de un estricto control eclesiástico durante la edad media, y una estricta moralidad y represión respecto a la práctica sexual con fines distintos a la reproducción de la época victoriana, es con Sigmund Freud, y su confrontación con la sociedad burguesa de Viena, que se deja ver la trascendencia que la sexualidad tiene para los individuos, sentando así las bases para discutir la posición de las mujeres y los hombres en la toma de decisiones, la exclusión de las mujeres de la vida pública, de su posición como ciudadanas, e incluso de su inclusión (o no) en los servicios educativos. (Vera-Gamboa, 1998)

Esta discusión generó que las posiciones biológicas, políticas y filosóficas de la modernidad sustentaran un proyecto sociocultural basado en la desigualdad de género. Todos los ámbitos de la vida estaban diseñados por y para los hombres, capaces de desarrollarse en cualquier ámbito, garantizando su ciudadanía y su auto representación. Así, la estructura social, política, económica, cultural, académica o científica era consolidada por hombres. De ese modo, se dejó espacio a las mujeres solamente en aquello relacionado con la reproducción y el cuidado en la vida cotidiana, es decir, como parte de la vida y existencia de los hombres, con posiciones subordinadas en los que se limitaban a ser parte y dependientes de algún varón (la esposa, la madre, etc.).

La aparición del término de sexualidad, su vasta discusión y su uso en diversas áreas, según Michelle Foucault fue en general entendido como *“el establecimiento de un conjunto de reglas y normas, algunas tradicionales, algunas modernas, que se apoyan en instituciones religiosas, judiciales, pedagógicas y médicas. Estas normas significaron cambios también en la manera en que los individuos se ven llevados a dar sentido y valor a su conducta, a sus valores, a sus deberes y placeres, a sus sentimientos, sensaciones y sueños. Se trataba de ver cómo, en las sociedades occidentales modernas, se conformaba una experiencia, por la que los individuos se reconocían como sujetos de una sexualidad”* (Lagarde, 1990, p.231).

La misma modernidad, la discusión de ideas y los posicionamientos diferenciados que se generaron, dieron como resultado una transformación en los entornos públicos y privados a favor de las mujeres. Lo que comenzó con exclusión poco a poco se transformó en reconocimiento del papel de las mujeres en el desarrollo familiar –más allá de las labores reproductivas- y después, aunque modestamente, en la vida pública. Estos avances dentro de los distintos ámbitos de la vida, aunque tenían como base su función reproductiva, permitieron centrar las bases para cambiar su dependencia simple hacia la figura masculina, a una reconocida a partir de su función social al interior de la familia; logrando así la idealización de la maternidad y su estereotipación (Fraise, 2001).

Con el tiempo la posición de las mujeres se modificó, después de hacerse visibles a partir del trabajo reproductivo, lograron la reconfiguración de las familias y su funcionamiento, mientras que se incorporaban en el trabajo productivo al exterior del hogar. Mucho tuvo que ver con ello el contexto político y social de las guerras mundiales del siglo XX. Si bien el papel de la mujer seguía siendo mayormente reproductivo, la necesidad de mano de obra durante los conflictos bélicos abrió la puerta al mundo laboral.

Junto con la sociedad, se transformaron los derechos políticos y civiles de las mujeres, los cuales se configuraron durante la primera mitad del siglo y se materializaron en la segunda. Es así como el siglo XX fue determinante en la nueva conformación del papel de las mujeres, su posición como madres, trabajadoras, ciudadanas, incluso como mujeres sujetas de derechos independientemente de su actividad laboral o familiar. Los puntos convergentes en occidente fueron el derecho al voto, a la educación y a maternidades voluntarias (Lamas, 2010).

Dentro de los cambios más significativos, y que dan motivo a esta investigación, se encuentran los relativos a la reproducción. Principalmente lo relacionado al desarrollo y el acceso a métodos

anticonceptivos modernos; y la demanda de abortos seguros y gratuitos para las mujeres, lo cual permitiría a las mujeres decidir libremente y de forma segura sobre su reproducción y su cuerpo. Para que esto fuera posible se necesitó de la conceptualización los derechos humanos y la adopción y proclamación de la Declaración de los Derechos Humanos (ya no del hombre), realizada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948 (ONU, 1948). Con la constitución de la Organización de las Naciones Unidas, como espacio de diálogo, negociación y consenso; el desarrollo, consolidación e implementación de los derechos humanos se fue dando de manera paulatina, en las distintas regiones del mundo hasta hacerse un asunto global. En 1966 se promulgaron tanto el Pacto por los derechos civiles y políticos (ONU, 1966), como el Pacto por los derechos económicos, sociales y culturales (ONU, 1966b), este último puesto en marcha hacia el año 1976. Estos acuerdos internacionales sirvieron como eje delimitador de los derechos humanos y las garantías de los individuos, su promulgación y ejecución consolidaron la visibilización de las mujeres como sujetos de derechos.

## **1.2 El plano internacional y las conferencias mundiales.**

El papel que jugó el entorno internacional fue determinante. En este apartado se examinará el desarrollo cronológico y el aporte de las diversas conferencias internacionales tanto de derechos humanos como de población y desarrollo al posicionamiento de los derechos sexuales y reproductivos en la agenda internacional.

Los años 60 trajeron una mayor libertad sexual para hombres y mujeres, pero no una definición de los derechos reproductivos. En esta época, la salud reproductiva se entendía dentro del contexto exclusivo de la planificación familiar, vista como una herramienta demográfica para abatir el crecimiento poblacional.

En la Primera Conferencia Internacional de Derechos Humanos, desarrollada en Teherán 1968, se señaló que el derecho a la reproducción era propio de los padres. En el punto 16 se manifiesta que *“La comunidad internacional debe seguir velando por la familia y el niño. Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos”* (ONU, 1968).

Seis años más tarde, en la Conferencia Mundial de Población de 1974 realizada en Bucarest, (ONU, 1974) la preocupación central era el armonizar las tendencias demográficas y las tendencias del

desarrollo económico y social, identificándolas como interdependientes. La discusión se centró en dar solución efectiva a los problemas demográficos. Algunos países proponían desarrollar políticas dirigidas a disminuir la tasa de incremento de la población, otros sostenían que el mejor anticonceptivo era la transformación económica y social. Al final, se aprobó el Plan de Acción que dio legitimidad internacional a las políticas de control demográfico, y que se tradujo en derechos efectivos para las mujeres.

En 1979, con la firma de la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer (ONU, 1979), se logró poner de manifiesto todas las esferas en que a la mujer se le negaba la igualdad con el hombre, no solo para hacer visibles las diferencias, sino para procurar eliminarlas tomando como principios a la igualdad de derechos y el respeto de la dignidad humana. La batalla emprendida por las feministas se materializaba en el despertar de una conciencia que se basaba en la idea de la libertad de elección del número de hijos y el derecho al aborto.

El término derechos reproductivos, fue conceptualizado a finales de la década de los setenta por Marge Berer, quien montó una campaña a favor del aborto, contra la esterilización forzada y el derecho a la contracepción (Campaña CARASA). Sin embargo, su adopción y legitimación social y política inició a mediados de los ochenta con la Reunión Internacional sobre Mujeres y Salud en Ámsterdam 1984. La conceptualización buscaba integrar temas como la salud de la mujer, salud integral de la mujer, derecho al aborto, derecho a la anticoncepción, entre otros (DAWN, 2018).

Durante la Conferencia Internacional de Población en México 1984, se incluye el concepto de salud reproductiva, consolidando la idea de libertad en las decisiones de mujeres y hombres y las recomendaciones para que tanto los gobiernos nacionales como *“los empleadores facilitaran y promovieran los medios necesarios para que la participación en la fuerza laboral sea compatible con las obligaciones familiares”* sin distinciones. Poniendo especial énfasis en las necesidades de los jóvenes (ONU, 1984).

Para la década de los 90 los cambios fueron aún más importantes, en 1994 se celebró la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo en El Cairo. En dicha reunión los expertos economistas y demógrafos tenían la tarea de integrar los temas de la planificación familiar a la visión integral del desarrollo, donde las economías importaban en tanto su tamaño, geografía y población, considerando importantes el número y la estructura de sus integrantes.

La Conferencia involucró una amplia gama de intereses y perspectivas, los gobiernos participantes volteaban la vista hacia los derechos, en parte impulsados por el papel fundamental que jugaban



las ONG's y los actores no estatales, principalmente aquellos dedicados al estudio de la salud reproductiva. El resultado fue el reconocimiento explícito de los derechos de las mujeres y los niños, las metas demográficas se siguen utilizando, aunque con menor intensidad, con propósitos estratégicos, *“como la estabilización de la población, y metas genéricas en morbimortalidad (infantil, materna), educación y accesos a salud reproductiva”* (ONU, 1994).

El posicionamiento y redimensionamiento del género además de promover el empoderamiento de las mujeres pugna por la incorporación de los hombres en los programas de salud reproductiva y planificación familiar. Se distingue la diferencia entre la salud sexual y reproductiva, proponiéndola como la base medular de los programas de población, frente al eje anterior que se enfocaba en la planificación familiar y la salud materno infantil. Dando así paso al reconocimiento de los derechos sexuales y los reproductivos.

El primer concepto que logra consolidarse es el de los derechos reproductivos. Surgió tras el uso de los cuestionados métodos utilizados para el control de la población. En el Capítulo VII del Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, y teniendo como base la idea de que

*la “salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia”* (ONU, 1994, párr. 64).

Para que esto se cumpla, la misma declaración señala que es derecho de las personas el tener acceso a la información necesaria que les permita planear de manera informada el tamaño y características de las familias que pretendan formar. Para ello debería también cumplirse que tengan acceso a todos aquellos métodos anticonceptivos que la legislación de cada estado permita.

Es condición necesaria que se garantice el *“acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables”* (ONU, 1994, párr. 7.2), además de los servicios de salud y consejería que permitan, para aquellos que así lo deseen, llevar embarazos y partos sin riesgos, garantizando así las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

El mismo informe a la atención de la salud reproductiva se define como:

*“el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”* (ONU, 1994, párr. 7.2).

La salud reproductiva agruparía entonces a la planificación familiar, la salud materna y neonatal, las infecciones de transmisión sexual y la prevención del VIH/Sida. La declaración de El Cairo señala que:

*“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable”* (ONU, 1994, p.41).

En 1995 se celebró en Beijing la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, su desarrollo fue en consonancia con lo ocurrido el año anterior, marcando un importante punto de inflexión para la agenda mundial de igualdad de género. La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (ONU,

1995), consolida el programa en favor del empoderamiento de la mujer y toma como base la igualdad de género. Los objetivos estratégicos y medidas para el progreso de las mujeres y el logro de la igualdad de género se centraron en 12 esferas cruciales que hablaban principalmente de la relación que existía entre la mujer y la pobreza, la educación, la capacitación, la salud, la violencia, los conflictos armados, la economía, los medios de difusión, el medio ambiente, la infancia y los derechos humanos. Con especial énfasis se señala el papel de la mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones y el desarrollo de mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer.

Así, la salud sexual es definida comúnmente como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

Estos consensos tienen por objeto principal reconocer que *“las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre en cuanto a las relaciones sexuales y la reproducción, implican el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen respeto, el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual”* (ONU, 1995, p.3). Estos acuerdos consolidaron cinco decenios de avances jurídicos dirigidos a garantizar la igualdad de las mujeres y los hombres, tanto en las leyes como en la práctica.

En julio de 1998 se firmó en Roma el Estatuto de la Corte Penal Internacional, el cual incorporó la figura del embarazo forzado, que fue considerado entre los graves crímenes que constituyen una amenaza para la paz, la seguridad y el bienestar de la humanidad. Con base en el derecho internacional humanitario se definió y codificó en la legislación internacional penal *“la violación, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, el embarazo forzado, la esterilización forzada y otras formas de violencia sexual como crímenes contra la humanidad y como crímenes de guerra constitutivos en muchos casos de tortura y genocidio”*. (ONU, 1998). Desde la perspectiva de esta investigación, la aportación más importante fue el reconocimiento de *“las violaciones a la autodeterminación reproductiva de las mujeres, tanto el embarazo forzado como la esterilización forzada, como crímenes muy graves”* (ONU, 1998, p.6).

Diversas instancias han avanzado también en la conceptualización de los derechos sexuales. Por ejemplo, aunque no se trata de un acuerdo internacional, en 1999 la Asociación Mundial de Sexología pronunció la Declaración Universal de los Derechos Sexuales de Hong Kong (ONU,

1999), en la cual se señala que la sexualidad es parte integral del ser humano, y que para el pleno desarrollo de la persona es necesario la satisfacción de necesidades básicas, como el contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor. También señala que la sexualidad “*se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales*”. Refiere que los derechos sexuales residen básicamente en los derechos humanos a la libertad, dignidad, salud e igualdad. A los cuales habría que agregar el derecho a no ser discriminado.

En este orden de ideas, los derechos que se contextualizaron en el marco de esta Declaración fueron:

1. El derecho a la libertad sexual.
2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
3. El derecho a la privacidad sexual.
4. El derecho a la equidad sexual.
5. El derecho al placer sexual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional.
7. El derecho a la libre asociación sexual.
8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
9. El derecho a información basada en el conocimiento científico.
10. El derecho a la educación sexual integral.
11. El derecho a la atención de la salud sexual.

La perspectiva de derechos en la agenda de cooperación internacional representó un salto significativo en el posicionamiento conceptual en materia de género y derechos sexuales y reproductivos. Destacando el fortalecimiento del diálogo social y político en torno a los derechos sexuales y reproductivos, lo que motivó a los ajustes en las legislaciones locales, como se verá en el siguiente apartado.

### **1.3 La salud reproductiva y el contexto nacional.**

Al identificar internacionalmente a la salud como un derecho fundamental, se genera la obligación del Estado y de los individuos para la preservación de ésta como un bien que tiene dimensiones individuales y sociales. Es esta segunda característica, la social, en la que la salud se convierte en un elemento obligado para la conceptualización o medición del bienestar y de la calidad de vida de la población.

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social [...]*” (ONU, 1946, p.1).

Dentro de la amplia gama de componentes de la salud que se reportan a lo largo del ciclo de vida de las personas, se encuentra la salud sexual y reproductiva, que constituye derechos de todas las personas, reconociendo a la sexualidad como una necesidad básica a cubrir, y además la posibilidad de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el tener hijos o no; la cantidad y el espaciamiento de los nacimientos, el acceso a la información, y a la atención profesional de la salud no solo reproductiva, sino también sexual.

Teniendo ya la mesa del debate internacional, la sexualidad y la reproducción se fueron consolidando como los derechos de las mujeres, mismas que ya eran sujetos reconocidos jurídicamente para demandarlos y ejercerlos. Los temas referentes a la sexualidad tomaron como bandera la desigualdad y la discriminación de género, por lo que el eje central de su combate se diseñó alrededor de la libertad y los derechos humanos. Mientras que la reproducción tuvo como arista más notable a los temas de (crecimiento de la) población y (las perspectivas de) desarrollo, para lo cual era importante identificar las preferencias reproductivas de las mujeres.

En México, las políticas públicas han sido muy diversas. A principios del siglo XX la misión era mantener un crecimiento constante de la población, a fin de poblar el extenso territorio nacional, a través de mantener elevados índices de fecundidad y de luchar por disminuir los niveles de mortalidad. Ello provocó un aumento acelerado en la población, que duplicó su tamaño entre 1940 y 1970. La tasa global de fecundidad (TGF) en 1960 era de 6.5 hijos nacidos vivos por mujer.

En la década de 1970, se observó un cambio en los intereses demográficos que estrechaban los lazos entre los crecimientos poblacional y el económico en México. Desde la perspectiva de derechos, se argumentó la necesidad de garantizar a las familias la posibilidad de elegir el número de hijos que consideraran ideal según sus condiciones socioeconómicas, así como la temporalidad y el espaciamiento entre ellos. Además, se buscaba minimizar los riesgos a la salud de la madre.

Según el Censo General de Población de 1970 (INEGI, 1972), en México había 48.2 millones de habitantes, de los cuales 46.2% de ellos eran menores de 15 años, y 25.6% eran jóvenes de 15 a 29 años de edad. Es decir, la población se caracterizaba por ser joven. Esta estructura, según Alba y

Potter (1986) no fue considerada problema por la gran mayoría de los intelectuales y políticos mexicanos. Benítez y Cabrera (1966) en Alba y Potter (1986), señalan que, a mediados de los sesenta, cuando se tuvieron los resultados definitivos del censo de 1960, se advirtió que la tasa de crecimiento de la población era superior a 3% anual y un nuevo juego de proyecciones de población permitió prever el efecto de las nuevas tendencias demográficas.

Ante tal panorama, el gobierno del presidente Luis Echeverría comenzó con la planeación poblacional, orientada a reducir las tasas de fecundidad y a disminuir el crecimiento de la población. La primera acción fue a través de la Ley General de Población publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de enero de 1974, que tenía por objeto “*regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social*” (DOF, 1974). En ella se mandataba ejecutar o promover ante las dependencias o entidades (*sic*) las medidas necesarias para:

1. Adecuar los programas de desarrollo económico y social a las necesidades que planteen el volumen, estructura y dinámica de la población.
2. Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población.
3. Disminuir la mortalidad.
4. Influir en la dinámica de la población a través de los sistemas educativos, de salud pública y de capacitación profesional y técnica.
5. Promover la plena integración de los grupos marginados al desarrollo nacional.
6. Restringir la emigración de nacionales cuando el interés nacional así lo exija.
7. Procurar la planificación de los centros de población urbanos, para asegurar una eficaz prestación de los servicios públicos que se requieran.
8. Estimular el establecimiento de fuertes núcleos de población nacional en los lugares fronterizos que se encuentran escasamente poblados.
9. Promover la creación de poblados, con la finalidad de agrupar a los núcleos de población que viven geográficamente aislados.

En este mismo año se creó en México el Consejo Nacional de Población –CONAPO- (DOF, 1974), como un organismo intersectorial para el establecimiento y coordinación de la política de población y sus líneas de acción. Y también se reformó el artículo 4º Constitucional (CPEUM, 1917), donde se establece además de la igualdad ante la ley del varón y la mujer, el derecho de todos los mexicanos “*a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos*”, la equidad de género y el derecho a la salud de toda la población.

En 1975 se creó la Comisión de Desarrollo Regional, que buscaba distribuir a la población en todo el territorio nacional, y descentralizar los servicios públicos federales. En ese mismo año se lanzó la campaña “*vámonos haciendo menos... para vivir mejor todos*” misma que no tuvo el impacto deseado, entre otras cosas porque fue considerada como una política clasista y que generaba selectividad.

En 1977, durante la novena sesión del CONAPO, se presentó el Plan Nacional de Planificación Familiar del Sector Salud. México fue un entusiasta participante de las Conferencias internacionales, incluso presidiendo algunas o siendo anfitrión de otras. El plan presentado resultó relevante porque fue una respuesta a lo establecido en Bucarest. Esta primera intervención institucional relativa a la planificación familiar tenía como eje articulador a la Coordinación Nacional de Planificación Familiar, la cual, en colaboración con el propio Consejo, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Educación Pública, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), establecieron grupos multidisciplinarios durante el periodo de 1977 a 1982 para capacitar a la totalidad del personal de salud en las diversas áreas de la planificación familiar. Esta instrucción fue de observancia obligatoria en todas las unidades de salud del país, estableciendo incluso cuotas de atención para cada una de las instituciones participantes (Figueroa, Aguilar e Hita, 1994).

Los objetivos del programa se centraron en incrementar la información disponible, en los servicios de consejería y acompañamiento a las mujeres en edad reproductiva y a la educación de la población en edad escolar para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población, favoreciendo el acceso a los servicios de salud reproductiva de los grupos considerados vulnerables, especialmente en las diversas regiones del país que tienen una alta marginación.

A final de los setenta, hubo necesidad de evaluar los resultados obtenidos. Para el efecto se realizaron dos encuestas nacionales sucesivas: una, la Encuesta Mexicana de Fecundidad, en 1976; y otra, la Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos de 1978. Los resultados mostraron el rápido impacto que los programas de planificación familiar habían tenido sobre las tasas de crecimiento natural del país.

El contenido educativo se centró, por una parte, en las ventajas socioeconómicas de contener el crecimiento de la población, resumidas en el lema “*la familia pequeña vive mejor*” y por la otra en el conocimiento y el uso adecuado de los métodos anticonceptivos (IMSS, 1998). Tras el éxito

alcanzado, con la reducción de la TGF a 4.4 en 1982, se puso en marcha la segunda etapa de programas de planificación familiar, la cual se desarrolló entre 1983 y 1990, cuyo objetivo era el uso de anticonceptivos con fines de control natal desde una perspectiva de salud y riesgo reproductivo, en la promoción y en la prestación de los servicios que garantizaran una planificación familiar oportuna y eficaz. En este periodo también enfatizó la disminución de la fecundidad.

Dentro de la oferta de información disponible para la población, se hacía énfasis en que la planificación familiar contribuía a disminuir la enfermedad y mortalidad materna al prevenir embarazos no planeados, no deseados y de riesgo. El que se pudieran prevenir embarazos no planeados, se esperaba que resultara en una disminución de la práctica de los abortos inducidos, la enfermedad y muerte en los recién nacidos y en los niños menores de cinco años. Desde el paradigma del bienestar, se aseguraba que la planificación familiar incrementaba la calidad de vida y contribuía a mejoras en la pareja, la familia y la comunidad, incluso en términos ambientales.

En 1993 se publicó la Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planificación Familiar (NOM 005-SSA-1993) cuyo objeto era el uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, en un marco de libertad y respeto a la decisión de las personas y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva. Se buscaba que con ello pueda realizarse la selección, prescripción y adecuada aplicación de los métodos anticonceptivos, así como la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social (DOF, 1994).

En 1994 se implementó el Programa Nacional de Salud Reproductiva, en el cual se establecía que:

*“la población usuaria de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar de los sectores público, social y privado tienen derecho a:*

- *enterarse de los beneficios de la práctica de la planificación familiar y de los riesgos reproductivos y del uso de los métodos anticonceptivos,*
- *recibir atención y servicios de salud reproductiva con calidad,*
- *decidir responsable y libremente sobre la práctica de la planificación familiar y el uso de métodos de regulación de la fertilidad,*
- *acceso a métodos anticonceptivos efectivos y exentos de riesgos y daños para la salud,*
- *recibir información, orientación - consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias,*



- *seguridad de que la información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas,*
- *ser tratado con respeto consideración y atención,*
- *recibir información, servicios y suministros en planificación familiar por el tiempo que sea necesario para asegurar el uso constante de un método anticonceptivo, y*
- *expresar sus puntos de vista acerca de la información, métodos y servicios recibidos, garantizando los derechos reproductivos de la población” (SS, 2001).*

La información y presentación de servicios de salud reproductiva se definen y articulan a partir de tres componentes fundamentales: salud perinatal, salud de la mujer y planificación familiar, todos ellos con una clara perspectiva de género (SS, 2001).

En el año 2001, con el nuevo gobierno y la transición democrática, el Programa de Acción de Salud Reproductiva planteaba estrategias que se impulsaron en dicho sexenio para contribuir a que las mexicanas y los mexicanos disfruten de una vida sexual, reproductiva y pos-reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión, con particular énfasis en las áreas rurales y urbano marginadas, así como en las comunidades indígenas y la población adolescente (SS, 2001).

El acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva es uno de los objetivos centrales de este Programa de Acción. Formó parte de las estrategias sustantivas para reducir los rezagos en salud que afectaban a la población, promoviendo así el desarrollo humano en el personal de salud, poniendo énfasis en la vocación y el servicio.

En 2006, la política de salud reproductiva se centró en el objetivo de reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables. La estrategia seguida fue promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, que identificara y privilegiara a los grupos con mayor rezago, asegurando la disponibilidad de insumos de calidad para la prestación de los servicios de salud, de planificación familiar y de anticoncepción, que fortaleciera la competencia técnica del personal de salud, con el fin de educar a cada segmento de la población, teniendo mecanismos de supervisión y evaluación sistemática, y que instrumentara un modelo interinstitucional de atención básica en salud sexual y reproductiva para la población adolescente.

El mayor enfoque se dio en preservar la salud de las madres de familia, la promoción de hábitos saludables, la reducción de la mortalidad materna e infantil, y la atención adecuada para evitar que

los embarazos deriven en complicaciones, enfermedades, discapacidades permanentes o en la muerte de la madre o del hijo, ya que asumían que los abortos eran únicamente por tales razones. Sin embargo, la posición política e ideológica del partido en el poder marcó grandes retrocesos en salud sexual y reproductiva, pues la descentralización de los programas estatales de planificación familiar se materializó con los Consejos Estatales de población, lo cual fue aprovechado por algunos gobiernos estatales con posiciones conservadoras.

Así como México ha sido partícipe de las Conferencias Internacionales de Población y Desarrollo, del mismo modo, se sumó a los esfuerzos internacionales explicitados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para reducir la mortalidad materna e infantil. Además, fue parte del Consenso de Montevideo donde se afirmó que “... *la promoción y la protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos son esenciales para el logro de la justicia social y de los compromisos nacionales, regionales y mundiales para el desarrollo sostenible, en sus tres pilares: social, económico y ambiental*” (ONU, 2013, p.7). Actualmente, México es signatario de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que buscan garantizar para 2030 el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar y anticoncepción, información y educación, y la reducción de la mortalidad materna.

En esta investigación, se pretende avanzar en la identificación de los patrones de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres mexicanas unidas y solteras, así como analizar la correspondencia que existe entre los deseos reproductivos de las mujeres usuarias y el tipo de método que utilizan, lo cual nos remonta a los derechos sexuales y reproductivos. El tema de estudio permitirá observar las brechas entre el Programa Nacional de Salud Reproductiva y las acciones que el gobierno respecto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la realidad que experimentan las propias mujeres en el día a día respecto a su capacidad de poder ejercer día a día sus derechos sexuales y reproductivos respecto al uso de anticonceptivos.

#### **1.4 Planteamiento del problema.**

Si se toma como base la teoría de la transición demográfica, en cuya primera fase se observa una reducción de la mortalidad, provocada por mejoras sustantivas en la calidad de vida y salud (Coale, 1973). Para el caso de México, como en otros países como lo muestran Dyson y Murphy (1985), lo que se observó fue un incremento en la sobrevivencia de los hijos nacidos vivos por mujer, así

el descenso de la fecundidad estuvo precedido por un alza de la natalidad (Juárez, et. al., 1989). Además del comportamiento de la TGF, existen factores adicionales de largo plazo que incidieron en la delimitación del nacimiento de los hijos, entre ellos el tamaño y la estructura por edad de la población.

La demanda de hijos ha sido estudiada desde las perspectivas de Bulatao y Lee (1983), Easterlin (1978), McClelland (1983), Espenshade (1977) y Becker (1981). Estos autores refieren numerosos factores que inciden en la determinación de la demanda de hijos, entre los que se encuentran las preferencias de los individuos sobre un número ideal de integrantes de sus familias, lo que se denomina tamaño de familia ideal. Del mismo modo, hay elementos del entorno socioeconómico que influyen las decisiones reproductivas, como los ingresos de los padres y el costo de criar a los hijos, especialmente por el valor del tiempo dedicado a la atención infantil, y las políticas públicas.

Bajo la circunstancia presentada en torno a que las mujeres alcanzaban el tamaño de familia deseado de manera más rápida, éstas comenzaron a buscar la forma de determinar el número de hijos a tener. El objetivo era disminuir su fecundidad, lo cual permitió la aceptación y uso de métodos anticonceptivos para incidir en el número de hijos por mujer. Dichos comportamientos en torno a la disminución de los nacimientos permitieron identificar las preferencias relativas a los hijos. Estas decisiones consideran implícitamente factores de temporalidad, como la cronología y el espaciamiento entre los nacimientos; culturales como el género de los hijos; y de relaciones costo beneficio a partir de la información real a la que tienen acceso dada una experiencia previa generada por algún evento obstétrico, sea este un nacimiento anterior o un aborto.

La visión económica planteada anteriormente, en un entorno de derechos pudiera parecer un asunto realizable y completo. Sin embargo, al comparar la información referente al uso actual de los métodos y las preferencias de las mujeres, dadas las características de la demanda de hijos, se puede generar información relativa a las brechas existentes entre la demanda efectiva de métodos y el uso del método, así como si el uso de un método es el adecuado para los deseos reproductivos de las mujeres. Lo cual puede generar evidencia sobre el ejercicio de los derechos, que no siempre es pleno.

Tradicionalmente el análisis del uso de métodos anticonceptivos se ha centrado en las mujeres en edad fértil unidas en México, desde 1976 diversas encuestas han recabado tal información sobre

ellas. Paulatinamente, se ha incorporado información de las mujeres solteras, sin embargo, poco se sabe de sus prácticas reproductivas.

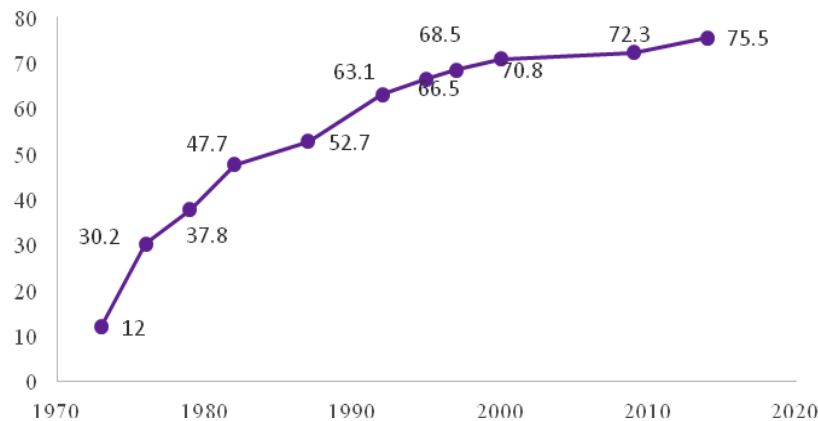
Durante el Siglo XX la estructura demográfica mexicana se caracterizó por ser predominantemente joven. En 1990, según el XI Censo General de Población y Vivienda, los jóvenes entre 15 y 29 años representaban cerca de 29% de población; para 2015 esta proporción se redujo a 25.7% (INEGI, 2015).

El ritmo de crecimiento de la población se ha desacelerado en las últimas décadas, y aunque en términos absolutos el número de habitantes ha continuado aumentando, el crecimiento se resume en el proceso de inercia demográfica que experimenta el país.

La TGF en 1976 era de 5.73 hijos por mujer. En un periodo de diez años se redujo una tercera parte, para 1985 era de 3.8. Si se observa el comportamiento de la tasa por grupo de edad, la disminución fue generalizada, sin embargo, fue más intensa en las mujeres de 35 o más años, por lo que la reproducción se ha concentrado en mujeres jóvenes (Welti, 2012). En 2014, la TGF se acercó al remplazó, alcanzando la cifra de 2.21 hijos por mujer. Si bien estos datos reflejan haber alcanzado la meta establecida en la década de 1970, en gran medida gracias a la reducción de la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, el tema pendiente son las mujeres jóvenes y como se verá en este estudio, particularmente las solteras.

Los métodos anticonceptivos se utilizan como ideal, para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja, con el fin de evitar embarazos no deseados. Para ello, es importante señalar que el abanico existente en la oferta de métodos anticonceptivos tiene por objeto satisfacer el uso que se les dé, de acuerdo a las necesidades específicas de la usuaria. Entre los objetivos de uso, se encuentra el limitar el tamaño de la familia, el espaciar o el postergar el nacimiento de los hijos.

**Gráfica 1. Porcentaje de mujeres en edad fértil, unidas que usan métodos anticonceptivos, 1973-2014.**



Fuente: Elaboración propia con base en datos diversas encuestas.

En la gama disponible, se encuentran los métodos tradicionales<sup>1</sup> y los métodos modernos<sup>2</sup>. Se sabe que los métodos tradicionales, además de ser poco efectivos, requieren la participación activa de la pareja sexual, por lo que tienen un doble riesgo en su efectividad. En cuanto a los métodos modernos “*debe ponerse especial atención en la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como de sus características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación activa y comprometida de los usuarios, para lograr la efectividad del método seleccionado*” (DOF, 1994). Los métodos se clasifican en temporales y permanentes, dependiendo de la posibilidad que tendrán los usuarios de recobrar la fertilidad (o no) y de la duración temporal de la protección.

El cuadro 1, define el tipo de métodos usado por las mujeres<sup>3</sup>, algunos se consideran como permanentes y otros temporales. La gama de métodos temporales tiene diferentes protecciones, unos son de larga duración como el dispositivo intrauterino (DIU) y los implantes, y otros mucho más temporales como el condón masculino. No se podría asegurar que para las mujeres que hayan completado el tamaño final de su familia, sea solo recomendable la esterilización, que, aunque es

<sup>1</sup> Se clasifican como métodos tradicionales el ritmo, calendario, abstinencia periódica y retiro o coito interrumpido.

<sup>2</sup> Se denominan métodos anticonceptivos modernos a aquellos cuya forma de acción es mecánica, se basa en alguna sustancia o requieren de intervenciones quirúrgicas (DOF, 1994). Los cuales son, OTB, vasectomía, pastillas, inyecciones, implante sub dérmico, parche, DIU, condón masculino, condón femenino, óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas y la pastilla de emergencia.

<sup>3</sup> Se hablará de mujeres por ser las principales responsables y usuarias de los métodos dado el diseño de la política, además de ser ellas quienes aportan información a la encuesta. Sin embargo, se sabe que los hombres tienen, en algunos casos, participación en la toma de decisiones sobre el método a utilizar o son los usuarios de aquellos destinados para ellos.

uno de los métodos definitivos, los deseos pueden cambiar en el tiempo, por lo que los métodos de larga duración también son recomendables, pues las circunstancias específicas de la mujer y la pareja pueden cambiar, tales como tener otra pareja y desear un hijo de esta nueva relación. Bajo esta idea, se esperaría que los métodos temporales sean utilizados por aquellas mujeres que deseen controlar los intervalos protogenésico<sup>4</sup> e intergenésico<sup>5</sup>, es decir, cuyo objetivo sea el espaciar. El supuesto es que aquellas mujeres que tengan una edad menor u objetivos específicos en la planeación de su familia, y deseen postergar por un largo plazo el embarazo, los métodos de larga duración serían apropiados.

**Cuadro 1. Clasificación de los anticonceptivos**

Anticoncepción	Métodos	Mecanismos
<i>Permanentes</i>	Oclusión tubaria bilateral Vasectomía	Quirúrgico
	Orales Inyectables Sub dérmicos*** Anillo Parche	Hormonales
<i>Temporales</i>	Dispositivo intrauterino de cobre***	No hormonales
	Espermicidas. Condón masculino Condón femenino	De barrera
	Ritmo, calendario o abstinencia Retiro o coito interrumpido	Naturales o tradicionales.

\*\*\*Métodos de Larga Duración

Fuente: elaboración propia.

<sup>4</sup> Se refiere al período de tiempo comprendido entre la fecha del matrimonio y la fecha de nacimiento del primer hijo nacido vivo.

<sup>5</sup> Se refiere al período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos. Contrariamente a lo que sucede con el intervalo protogenésico se calcula tanto para los nacidos vivos dentro como fuera del matrimonio, siempre que exista un nacido vivo anterior.

Para lograr el uso del método anticonceptivo adecuado para la situación específica de cada mujer, el requisito necesario es que se cumpla con una adecuada orientación hacia las usuarias, que permita la promoción y difusión de los métodos anticonceptivos, garantizar el acceso a la información disponible y a la educación sexual y reproductiva, la existencia de espacios propios para realizar las reuniones de información y orientación, la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos según las necesidades de uso y las características de cada método, y la identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

En el estudio Situación de la Salud Sexual y Reproductiva (CONAPO, 2016, p.90) se señala que, con datos de la Encuesta nacional de la dinámica demográfica (ENADID) de 2014, la prevalencia anticonceptiva promedio de las mujeres unidas es de 72%, al momento de la encuesta, sin embargo, ese total representa solo a las mujeres unidas. En principio, se puede decir que México es un país con un alto uso de métodos anticonceptivos, que cumplió con el objetivo de disminuir la TGF de 7.3 hijos por mujer a en los años 70 a 2.21 en 2012. Estos resultados permiten observar el éxito de las políticas de planeación familiar emprendidas por el estado mexicano.

Sin duda, una de las acciones que más abonaron para el éxito fue la provisión gratuita de los métodos anticonceptivos desde la década de los 70. Dentro del sector salud se utilizaba una diversidad de métodos anticonceptivos. El método utilizado dependía de factores personales de las usuarias como la edad, el estado civil (donde se privilegiaba a las mujeres unidas), el número de hijos, el deseo reproductivo (espaciamiento o limitación de los embarazos), la frecuencia del coito, las relaciones de pareja. Era importante la influencia de otras personas en el proceso decisorio, la comodidad del método, el conocimiento de este por parte del usuario y el grado de conformidad con las características físicas propias de cada mujer.

Los cambios políticos en el país, al inicio del nuevo milenio, trajeron cambios en el programa de planificación familiar, si bien seguían promocionándose los derechos sexuales y reproductivos, la gama de métodos ofertados por el servicio público se redujo, y se enfatizó el servicio en las familias, específicamente para las mujeres unidas. Se ha cuestionado la efectividad de estas medidas, ya que según Juárez et. Al. (2013; 4), un mayor acceso a los métodos anticonceptivos no ha sido suficiente para que todas las mujeres puedan evitar un embarazo cuando no lo desean. A pesar de las altas prevalencias en el uso de los anticonceptivos, sigue presentándose un alto número de embarazos no planeados, de los cuales muchos que terminan en abortos. Estas fallas en la

anticoncepción se concentran en las mujeres jóvenes y en aquellas que no tienen una pareja formalizada.

Lerner y Szasz (2013, p.54) señalan que el ejercicio reproductivo y de prevención sigue siendo tarea de las mujeres, a pesar de los avances que se señalaron en torno a los derechos de las mujeres y el posicionamiento de género en la agenda pública. Las autoras hablan de que “*las adolescentes y jóvenes no guardan abstinencia total de relaciones sexuales*” lo que invita a estudiar sus comportamientos sexuales y reproductivos.

No se puede seguir excluyendo del análisis a las mujeres jóvenes y a las solteras, y peor aún, no se les deben excluir del ejercicio de sus derechos reproductivos. Las mujeres que, por su condición de unión o edad, son vistas como sujetos que no tienen necesidades reproductivas, las ha llevado (a muchas de ellas) a estar expuestas al riesgo de salir del sistema educativo e ingresar en una unión de manera temprana.

Aparicio, Camarena, Casique y Solís, entre otros coautores de un libro coordinado por Lerner y Szasz (2008) han documentado ampliamente la condición de desventaja en la que se posiciona a las mujeres jóvenes al ser discriminadas y excluidas del acceso a la salud reproductiva, intensificándose para aquellas que pertenecen a los estratos socioeconómicos más bajos.

Stern (2004) y Stern y Menkes (2008) también señala que el acceso a los métodos anticonceptivos es insuficiente, especialmente para cubrir las necesidades de los jóvenes. La mayoría de las políticas y programas existentes, así como los servicios públicos de salud, no brindan la asesoría necesaria y tampoco distribuyen los métodos que se consideran más adecuados para la población joven y soltera, que responde a sus deseos de posponer la maternidad o de prevenir embarazos no deseados. Los métodos que permanentemente son ofrecidos en el sistema público de salud son el DIU y la cirugía de oclusión tubaria (conocida también como esterilización femenina), incluso para las más jóvenes. Y se ofrecen tras un evento obstétrico.

Por lo anterior, se considera pertinente el analizar las preferencias reproductivas de las mujeres, especialmente de las solteras que se declaran sexualmente activas, cuya prevalencia de uso de anticonceptivos es menor que la de las mujeres unidas, a pesar de que el deseo de espaciar o posponer los embarazos es mayor. Esta indagación es necesaria, sobre todo en un momento en el cual se esperaría tener un conocimiento socializado, así como un acceso gratuito y generalizado a la anticoncepción. Se observa una brecha entre los deseos y las prácticas reproductivas de las mujeres, sobre todo las jóvenes; de las políticas, planes, programas y estrategias de salud



reproductiva. Hay marcadas diferencias entre la amplia gama de métodos anticonceptivos existentes en el mercado y los provistos gratuitamente por el estado. De lograrse el objetivo de la política de planificación familiar de México, que busca que las personas puedan evitar embarazos no deseados y decidir de forma libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos, se estaría cumpliendo con el objetivo de los derechos sexuales y reproductivos.

### **1.5 Preguntas, objetivos e hipótesis.**

La pregunta general de esta investigación surge de la inquietud generada por la limitada investigación sobre el uso de anticonceptivos en los últimos años y la falta de atención, por parte de las autoridades gubernamentales, de atender las demandas de uso de anticonceptivos y la selección del método apropiado para diversos grupos de mujeres mexicanas en edad reproductiva. Así, la pregunta general es:

De toda la gama de métodos anticonceptivos disponible ¿el uso actual de anticoncepción es el que requieren las mujeres para lograr sus objetivos reproductivos, ya sea para espaciar o limitar sus hijos? Y ¿cuáles son los factores socio-demográficos asociados al uso de anticonceptivos?

De esta pregunta se desprenden tres con mayor especificidad:

1. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos más usados entre las mujeres mexicanas, para limitar y espaciar, según su grupo de edad y condición de unión (unidas y solteras)? ¿Se usa toda la gama de anticonceptivos disponible?
2. ¿Existen diferencias en el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres con distintas características? ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a los métodos anticonceptivos más usados? ¿El uso corresponde a un buen servicio de planificación familiar?
3. ¿Coincide el deseo reproductivo futuro de las mujeres con el método actualmente usado entre las mujeres casadas y solteras?

El objetivo general de esta investigación se enfoca a explorar en profundidad cuales son las preferencias de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres mexicanas en edad reproductiva, cual es el lugar donde los obtienen, y cuanta coincidencia existe entre los métodos usados y los deseos reproductivos de las mujeres, según grupo de edad y su condición de unión, sean unidas o solteras.

Así, los objetivos de la presente investigación son:

1. Identificar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos por grupo de edad y condición de unión.
2. Determinar algunos factores demográficos asociados al uso de los métodos anticonceptivos con mayor prevalencia de uso, tales como la edad y la condición de unión, escolaridad, lugar de residencia y lugar de obtención del método.
3. Establecer si existe correspondencia entre las intenciones procreativas de las usuarias y el método utilizado.

La hipótesis central es que el actual programa de planificación familiar es débil en cuanto a la gama de métodos anticonceptivos que ofrece y es muy limitada la instrucción e información que brindan a las mujeres sobre los métodos disponibles y cómo escoger el método anticonceptivo que corresponda con su vida personal actual y sus deseos reproductivos futuros, en especial enfatizando la edad y su condición de unión. Por ejemplo, considerar si se trata de mujeres jóvenes, unidas o solteras. Contrario a ello, las mujeres tienden a utilizar con muy alta frecuencia métodos definitivos que limitan su descendencia, independientemente de si su objetivo era limitar o espaciar y de su condición de unión y edad.

Dentro de las hipótesis específicas:

1. El patrón de uso de anticonceptivos entre las usuarias, no cubre toda la gama de métodos sino está concentrado en uno o dos, mostrando las deficiencias de la planificación familiar. Se esperaría que las mujeres jóvenes utilizaran métodos que les permitieran retrasar la maternidad –espaciar el número de hijos-, mientras que las mujeres de mayor edad utilizaran métodos más eficientes de larga duración, e incluso definitivos, con el fin de limitar los nacimientos.
2. Los métodos más usados entre las mujeres serán la esterilización y el condón, existiendo diferencias según los factores socio-demográficos. Se hipotetiza que dado el deficiente servicio de planificación familiar en el país, la esterilización se privilegia como forma de limitar la descendencia y no se orienta ni promueve adecuadamente los métodos para espaciar a corto plazo y a más largo plazo. Entre las casadas, posiblemente recurran a la esterilización a muy temprana edad y el uso es generalizado según diferentes factores examinados. Y para las solteras, la falta de información y el poco acceso a los servicios de salud pública provocará que el método más usado sean los condones, siendo tal vez las mujeres rurales y menos educadas las que los usen menos. Además, es probable que las

mujeres más jóvenes acudan al sector privado (farmacias y tiendas) por el estigma asociado al uso de anticonceptivos por su edad y condición de unión, por falta de adecuados servicios de planificación, siendo especialmente vulnerables a ser señaladas las solteras. Mientras que las mujeres mayores y unidas tenderán a acudir a los servicios públicos de salud, lo que sugiere necesidades específicas para distintos grupos de mujeres.

3. Aunque se sabe que hay métodos que son considerados adecuados para espaciar y otros para limitar, esta investigación supone que no necesariamente habrá concordancia entre el método utilizado y el deseo de las mujeres usuarias para limitar o espaciar. Esto se debe a que las mujeres usan el método que pueden adquirir y no necesariamente es el óptimo según sus deseos reproductivos futuros y su situación específica actual.

## **1.6 Caracterización de la población objetivo.**

La población en estudio son las mujeres actualmente usuarias de algún método y se explora en detalle la diferencia entre los grupos de edad y la condición de unión. Tradicionalmente se analiza solamente a las mujeres en edad fértil casadas o unidas, dejando de lado a aquellas mujeres sexualmente activas nunca unidas. Esta investigación se centra en las mujeres de 15 a 49 años de edad, dividiéndolas por grupo quinquenal de edad.

Este estudio se enfoca tanto en las mujeres unidas como en las mujeres solteras y se analizan de forma separada. Al mencionar a las “mujeres unidas” se refiere a mujeres actualmente casadas formalmente o que están en unión libre. Por su parte, las “mujeres solteras” se refieren a mujeres que se declaran solteras, nunca unidas, y que son sexualmente activas. Sexualmente activas se definió con el algoritmo internacional usado en demanda no satisfecha, es decir que tuvieron al menos una relación sexual durante los tres meses previos al levantamiento de la encuesta. Las mujeres ex unidas (separadas, divorciadas o viudas) se omiten del análisis, el número de casos es muy pequeño, y no se incluyen con el grupo de solteras pues su comportamiento es muy diferente al de una mujer nunca unida. Se considerarán adolescentes a las mujeres de entre 15 y 19 años. Y las mujeres jóvenes tendrán como límite los 29 años de edad.

Se investigará el papel que juegan diferentes características sociodemográficas en el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres de entre 15 y 49 años de edad.



## **2. Marco Conceptual.**

La fecundidad se ha analizado desde diversos enfoques teóricos, que buscaban explicar por qué algunas sociedades tienen más hijos que otras, centrándose básicamente en los determinantes próximos de la fecundidad y los efectos de ésta en el tamaño y la composición las poblaciones. La evolución en los conceptos y normas jurídicas en torno a los derechos ligados a la SSR se dio a la par de cambios en la fecundidad de las sociedades, sus condiciones económicas, sociales, culturales e incluso de salud, siendo reflejo de esto la emisión de planes y políticas de los países.

### **2.1 Teorías clásicas.**

Desde el siglo XIX se comenzó el estudio de la fecundidad y las formas de explicarla, modelarla e incluso limitarla. En 1929 se publican los principios que dieron origen a la teoría de la transición demográfica (Thompson, 1929, p.959) que trataba de explicar una tendencia seguida por los países a partir de cambios demográficos en sus sociedades, dando la explicación más influyente de las causas del descenso de la fecundidad.

Thompson explica el ciclo de la transición a partir de la disminución de las tasas de mortalidad, lo cual provoca un aumento en el tamaño de las familias, por lo cual se redujeron los incentivos de tener hijos. Además, con la incursión de las mujeres en el mercado laboral, lograron cierta independencia de las obligaciones familiares y las ocupaciones económicas hicieron compatibles con el nacimiento de nuevos hijos. En un análisis regional y por estratos se observa que la restricción de nacimientos de nuevos hijos comenzó en las áreas urbanas en clases altas y se movió gradualmente hacia abajo en la escala social y después hacia las zonas rurales.

Dentro de los hallazgos más importantes se encontró un rango muy amplio en torno a la fecundidad pre-transicional. La más alta registrada es por lo menos 50% más alta que la más baja registrada. La diferencia estaba marcada por el uso de métodos anticonceptivos tradicionales. La idea de familia pequeña ocurrió en principio en las sociedades industriales-urbanas, ya que la modificación de roles despojó a las familias de diversas funciones productivas. Así se redujo la presión familiar y comunitaria en los jóvenes, ganando terreno la educación y la visión racional de los individuos como entes económicos. El costo de los hijos aumentó por una reconfiguración en los niveles de consumo y su aporte económico a los ingresos familiares se redujo.

Landry (1934), Notestein (1945) y Leasure (1963) hicieron grandes aportaciones a la teoría sugiriendo que el proceso de transformación de las naciones a lo largo del tiempo es motivado por la modernización e industrialización que se suponía acompañada por mejoras sociales. A partir de su crítica, Demeny (1968) estableció una generalización que pareciera vigente “*En sociedades tradicionales, la fecundidad y la mortalidad son altas; en las sociedades modernas, la mortalidad y la fecundidad son bajas; en el medio, la transición demográfica*”, realidad que no se reflejó plenamente en los países subdesarrollados.

Para 1950 la teoría dominante fue la de la modernización donde se señala que, con el desarrollo de las sociedades, los antecedentes sociales y económicos de estas son menos relevantes, contrario a factores relacionados con las habilidades y capacidades como la educación, que tienen significancia en la evolución social. Appleby (1978, p.259) señala que la teoría de la modernización se sustenta en la existencia de dos tipos de sociedades: las tradicionales, que experimentan el proceso de modernización, y las modernas que evolucionarían con características explicadas por la teoría de la transición demográfica.

Marks (2009, p.918) lista las transformaciones que se vincularon con el proceso de modernización, entre las que se encuentran la industrialización, el periodo posindustrial, el declive de las funciones sociales de la familia, la expansión del sistema capitalista, el incremento de la renta nacional por persona, la urbanización de la población, la importancia dada a la educación y todo ello en el marco de la expansión del estado de bienestar. En este proceso de modernización, el comportamiento de la población, particularmente la baja de las tasas de mortalidad y fecundidad continúa siendo un elemento medular.

En este sentido, diversos estudios acerca de los patrones de fecundidad han identificado que una hay mayor intensidad de la fecundidad en las áreas subdesarrolladas, Davis y Blake (1956, p. 211) señalan que es fundamental tener en cuenta las diferencias marcadas respecto a la organización social de estas zonas frente a escenarios urbano-industriales, y a la vez la diferencia que se tiene dentro de un área subdesarrollada y otra, en relación a los efectos específicos que dichas características producen en la fecundidad y su intensidad.

El proceso de reproducción de las sociedades se podría explicar a través de la existencia de tres pasos: las relaciones sexuales, la concepción, y la gestación y parto. Destacando que se dan influencias culturales en estos pasos, los autores presentaron un esquema de 11 variables

intermedias<sup>6</sup> que abordan factores a través de los cuales las condiciones culturales afectan a la fecundidad. Así, identificaron que las sociedades preindustriales tienen niveles de fecundidad elevados para las variables más alejadas del momento real del parto, cuestión que implica una perspectiva favorable a la fecundidad.

En el caso de las sociedades subdesarrolladas, se observan mayores matrimonios a temprana edad, sin embargo, la intensidad de la fecundidad es menor ya que estas poblaciones se plantean como obligación el uso de métodos anticonceptivos tradicionales, en algunos casos incluso la abstinencia. En ausencia del uso de métodos anticonceptivos se controla la fecundidad en un momento cercano al parto bien sea a través del aborto o el infanticidio.

Para las sociedades industrializadas la edad en la que se inicia la unión suele ser aplazada, a la vez que se evidencia un mayor uso de métodos anticonceptivos y también la práctica del aborto. Aunque parece que las sociedades estudiadas tienen valores opuestos en las variables, existen escenarios en los que se reproducen relaciones semejantes, e incluso en muchas otras variables se dan más relaciones positivas para el nivel de fecundidad en las sociedades desarrolladas.

Lo que se observa fundamentalmente es que las sociedades desarrolladas lograron reducir sus niveles de fecundidad efectuando cambios institucionales en la organización social que requirieron menor costo humano, así, se fortaleció el aplazamiento del matrimonio como tendencia. Y aunque existía la opción de celibato permanente, este no se estableció como norma – lo que sí hicieron las sociedades subdesarrolladas- debido a que la abstinencia es un costo personal mayor que el aborto o el uso de métodos anticonceptivos.

Lo que lleva a concluir que las sociedades industrializadas o desarrolladas buscaron disminuir la fecundidad, no a través del efecto negativo en las variables que mostraron reducción de la

---

<sup>6</sup> *I. Factores que afectan la exposición a las relaciones sexuales "Variables interrelacionadas"*

Los que rigen la formación y disolución de las uniones en el período reproductivo:

1. Edad de ingreso en las uniones sexuales, 2. Celibato permanente: proporción de mujeres que nunca ingresan en uniones sexuales, 3. Cantidad de tiempo de reproducción transcurrido después o entre las uniones. Sea que estas se rompen por divorcio, separación o desertión; o por la muerte del marido.

Los que rigen la exposición a las relaciones sexuales dentro de las uniones: 4. Abstinencia voluntaria, 5. Abstinencia involuntaria (de impotencia, enfermedad, separaciones inevitables pero temporales), 6. Frecuencia coital (excluidos los períodos de abstinencia).

*II. Factores que afectan la exposición a la concepción "Variables de concepción"*

7. Fecundidad o infecundidad, afectadas por causas involuntarias, 8. Uso o no uso de anticonceptivos. Por medios mecánicos y químicos, o por otros medios, 9. Fecundidad o infecundidad, afectadas por causas voluntarias (esterilización, subincisión, tratamiento médico, etc.).

*III. Factores que afectan a la gestación y el parto exitoso "Variables de gestación"*

10. Mortalidad fetal por causas involuntarias, 11. Mortalidad fetal por causas voluntarias.

fecundidad en el periodo preindustrial, sino utilizando mecanismos institucionales disponibles con respecto al matrimonio y empleando tecnología para el control de la concepción y la natalidad.

La perspectiva económica sobre a la fecundidad había estado presente a lo largo del análisis demográfico, hacia 1960 comienza a solidificarse con Becker (1960, p.209) quien analiza las decisiones en el entorno familiar desde una visión racional propia de la teoría microeconómica. Para Becker la fecundidad tiene una relación negativa respecto al ingreso.

Esta perspectiva incorpora a la propuesta de Malthus relativa a la calidad de los hijos en términos de la educación, instrucción y cuidados de salud que los padres proporcionan a sus hijos. Un incremento en el ingreso podría reducir la demanda por hijos, dado que un mayor ingreso permite incrementar la cantidad y calidad de la educación y otras inversiones de capital humano en los hijos.

La demanda de hijos también ha sido analizada por Fawcett (1983), Bulatao y Lee (1983); Easterlin (1978), McClelland (1983), Espenshade (1978), Easterlin y Crimmins (1985). Estos autores refieren numerosos factores que inciden en la determinación de la demanda de hijos, entre los que se encuentran las preferencias de los individuos sobre un número ideal de integrantes de sus familias, lo que se denomina tamaño de familia ideal. Así mismo señalan la existencia de elementos del entorno socioeconómico que influyen la decisión, como los ingresos de los padres y el costo de criar a los hijos, especialmente por el valor del tiempo dedicado a la atención infantil y las políticas públicas disponibles.

En resumen, la demanda de los hijos se vincula directamente con las inversiones en capital humano y otras dimensiones de la llamada calidad de los niños con el crecimiento económico<sup>7</sup>. Este estudio proporciona un marco para analizar cómo las sociedades escapan de un equilibrio estacionario como lo propone el modelo Maltusiano y para emprender el camino hacia las economías desarrolladas, en las cuales los ingresos per cápita, el capital humano y el capital físico continúan creciendo, la fecundidad declina a niveles bastante bajos, y las mujeres casadas participan ampliamente en la fuerza de trabajo.

---

<sup>7</sup> El análisis maltusiano relaciona la fecundidad (y mortalidad) con la economía a través de los efectos en la población y oferta de trabajo. El modelo neoclásico de crecimiento hace hincapié en que el crecimiento poblacional afecta la relación de los factores de producción capital-trabajo y el creciente grado de capital. El análisis de cantidad-calidad retiene ambas fuerzas, pero también relaciona la fecundidad con la economía mediante la educación y otras variantes del capital humano de la fuerza de trabajo.



La importancia de la perspectiva económica se basó en el momento histórico en el que se expuso, el vínculo entre mortalidad, fecundidad e inversión en capital humano conlleva a que el crecimiento poblacional sea una variable importante a considerar en los modelos de desarrollo económico, cuando el desarrollo de los países era la preocupación mayúscula. En ese sentido tasas mayores de crecimiento de la población debido a menor mortalidad es probable que tengan un efecto diferente en el crecimiento económico que un mayor crecimiento poblacional debido a alta fecundidad, porque alientan las inversiones en capital humano y ayudan a estimular el crecimiento económico. Easterlin y Crimmins (1985, 189) señalan que el proceso de modernización y las políticas de modernización pueden afectar las variables de demanda, oferta y costos de regulación a través de la fecundidad y su control mediante: políticas de desarrollo económico, programas de modernización social y políticas de planificación familiar. Las dos primeras vía oferta y demanda y, por lo tanto, en la motivación para el uso de métodos anticonceptivos. Las políticas de planificación familiar sobre los costos de regulación.

La asignación de fondos entre políticas de desarrollo económico y programas de planificación familiar, proponen, debe ser a través de una combinación política óptima que dependa del grado de modernización, para los sectores que tengan una baja motivación para reproducirse, la prioridad se debería de dar a través de las políticas de desarrollo económico. Mientras que aquellas sociedades con una motivación positiva a la reproducción deberán dar prioridad a programas de planificación familiar, con métodos con bajo costo de regulación.

Coale (1977) presenta una actualización a la propuesta económica, con bases que se centran en la existencia de diferencias en la fecundidad y nupcialidad entre las sociedades pre y post modernas. Lo cual le permitió evidenciar que la reducción de la mortalidad no siempre antecede a la reducción de la fecundidad. Y por último que la fecundidad tiene un comportamiento diferenciado regionalmente a partir de las diferencias en el desarrollo económico.

Las consideraciones teóricas para estudiar la transición de alta a baja fecundidad desde una perspectiva de flujos intergeneracionales de riqueza se basan en la idea que la satisfacción económica es también una satisfacción social. Que los flujos de riqueza tienen un carácter comprensivo y variado, asignando una ventaja económica a tener hijos. Señala la existencia de dos tipos de sociedades desde el punto de vista demográfico: una en la que la fecundidad natural tiene ventajas económicas y otra en la que la fecundidad no tiene ventaja económica. El momento de inicio de una reducción en la fecundidad representa una inversión de los flujos intergeneracionales

de riqueza y las generaciones consideradas incluyen a todas las generaciones que forman parte de la familia.

Con los cambios mundiales, los efectos de la globalización aceleraron la transición demográfica, los sistemas de educación masiva obligatoria surgieron en etapas más tempranas del desarrollo económico, con ello el debilitamiento de los flujos de riqueza coincidió más de cerca con el debilitamiento de los sistemas de producción familiar, y hubo un acceso más fácil a la anticoncepción. Sin embargo, los sistemas patriarcales eran más resistentes a cambio.

Además de la crítica, Coale estableció tres precondiciones que define como necesarias para el descenso de la fecundidad a través del modelo RWA, que define la existencia de racionalidad (readiness), apertura (willingness) y disponibilidad (ability). Modelo que fue recuperado años más tarde por Lesthaeghe y Vanderhoeft (1999).

Por su parte Bongaarts (1978, p.108) con base en el trabajo de Davis y Blake (1956) presentó un modelo para analizar las relaciones entre las variables intermedias y el nivel de fecundidad. Considerando a los factores biológicos y de comportamiento como variables intermedias, y las restantes variables del modelo son los factores sociales, económicos, culturales y ambientales. La principal característica de la variable intermedia es su influencia directa sobre la fecundidad, si cambia una variable intermedia, se modifica la fecundidad, suponiendo que las demás variables intermedias se mantienen constantes. Entre las principales conclusiones Bongaarts señala que las variaciones en el matrimonio, la anticoncepción, la lactancia y el aborto inducido son las principales causas de las diferencias entre las poblaciones. Sus aportaciones más importantes se dan al incorporar elementos tanto de la teoría de la transición demográfica como de la modernización indicando que el desarrollo y sus componentes, entre ellos la educación, son elementos que aportan una perspectiva adicional al análisis del comportamiento de la fecundidad. Knodel, et al (1979) menciona en su estudio histórico de la fecundidad la existencia de una relación entre el comportamiento reproductivo de las personas y el desarrollo económico, señalando que dicha relación no es lineal y que la clave es el cambio cultural y el grado de libertad sobre su cuerpo de las mujeres. En ese mismo texto se reporta evidencia de que muchos nacimientos pre transicionales no eran deseados por la madre y que estas tenían pocas opciones disponibles para las mujeres que querían limitar la fecundidad. La fecundidad cae en el momento en el cual se difunde que es posible hacerlo y se muestran sus ventajas. Después continúa de manera inercial.

La caída en la fecundidad que en Europa se dio incluso a contra corriente de gobiernos pro natalistas, y la clave para el éxito en las campañas de control natal es legitimar esta estrategia. Knodel señala que, al ser las mujeres más receptivas, depende del grado de autonomía en sus decisiones que éstas pueden ejercer, y por esa razón los métodos anticonceptivos son diseñados para ellas.

Para 1980, McNicoll presenta el enfoque institucional como una contrapropuesta a la vasta perspectiva económica, identificando a los individuos como hombres administrativos e informados, que basan sus elecciones reproductivas en la información disponible, dependiendo de su entorno cultural y de las instituciones formales y no formales. Lo explica a través de un modelo que adecua la toma de decisiones, según los factores institucionales y su relación con los cambios en los ingresos y precios, y los cambios culturales. McNicoll señala que los cambios institucionales en sí mismos presentan retos en relación con las medidas empíricas de las formas y dinámicas institucionales.

Greenhalgh (1988) y Potter (1984) también aportan al enfoque institucional, proponen centrar la atención en los contextos social y económico, así como las instituciones que los configuran. La idea de oponerse a las teorías dominantes generó discusiones teóricas relevantes que Cleland y Wilson (1987, p.11) capitalizaron en el enfoque de la difusión que buscó explicar a través del cuestionamiento a las premisas planteadas por las otras perspectivas.

Las preguntas principales eran acerca de la “consciencia” con la que se tomaban decisiones de control natal, si el control era un ejercicio relacionado directamente con la demanda de hijos. Entre sus hallazgos se encuentra que la demanda de hijos no ha cambiado durante la etapa moderna, por lo que aseguran los cambios en la fecundidad son causados por factores fisiológicos y culturales, ligados a las ideas y las formas en que se difunden no solo la información o el acceso a las instituciones, sino las actitudes y conductas entre generaciones, clases y espacios.

Al mismo tiempo se propuso la existencia de la segunda transición demográfica en los países industrializados que implicaban modificaciones en los patrones de reproducción de las familias y en los arreglos de unión que condujo a índices de fecundidad por debajo de los niveles de reemplazo y al crecimiento negativo de algunos países.

Lesthaeghe (1989) y Van de Kaa (1987) encabezaron esta propuesta, caracterizando esas nuevas pautas familiares acompañadas por un cambio de valores, estructurales (cambios socio-económicos), culturales (legado cultural y sistema de valores) y tecnológicos.

## **2.2 El enfoque de derechos en la salud reproductiva.**

El enfoque de derechos humanos se puede entender como “... *un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos*” (ONU; 2006, p.15). Su estructuración permite identificar a los titulares de derechos (la ciudadanía), a los titulares de las obligaciones (los Estados), y las obligaciones establecidas en la legislación internacional. Lo que esta perspectiva propone es centrar la atención en las personas y en sus derechos, que conjuntamente garanticen vivir con seguridad cualquier parte del proceso sexual y/o reproductivo, sobre todo de manera informada y libre.

La definición de SSR y de los derechos ligados a esta, implican que las personas tengan la capacidad de reproducirse, minimizando riesgos; que puedan regular su fertilidad decidiendo libremente el tener hijos o no, el número y el momento; disfrutando de una sexualidad placentera y segura, sin riesgos para la salud.

Los conceptos de salud y de derechos sexuales y reproductivos formulados por las Naciones Unidas, con el bagaje normativo desarrollado a la par en los diversos organismos participantes de las reuniones y conferencias, son elementos claves para comprender la dirección que deben seguir las políticas públicas mexicanas y permite dimensionar el problema para su atención.

Como se mencionó en el apartado de antecedentes, el Estado mexicano, en la década de 1970 reconoció a nivel de derecho constitucional los derechos reproductivos y basó en este los programas nacionales de salud reproductiva, sin embargo, estos instrumentos de planeación se han desarrollado históricamente con un componente mayoritario de planificación familiar, lo que implica la disminución de los embarazos no planeados, a través de acciones de promoción, consejería, seguimiento de pacientes, así como el control de usuarias activas de algún método y anticoncepción post-evento obstétrico. (Quintanilla, et. al., 2002).

Ávalos (2013) señala que los derechos sexuales y reproductivos necesitan ser vincularlos con la noción de la justicia reproductiva que contempla a su vez la idea de justicia social y distributiva que tiene como base a los derechos económicos y sociales.

La justicia social se refiere a la necesidad de lograr un reparto equitativo de los bienes sociales. Mientras que la justicia distributiva se relaciona con el acceso a los satisfactores, su intercambio y

el registro que de ello queda; desde la perspectiva de los sujetos de la distribución, los objetos que se distribuyen y los mecanismos con los que se realiza (Dieterlen, 2015).

De este modo, el objeto de la justicia reproductiva es minimizar los desequilibrios de poder, que se originan a partir de distintas dinámicas propias de la humanidad, con el fin de generar garantías reales para que todas las personas gocen de los recursos sociales, políticos y económicos necesarios para tomar decisiones sobre su cuerpo, su sexualidad y su familia (Bergallo, 2011; Vitulia, 2017). Donabedian (1973), Mechanic (1979), Beck (1973), Adat y Andersen (1974) y Levesque et. al., (2013), citados por Gómez-Inclán y Durán Arenas (2017), evidencian diversas formas en que se relacionan la población titular de los derechos y los recursos con que cuentan los titulares de las obligaciones, con el acceso a los sistemas de salud. Haciendo diferencias entre los usuarios efectivos y los potenciales, sus preferencias de consumo en entornos culturales y sociales diversos y con perspectiva de género, la cual pone énfasis en el análisis de las construcciones culturales y sociales asignadas a mujeres y hombres y a la desigual valoración social que tienen estas funciones (Chávez, 2004).

Con base en lo anterior, se afirma que es condición necesaria que, para garantizar y ejercer los derechos sexuales y reproductivos, se tenga la cobertura completa de estos, con la inclusión de la perspectiva de justicia reproductiva y género para garantizar los cuatro elementos que Lamas (2017, p.13) considera indispensables para una maternidad voluntaria:

- educación sexual, dirigida con especificidad a distintas edades y niveles sociales,
- anticonceptivos seguros y baratos,
- aborto como último recurso,
- el rechazo a la esterilización forzada.

Planteamiento que se retoma dado el objetivo de esta investigación que es el indagar sobre las preferencias de uso de los métodos anticonceptivos entre las mujeres mexicanas en edad reproductiva y la relación que existe entre el uso y su deseo de espaciar y limitar los nacimientos de sus hijos, que con el entramado normativo vigente debería garantizar la posibilidad de elegir de manera libre, responsable e informada qué método anticonceptivo utilizar, de ser su deseo.

El uso de anticoncepción cumple con los principios de la bioética (Siurana, 2010) ya que contribuye al bienestar y la autonomía de las personas; protege el derecho a la vida y a la salud; apoya el derecho de mujeres y hombres a disfrutar de su sexualidad y reproducción y a decidir sobre la misma desde su derecho de autonomía, y de decidir sobre su reproducción.

Además, obedecen a los principios de beneficencia, no-maleficencia, equidad y justicia, autonomía y respeto por las personas, y también en la perspectiva de los derechos humanos establecidos por la Convención de las Naciones Unidas de 1968. Lo cual dota de elementos que podrían dotar de igualdad de oportunidades para todas las personas y al respeto a las diferentes posiciones que pueden tener las personas sobre la regulación de la fertilidad, así como a la libertad para decidir sobre el uso de métodos anticonceptivos.

El reporte “Decisión prohibida” de Human Rights Watch (2005) identificó tres obstáculos centrales que truncan el acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en Argentina:

- 1) la violencia doméstica y sexual,
- 2) la entrega de información incorrecta e inadecuada por parte del personal de salud pública,
- 3) y las restricciones económicas

Con la determinación de los factores sociodemográficos asociados a los métodos anticonceptivos con mayor prevalencia de uso y su correspondencia con el objetivo de uso, sea este espaciar o limitar la maternidad, se aportará información que mejore las condiciones de las mujeres usuarias en México, como la mandata la ley.

### **2.3 Los métodos anticonceptivos.**

Se conoce como método anticonceptivo a las sustancias, objetos o procedimientos que utilizan las personas para evitar un embarazo no deseado, espaciar los nacimientos de los hijos o limitarlos. Son una herramienta de la salud sexual y reproductiva. Hay diversos criterios que deben tomarse en cuenta para su diferenciación y utilización como lo son:

- Eficacia, entendida como la capacidad del método para evitar un embarazo. Se mide mediante el Índice de Pearl (IP)<sup>8</sup>, número de embarazos que se producirían cada 100 mujeres durante un año de uso. Los niveles de efectividad que calcularon Hobcraft y Little (1984) son:

---

<sup>8</sup> Introducido por Raymond Pearl en 1933.

**Cuadro 2. Niveles de efectividad de los métodos anticonceptivos.**

Método	Efectividad
Esterilización (femenina y masculina)	100%
DIU	95%
Inyecciones	90%
Píldoras	90%
Condón	80%
Ducha vaginal	60%
Ritmo	60%
Retiro	60%
Otros	60%

Fuente: Hobcraft y Little (1984)

- Seguridad, que es la capacidad del método para alterar positiva o negativamente la salud. La elección segura debe valorar el estado de salud del potencial usuario, las contraindicaciones e indicaciones de cada uno de los métodos.
- Reversibilidad. Posibilidad de recuperación de la capacidad reproductiva al interrumpir el uso, requisito que se recomienda como obligatorio en las poblaciones más jóvenes, bajo la perspectiva desarrollista.
- Facilidad/complejidad de uso, que está relacionada con factores no dependientes del método en sí, tales como nivel educacional, madurez psíquica, conocimiento del cuerpo y habilidades manuales.
- Costos, que permitirán determinar la asequibilidad del método.

La guía Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos (OMS, 2005) ofrece un asesoramiento sobre cómo usar el método anticonceptivo elegido de una forma segura y eficaz según las necesidades de los usuarios. Por lo tanto, la indicación y uso de un método debe contemplar los criterios médicos (OPS, 2009) dependientes del usuario:

- Edad: valorar el grado de maduración biológica, ya que es uno de los factores de los que depende la recomendación óptima, por ejemplo, la anticoncepción hormonal puede instaurarse tras la menarquia.
- Grado de maduración psicológica: condiciona la motivación, aceptabilidad, el cumplimiento, control y seguimiento del método.

- Actividad sexual: conocer si existen o no prácticas coitales, edad de inicio de estas, frecuencia, estabilidad de la pareja, participación de esta en la anticoncepción y número de parejas sexuales.
- Aceptabilidad: el método debe ser compatible con las creencias, valores y normas de conducta del usuario. Si existen conflictos, la aceptabilidad y el uso adecuado no estarían garantizados.
- Nivel de ingresos o estrato socioeconómico: Se debe relacionar el precio del anticonceptivo con otros gastos habituales, y las preferencias de consumo de los individuos.
- Entorno familiar y social: pueden ser facilitadores o restrictivos del uso de los anticonceptivos.

La Norma Oficial Mexicana de los servicios de la planificación familiar (DOF, 1994) define a los métodos anticonceptivos como aquellos que se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en naturales o tradicionales, temporales y permanentes.

Los métodos naturales o de abstinencia periódica, se utilizan para controlar su capacidad reproductiva, se basan en el conocimiento de los eventos fisiológicos que ocurren durante un ciclo menstrual normal.

Entre los anticonceptivos temporales se encuentran los hormonales orales, hormonales subdérmicos, el dispositivo intrauterino, los métodos de barrera y espermicidas e incluso los métodos de emergencia. Estos métodos interfieren la fecundación de manera mecánica o química. Los métodos permanentes son los que implican una intervención quirúrgica y limitan completamente la reproducción.

### **2.3.1 Métodos tradicionales.**

El control de la fecundidad ha sido una de las preocupaciones de las personas desde la antigüedad, algunos autores (Martos, 2009; Sanyo, 2015; DOF, 1994) han evidenciado la historia de la anticoncepción se inició hace 6 millones de años, con la aparición de métodos anticonceptivos



tradicionales. La abstinencia, en general y durante el ciclo menstrual, ha sido practicada a través del tiempo, es el método más eficaz para prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.

Dentro de los métodos naturales o tradicionales (Peláez, 2016; IPPF, 2008; Potter, 2015) se encuentran el método de temperatura basal, que valora la diferencia de la temperatura corporal que se registra al momento de la ovulación, que es de 0.2 a 0.4 grados de diferencia. El coito interrumpido es probablemente la forma más antigua de control de natalidad todavía practicado. El método del moco cervical o de Billings, requiere observación y capacidad de la mujer para diferenciar las características del moco cervical, durante todo el ciclo y la etapa de ovulación. El método de lactancia y amenorrea (MELA), sólo es posible llevarlo en los primeros meses de la lactancia. Los métodos tradicionales son poco eficaces, según Hobcraft y Little (1984) se acercan al 60%.

### **2.3.2 La anticoncepción química.**

Con el paso del tiempo, el crecimiento de las poblaciones y el conocimiento adquirido, el desarrollo y uso de los métodos cambió hacia la anticoncepción química, con el uso de frutos, jaleas y pastas que modificaban la acidez o alcalinidad para evitar la concepción. Existe evidencia de que a partir del año 1600 fueron utilizadas las duchas vaginales como anticonceptivos.

Hay indicios del uso de objetos naturales como semillas o minerales cuyo fin era evitar el embarazo. En 1885 Walter Rendel desarrollo supositorios vaginales a base manteca de cacao y sulfato de quinina como espermicidas. Para 1906, Friedrich Merz desarrolló la primera jalea, llamada Patentex. En las décadas siguientes la investigación y desarrollo de espermaticidas fue logrando mejoras en la eficacia.

### **2.3.3 Los dispositivos intrauterinos.**

Se remontan al siglo IV a.c. con Hipócrates, quien descubrió el efecto anticonceptivo que generaba la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero. La anticoncepción intrauterina moderna aconteció en 1928 con un dispositivo basado en un lazo de hilo de seda desarrollado por Richter. Un año más tarde Grafenberg añadió un hilo de una aleación de plata y cobre. Ota, en 1934, propuso un dispositivo plástico, Ishihama (1959) hizo mejoras y en 1960 Margulies presentó el dispositivo

en forma de T y hacia 1967 apareció la T de cobre. Todos estos dispositivos tenían por objeto evitar la implantación del óvulo fecundado.

En 1970 se agregaron esteroides, concretamente Progesterona a la rama horizontal de la T, lo cual provocaba efectos anticonceptivos similares que disminuían los efectos secundarios más frecuentes como la dismenorrea y el aumento del sangrado menstrual. Con una efectividad estimada de 95% (Hobcraft y Little, 1984).

#### **2.3.4 La anticoncepción hormonal.**

La anticoncepción hormonal está dada por métodos basados en el uso de hormonas (estrógenos y/o progesterona). Estas hormonas impiden que se desarrolle la ovulación en la mujer, alteran el estado natural del cérvix y del endometrio, con el objetivo de impedir que se llegue a realizar la fecundación (en el caso improbable de que hubiese habido ovulación). Modifican el estado natural de la vagina, contribuyendo a que no se logre la implantación del óvulo. La efectividad de este tipo de métodos es de 90% (Hatcher, et. al. 2009, p. 117).

#### **2.3.5 Las combinaciones hormonales y las vías de administración son diversas.**

Por su alta eficacia anticonceptiva y sus efectos beneficiosos no anticonceptivos, los anticonceptivos orales se incluyeron dentro de los métodos de elección. Los anticonceptivos orales (Hatcher, et. al. 2009, p.181) se dividen en dos grupos, los combinados de estrógenos<sup>9</sup> y progestina<sup>10</sup> y los que solo contienen progestina.

Hay métodos hormonales inyectables, son métodos temporales de larga duración y se dividen en dos grupos, los combinados de estrógenos y progestina y los que solo contienen progestina.

Lo subdérmicos: es un método temporal de acción prolongada, que se inserta bajo la piel y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética y no contiene estrógeno.

---

<sup>9</sup> Estrogenos, son hormonas sexuales esteroideas, principalmente femeninas, que se producen en los ovarios y en las glándulas suprarrenales. Son las responsables del desarrollo de las características sexuales secundarias femeninas

<sup>10</sup> Progestina, sustancia sintética que tiene algunos de los efectos biológicos de la progesterona, que es una hormona femenina, se encarga de engrosar y mantener sujeto al endometrio en el útero.

El implante anticonceptivo fue desarrollado por Sheldon Segal, en 1965, junto con Horacio Croxatto. Ambos médicos del Consejo de Población (ONU) trabajaron tanto en la composición como en la estructura de la cápsula de silicón.

En 1974, diversos estudios multinacionales comparativos probaron diferentes dosis en 1,100 voluntarias, obteniendo información sobre la eficacia, duración y efectos secundarios, encontrando que el levonorgestrel (LNG) era el progestágeno más eficaz y que tenía menos efectos secundarios. En 1977 fue elegido para la formulación del implante y en 1979 se registró como marca para desarrollar el implante Norplant. El cual fue aceptado por la comunidad internacional y muy usado. Es un método altamente efectivo. La tasa de embarazo es menor al año de uso, que la tasa de embarazo en las usuarias de anticonceptivos orales, inyectables y otros métodos (Montenegro-Pereira, 2005).

El parche anticonceptivo (Hatcher, et. al. 2009, p.271) libera hormonas femeninas idénticas a la píldora anticonceptiva (etonogestrel y etinilestradiol) en dosis bajas, inhibiendo la ovulación y haciendo más espeso el moco del cuello del útero. Se adhiere a piel en el sitio de preferencia, excepto en las mamas desde el primer día del sangrado menstrual y se cambia semanalmente durante 3 semanas. Su efectividad es del 99%.

Anillo vaginal (Hatcher, et. al. 2009, p.282) es un método anticonceptivo hormonal de larga duración que consiste en un anillo de plástico flexible de unos 5 centímetros de diámetro que, colocado en la vagina, libera hormonas femeninas idénticas a la píldora anticonceptiva (etonogestrel y etinilestradiol) en dosis bajas y constantes y que, absorbidas por la mucosa de la vagina, impiden la ovulación. Su eficacia, similar a la píldora anticonceptiva, es del 99,7%<sup>11</sup>.

### **2.3.6 Los métodos de barrera.**

Son anticonceptivos que evitan la llegada de los espermatozoides al óvulo de forma física. Los más conocidos y utilizados históricamente son los condones masculinos que tienen forma de funda y se coloca alrededor del pene. Desde el antiguo Egipto se utilizaban protectores para el pene, en el siglo XVI se recomienda el uso de fundas de lino y para el siglo XVIII intestinos animales. Para 1843 se vulcanizó el caucho, goma y para 1930 fue desarrollado el látex. La última tecnología más

---

<sup>11</sup> Esta eficiencia se calcula a partir de los avances tecnológicos, y difiere de la propuesta de Hobcraft y Little (1984).

avanzada ha generado preservativos de poliuretano. Se ha demostrado que el condón masculino es el único método anticonceptivo que protege contra la transmisión de casi todas las enfermedades de transmisión sexual.

Existen también condones femeninos, similares a los masculinos, pero con un anillo rígido ancho para evitar que resbale por el orificio vaginal. Fueron desarrollados desde principios del siglo XX y fue hasta 1990 que la investigación y desarrollo en torno a ellos llevó a su mayor utilización.

El diafragma (Hatcher, et. al. 2009, p.117) fue diseñado en 1882, es un capuchón de goma que se coloca en la vagina y obstruye el orificio del cuello del útero, evitando así el paso de los espermatozoides. Se dice que la introducción del diafragma en la Inglaterra victoriana contribuyó a la emancipación de las mujeres, que les permite controlar su propia fertilidad por primera vez. Consistió en el antecedente de los condones femeninos y el anillo vaginal.

La esponja vaginal es una espuma de poliuretano que se coloca en la entrada del cérvix y que absorbe el semen y libera espermicida.

La eficacia anticonceptiva de los métodos de barrera es cuestionable, pudiera ser alta si se usan sistemática y correctamente en cada acto sexual. Sin embargo, la evidencia señala que su uso no siempre es sistemático y correcto, se denomina uso “típico”, y se asocia a tasas de embarazo que se incrementan 4 veces respecto al ideal, por lo que se convierte en un método poco eficaz, según la clasificación de Hobcraft y Little (1984) es de 80%. (Peláez, 2011; IPPF, 2008; Rodríguez, 2015; López, 2014).

### **2.3.7 Los métodos definitivos.**

Son irreversibles con eficacia del 100%. La obstrucción tubaria bilateral (OTB) se inicia en 1880 cuando Lungren realizó el primer procedimiento de esterilización tubaria. Aunque hay evidencia de esta práctica desde 1775, la vasectomía se inicia en 1930 con Sharp. Ambos procedimientos consisten en el bloqueo quirúrgico de los conductos que permiten a los óvulos o a los espermatozoides salir de su almacenamiento (Hatcher, et. al. 2009, p. 361).

### **2.3.8 Métodos anticonceptivos de emergencia.**

El método de anticonceptivo de emergencia (Hatcher, et. al. 2009, p. 87) también conocido como la pastilla del día siguiente, se refiere al uso de anticonceptivos para prevenir el embarazo después de un acto sexual sin protección. Es un método hormonal oral con una alta dosis hormonal que inhibe la ovulación y la fecundación. En general, la píldora del día después evita el embarazo si se toma antes de que transcurran 72 horas de haber mantenido relaciones sexuales sin protección. Sobre todo, tiene una eficacia muy elevada si se toma dentro de las 12 horas post-relación sexual. Aunque puede producir más efectos secundarios que el resto de anticonceptivos, como náuseas, vómitos, dolor de cabeza o alteraciones de la menstruación posterior (FIGO, 2012).

### **2.3.9 Los métodos de larga duración.**

Juárez y Gayet (2018) señalan el énfasis que la literatura internacional realiza en torno a la diversificación que debe existir en torno a la provisión de métodos modernos de anticoncepción. Mencionan que la elección del método a usar debería ser *“acorde a la edad de la mujer, sus deseos reproductivos y su situación de pareja”*, lo cual genere escenarios diferenciados a lo largo de la vida. Lo cual permite señalar que no es correcto emplear el mismo método para todas las mujeres, ni siquiera para aquellas de un mismo grupo de edad o de una condición de unión específica porque las razones de elección deberían ser a través de la combinación de factores expuestos anteriormente.

En México, el método reportado como el más usado por las mujeres en edad reproductiva es la OTB, que se trata de un método definitivo y se utiliza para limitar los nacimientos (Juárez y Gayet, 2018). Darroch y Singh (2013) señalan que, contrario a lo que sucede en México, en otras partes del mundo la tendencia del uso de este método es decreciente. Entre las mujeres más jóvenes el método más usado es el condón masculino, a pesar de su poca eficacia y el riesgo que implica contraviniendo a los planes reproductivos de los más jóvenes, ya que es el método más fácil de obtener (en farmacias o tiendas departamentales).

El incremento de embarazos no deseados que terminan en aborto, sobre todo en sociedades donde las legislaciones son muy restrictivas y donde las políticas de planificación familiar no son

adecuadas, puede revertirse a través de la tecnología anticonceptiva que no está basada en la toma diaria del anticonceptivo, o su uso por encuentro sexual, y que a la vez tengan una alta eficacia.

Los anticonceptivos reversibles de larga duración, conocidos como ARLD, son métodos con la más alta efectividad, entre ellos se encuentran el DIU y el implante anticonceptivo (ACOG, 2011).

Representan características que generan ventajas para las usuarias, que los llevan a ser considerados como una metodología moderna, eficaz y útil para usuarias de cualquier edad, cuya mayor ventaja es la no dependencia de la efectividad a la adherencia o del uso perfecto por parte de la usuaria.

En el caso de los grupos de edad más jóvenes, diversos estudios para los Estados Unidos de América y otros países, muestran que los dispositivos ARAP constituyen primera línea métodos anticonceptivos para los adolescentes. Una desventaja de estos métodos son su alto costo, respecto a los de barrera, sin embargo, para el caso de México esto no sería un inconveniente ya que los métodos anticonceptivos son provistos de forma gratuita en el país.

#### **2.4 La planificación familiar en México.**

En el año 1936 se promulgó la primera Ley General de Población que explícitamente abordaba la situación poblacional en México, en la cual se reconocían problemas demográficos fundamentales como la necesidad de incrementar el volumen de la población con una “racional” distribución dentro del territorio, fusionando etnias y promoviendo el mestizaje con una abierta aceptación a los extranjeros, en resumen generar “*la protección general, conservación y mejoramiento de la especie*” según las limitaciones y mediante los procedimientos que señala dicha ley (DOF, 1936).

La intención de esta Ley era totalmente poblacionista, buscaba incentivar el crecimiento natural de la población nacional, incrementando la tasa de natalidad y mejorando las condiciones de salud, alimentación de los infantes, promoviendo la higiene y promoviendo la economía desde su visión de subsistencia.

El entorno internacional provocado por la segunda guerra mundial, la institucionalización del país, principalmente en torno al trabajo y su protección, y los acuerdos laborales pactados con el gobierno de Estados Unidos de América, sentaron las bases para la Ley General de Población de 1947 (DOF, 1947). La cual no sufrió cambios significativos respecto a la ley anterior, sin embargo, actualizó las condiciones de protección y bienestar de los trabajadores y sus familias. Cabe destacar

que la población económicamente activa representaba 42% de la población, es decir, personas en edad de trabajar, dispuestas a hacerlo.

Con la institución de la seguridad social y la cobertura en salud asociada a esta, la tasa de mortalidad disminuyó considerablemente, las familias eran cada vez más numerosas, es decir tenían las tasas de fecundidad más elevadas que se hayan presentado en el país.

Para el año 1974 la población había crecido más de 2 veces, respecto a la población existente cuando se promulgó la ley previa. Entre 1960 y 1970 se alcanzó la mayor tasa de crecimiento de la población, la población se volvió mayoritariamente urbana. Comenzaba a observarse un crecimiento acelerado (no siempre ordenado) de las ciudades, y la población demandaba servicios básicos como salud, educación, vivienda, alimentación, empleo, seguridad social, entre otros.

En 1967, surgió el Programa de Investigación de Regulación de la Fertilidad, en algunas unidades médicas del IMSS en el Distrito Federal, el cual tenía por objeto poner a disposición de las parejas afiliadas al Instituto la información y los adelantos científicos y tecnológicos que les permitan planificar su familia, de manera libre y voluntaria.

Para el año 1972, impulsado desde la agenda de la señora Echeverría, la Secretaría de Salud incluyó en el programa para el mejoramiento de la salud de la madre y el niño, la planificación familiar y paternidad responsable.

A diferencia de lo que se requirió entorno a la disminución de la mortalidad y la importancia que tuvo el acceso a los servicios de salud ligados a la seguridad social, el programa de planificación fue diseñado e implementado con fines universales, es decir nadie requería ser derechohabiente de una institución para poder acceder a los métodos anticonceptivos.

El entorno internacional marcaba nuevas tendencias para controlar la natalidad, sobre todo en América Latina, y promover la planificación familiar. La institucionalización de la investigación en el área sociodemográfica en diferentes centros académicos del país contribuyó a generar un ambiente de sensibilización en los medios políticos sobre la problemática poblacional y sus efectos en el desarrollo (Urquidí 1967, 1973). Esto, con el panorama experimentado en el país llevó al gobierno federal a tomar decisiones en torno al objetivo que debía seguirse para tratar de frenar el acelerado crecimiento, contrario a la posición que habían generado las leyes anteriores.

Esta posición era criticada por algunos académicos, Benítez (1961) y Loyo (1963) se decantaban por promover el crecimiento económico y una redistribución eficiente de los recursos disponibles, en vez de asumir que la fecundidad pudiera reducir a través de métodos anticonceptivos al existir

una demanda latente de las mujeres de distintos estratos sociales –incluyendo las de estratos más bajos- por familias más pequeñas.

La Ley General de Población de 1974 (DOF, 1974) tuvo por objetivo “*regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social...*”. La política cambió de sentido, en esta oportunidad se tornó restrictiva, los niveles de fecundidad buscaban reducirse a través de programas de planeación familiar, con intervenciones a través de los sistemas educativos, de salud pública, y promoviendo la integración de la mujer en los entornos educativo y económico, principalmente.

El artículo quinto de la ley señala la creación del CONAPO con el fin de “encargarse de la observancia, cumplimiento de los objetivos, la planeación demográfica del país con objeto de incluir a la población en los programas de desarrollo económico y social”. Una vez establecido el fundamento jurídico, en 1977, con el Programa Nacional de Planificación Familiar se establecieron metas de crecimiento demográfico de 3.2% en 1976 a 2.5% en 1982; para alcanzar 1.9% en 1988, 1.3% en 1994, y 1% en el año 2000. Para alcanzarlas era necesario incrementar el uso activo de métodos anticonceptivos.

Los programas de planificación familiar entonces eran tanto organizativos como programáticos, ya que debían coordinar a las instituciones del sector salud a nivel federal y también coordinar a los programas de planificación familiar que desarrollan las instituciones de salud de las entidades federativas, con todas las implicaciones logísticas y políticas que eso significaba. Adicional a ello la Secretaría de Salud llevó a cabo un programa de salud materno-infantil y otro de planificación familiar en las áreas rurales, de esta manera garantizaba que las madres tuvieran un acceso efectivo a los métodos anticonceptivos y se acortaban las brechas entre la población urbana y la rural.

La coordinación intersecretarial tuvo el efecto esperado, el porcentaje de mujeres en edad reproductiva, unidas, usuarias de métodos anticonceptivos modernos se incrementó. Pasó de 23.1% en 1976 (EMF), al 41.5% en 1982 (END). Es decir, el aumento fue de 79.6% en el uso de anticonceptivos, con un incremento medio anual de 13.27%. La fecundidad descendió 25%, principalmente entre las mujeres con menor instrucción escolar y a las tasas de esterilización tan altas (Pullum, Casterline y Juárez,1985). Naturalmente esto tuvo repercusiones en la tasa de crecimiento natural de la población, la cual pasó de 3.2% en 1976 a 2.4% en 1982, incluso por debajo de la meta prevista.



En 1982 se descentralizó la política de población, definiendo Programas Estatales de Población integrados al Programa Nacional de Población 1983-1988, que preveía que al final del periodo 38% de las usuarias activas estuvieran esterilizadas, 31% utilizaran métodos hormonales y 14% DIU (Zavala, 1990). El CONAPO estableció convenios con los Comités Estatales de Planificación del Desarrollo (Coplades), programa de desarrollo imperante en la época, y se crearon los Consejos Estatales de Población (Coespos).

Los datos de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987, la cual señalaba que la proporción de usuarias de anticonceptivos era de 53% del total de mujeres unidas en edades fértiles, 33% en las zonas rurales, 59% en las áreas urbanas y 65% en las metropolitanas. Los métodos eran proporcionados mayormente por los servicios públicos de salud (62%).

En dicho periodo 1982-1987, la proporción de usuarias aumentó solo 4.4% porque probablemente las acciones de la planificación familiar no fueron tan intensas como cuando se pusieron en marcha por primera vez.

Existieron también los Programas de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (DOF, 1996) y de Acción: Salud Reproductiva 2001-2006 (SS, 2001). Los programas de los sexenios siguientes (2007-2012 y 2013-2018) comparten la idea de que existe desarticulación entre las instituciones que conforman el sistema nacional de salud; la insuficiente difusión de los beneficios de la planificación familiar y la anticoncepción; la deficiente oferta de servicios y abasto parcial de métodos anticonceptivos; así como la existencia de personal con deficiencias técnico-administrativas para la prestación de los servicios, y el rezago en población urbano-marginada, rural e indígena e inadecuados servicios de salud sexual y reproductiva que no responden a las necesidades del adolescente (para lo cual, en 2007 se desarrolló un programa de Acción de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescente).

El nuevo milenio trajo consigo cambios culturales y en el comportamiento sexual y reproductivo de las mujeres. La disolución de uniones ha aumentado, la edad de unión formal se ha pospuesto ligeramente en las mujeres, sin embargo, la edad para tener hijos sin formalizar la unión sigue muy concentrada en edades tempranas. El Gobierno Federal de 2000-2006, desarrolló estrategias para mejorar las condiciones de vida y salud de la población, específicamente las políticas para mejorar la atención de la población adolescente. Juárez et. al. señala que el Programa de Acción de Salud Reproductiva 2001-2006 *“planteó asegurar los derechos de los individuos en relación con tres*

*aspectos: información sobre salud reproductiva, respeto por los derechos sexuales y reproductivos y servicios de alta calidad” (2010, 21).*

El objetivo de la política de 2001 fue “*contribuir a que la población mexicana disfrute de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, mediante servicios de calidad en planificación familiar y anticoncepción, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión”* (SS, 2001). Lo cual, consideran los autores, resultaba positivo de inicio debido a que el Programa identificó explícitamente las necesidades diferenciadas de los distintos grupos de población. Sin embargo, esto ocurrió en un entorno de descentralización de los servicios de salud y de educación, por lo que la provisión de ambos servicios dependía de la voluntad y la posición política de cada entidad federativa. Esta situación también se veía influenciada por la capacitación en temas de salud reproductiva de los profesores y su disposición para hablar de esos temas, considerados para entonces un tabú.

Con datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva-2003, Rojas y Castrejón (2011) señalan una edad media a la primera relación sexual de 18.4 años, señalando diferencias por estrato socioeconómico, tipo de localidad de residencia y condición de habla de lengua indígena. Por su parte Gayet y Gutiérrez (2014) muestran que existe un ligero adelantamiento en el calendario de la transición a la vida sexual, establecen el inicio sexual temprano antes de los 16 años, ya que ha demostrado que 25% de la población entre los 16 y 17 años ya ha tenido su primera relación sexual. Con base en la ENADID 2014, el informe de la situación de la salud sexual y reproductiva (CONAPO, 2016) señala que la edad mediana a la primera relación sexual en el país es de 18.4 años. 16.5% de las adolescentes de entre 15 y 19 años, 46.3% de las jóvenes de 20 a 24 años y 62.1% de las mujeres de entre 25 y 29 años son sexualmente activas.

La misma encuesta muestra que de los nacimientos ocurridos entre 2011-2013, siete de cada 10 se dieron entre las mujeres de 15 a 29 años de edad. Uno de cada seis fue de una adolescente de 15 a 19 años de edad. Por su parte, la Encuesta Intercensal (INEGI, 2015) señala que 7.8% de las mujeres entre 12 y 19 años tienen al menos un hijo, mientras que las mujeres de 20 a 24 años que han sido madres alcanzan el 46.3%. Por su parte, 67.3% de las mujeres que tienen entre 25 y 29 años han tenido también, al menos un hijo. Zúñiga (2000), Menkes y Suárez (2004), Juárez y Valencia, (2010), entre otros han estudiado ampliamente la prevalencia de los embarazos no deseados, Juárez et al (2013, p.19) señalan que el 55% del total de los embarazos no son planeados. El número de mujeres, especialmente jóvenes, que no utilizan ningún método de prevención de

embarazo, a pesar de que cuentan con diversos conocimientos de los métodos y desean limitar o espaciar su descendencia, se ha incrementado (Juárez y Valencia, 2010), y en muchos casos, el anticonceptivo que usan no es confiable, como los métodos tradicionales. El porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos guarda una relación directa con la edad, es decir, se incrementa el uso conforme las mujeres tienen mayor edad,

Con base en la teoría de la transición demográfica, se puede afirmar que la sociedad mexicana se encuentra en una etapa avanzada, la particularidad del caso mexicano es que la reproducción se concentra en las edades jóvenes. Muchas de ellas unidas o con hijos nacidos vivos previamente. El embarazo en soltería es común y puede terminar en un nacimiento en la misma condición de unión, en una unión formal o consensuada e incluso en un aborto.

La política de planificación familiar no solo es insuficiente, sino que funcionan mal, se perdió la voluntad política de cumplir con el derecho a la fecundidad (facilitando el acceso a la diversidad de necesidades), ya que se concentraron los recursos en las mujeres unidas y mayores, siendo el principal objetivo el de limitar.

Con base en Gayet y Juárez (2016), la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil, se presenta una brecha significativa por grupo de edad, siendo nuevamente las jóvenes las más vulnerables. Las mujeres sexualmente activas, independientemente de su condición marital, tienen una demanda insatisfecha de 12.2% (6.4% para limitar y 5.8 para espaciar).

Esto ha llevado a que los embarazos no deseados, sobre todo en mujeres jóvenes y solteras, deriven en abortos, en el mejor de los casos seguros. Sin embargo, con la legislación existente en el país, y la diferenciación de las causales para la interrupción legal del embarazo, hay aún muchos que son inseguros y exponen a las mujeres a riesgos que podrían ser prevenibles. Algunas cifras del Sistema de Información de Interrupción Legal del Embarazo de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (Sedesa, 2017) señalan que, entre 2007 y 2017, las usuarias atendidas eran mayoritariamente solteras (53.3%), 0.7% pertenecían al grupo de edad de 11 a 14 años, 4.9% tenían entre 15 y 17 años, 47.1% correspondían al grupo de 18 a 24 años y la proporción reduce a 22.6% para mujeres de 25 a 29 años. Lo anterior indica que 3 de cada 4 mujeres que acudieron a los servicios de ILE son adolescentes o jóvenes.

En la revisión bibliográfica realizada se pudo observar que el tema que aquí se presenta fue ampliamente explorado en las décadas de 1970 a finales de los 90, sin embargo, en el pasado

reciente y en la actualidad poco se ha trabajado, por lo cual se considera necesario volver a ponerlo en la agenda, ya que las características y estructura de la población mexicana han cambiado, al igual que lo han hecho las edades de entrada en unión, las conformaciones y características de las familias, las preferencias reproductivas y otros aspectos culturales y económicos.

Aunque en México, el uso de métodos anticonceptivos es masivo y los programas de planificación surgieron hace más de 40 años, se considera necesario analizar las preferencias de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres mexicanas en edad reproductiva, cual es el lugar donde los obtienen, y la coincidencia existente entre los métodos usados y los deseos reproductivos de las mujeres, según su condición de unión, sean unidas o solteras. A su vez determinar si existen factores demográficos asociados al uso de los métodos anticonceptivos y establecer si existe correspondencia entre las intenciones procreativas de las usuarias y el método utilizado, para así evaluar la pertinencia de las políticas existentes.

### **3. Metodología.**

Este capítulo describe la estrategia metodológica seguida para lograr el objetivo de la presente investigación. En la primera sección se describe la encuesta que sirvió como fuente de información, y se presentan las variables seleccionadas para el análisis del patrón de uso de métodos anticonceptivos, así como una descripción de los conceptos de deseos reproductivos futuros, detallando la operacionalización de éstas. En la segunda sección, se describe el uso de regresiones bivariadas logísticas que exploran la asociación de las variables independientes con las variables dependientes definidas para explorar las variables asociadas al método más usado por las mujeres unidas y el método más usado por las solteras.

#### **3.1 Fuente de información.**

La fuente de información a utilizar es la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, cuyo propósito es captar información sobre los niveles y comportamiento de los componentes de la dinámica demográfica: fecundidad, mortalidad y migración –tanto interna como internacional- (INEGI, 2015a, p.5) atendiendo con profundidad simultáneamente estos tres componentes de la evolución poblacional y una amplia gama de factores condicionantes. En México se han levantado las Encuestas Nacionales de la Dinámica demográfica para los años 1992, 1997, 2006, 2009 y 2014. En este estudio se utiliza la encuesta más reciente, de 2014.

El diseño muestral de esta encuesta es probabilístico, estratificado, unietápico y por conglomerados, donde las unidades de observación están constituidas por la vivienda particular habitada, el residente habitual, el hogar, los migrantes internacionales y las mujeres elegibles para contestar el módulo de la mujer, entendiendo por ellas a las residentes habituales de la vivienda que tienen entre 15 y 54 años al momento de la entrevista.

La información fue recolectada a través de entrevistas directas, por medio de un cuestionario para el hogar y un módulo para la mujer, realizadas a los residentes habituales de la vivienda, mayores de 15 años, que conocían la información solicitada de todos los integrantes del hogar seleccionado, especialmente de las mujeres de entre 15 y 54 años de edad que también son residentes habituales de la vivienda (INEGI, 2015a, p.6). El cuestionario para el hogar se divide en cuatro secciones y 66 preguntas, mientras que el módulo para la mujer consta de seis secciones y 137 preguntas.

El cuestionario para el hogar proporciona información sobre la infraestructura de las viviendas, la composición de los hogares, las características sociodemográficas de sus ocupantes y de los migrantes internacionales. Mientras que el cuestionario de la mujer incluye aquellas variables que permiten captar información sobre fecundidad, la historia de embarazos, certificado y registro de nacimientos y defunciones; preferencias reproductivas y de anticoncepción; salud materno infantil del último embarazo, y nupcialidad (INEGI, 2015a, p.15).

Para efectos de esta investigación, la ENADID 2014 (INEGI, 2015a) es la fuente de información adecuada para el estudio de la anticoncepción y la más reciente disponible a nivel nacional. Ésta contiene información socio demográfica tales como edad, estado civil, escolaridad entre otras. Incluye información detallada sobre anticoncepción (métodos modernos, y tradicionales), tales como conocimiento de métodos, uso pasado, uso actual o abandono de los mismos, así como del último o penúltimo y primer método anticonceptivo usado, entre otros. Además, la encuesta incluye información sobre la fecundidad de las mujeres, número ideal de hijos y sus preferencias reproductivas futuras y razones de no uso de anticonceptivos entre otros.

### **3.2 Diseño de investigación.**

Se realizó un diseño de corte transversal, a partir de observaciones individuales que permiten desarrollar un análisis demográfico que usa los indicadores sobre anticoncepción e incluye además otra parte estadística. La intención de este diseño es observar las características de la población objetivo en un momento dado de tiempo.

### **3.3 El universo de estudio y la operacionalización de variables y construcción.**

El tamaño total de la muestra de las mujeres de entre 15 y 54 años de la ENADID 2014 es de 98,711. Sin embargo, el análisis de esta investigación se enfocará a las mujeres 15-49 años (N=89,916 casos) que son actualmente unidas (N=52,952) y a las solteras sexualmente activas (N=4,849), que corresponden a un total de mujeres de 57,900 (ver cuadro 3).

Se definió para este estudio a las mujeres actualmente unidas como aquellas que están casadas formalmente o que están en unión consensual; y como solteras a aquellas que nunca se han casado o unido y que declararon ser sexualmente activas en los últimos 3 meses antes de la fecha de la

entrevista. Sin embargo, dado que nuestro interés es el estudio de las mujeres unidas y solteras que usan actualmente un método anticonceptivo y que no están actualmente embarazadas, el número de casos a investigar en la encuesta son 41,356 mujeres (N=38,283 casadas y N= 3,073 solteras sexualmente activas en los tres últimos meses antes de la fecha de la entrevista). Como se observa en el cuadro 3, la población que no se considera en el estudio son las mujeres previamente usuarias de algún método o las nunca usuarias. El análisis utiliza el factor de ponderación de la muestra, pero des expandido.

**Cuadro 3. Población en estudio, ENADID 2014.**

<b>Mujeres entre 15-49 años</b>	<b>% Actualmente usuaria de métodos anticonceptivos</b>	<b>% Previa usuaria de métodos anticonceptivos</b>	<b>% Nunca usuaria de métodos anticonceptivos</b>	<b>Total (%)</b>	<b>Total (N)</b>
Total de mujeres	52	15	33	100	89,916
<i><b>Población en estudio</b></i>					
Mujeres actualmente unidas (formal o consensual)	<b>72</b> (N=38,283)	14	14	100	52,952
Mujeres solteras (nunca unidas) sexualmente activa en los últimos 3 meses	<b>63</b> (N=3,073)	23	14	100	4,849

Fuente: Elaboración propia a partir de ENADID 2014.

A continuación, el cuadro 4 muestra las variables a utilizar en el análisis.

**Cuadro 4. Variables por tipo, escala y descripción.**

<b>Elemento de análisis</b>	<b>Variable en el cuestionario (número de pregunta)</b>	<b>Escala utilizada</b>	<b>Descripción</b>
Edad	5.2 Edad (15 a 54 años)	Grupos quinquenales	Años cumplidos que tienen las mujeres encuestadas.
Lugar de residencia	TLOC Tamaño de localidad	1 Urbano (2,500 habitantes y más) 2 Rural (Menos de 2,500 habitantes)	Explica el tamaño de la localidad donde residen las mujeres encuestadas.
Escolaridad	3.16 Nivel y grado de escolaridad.	1 0 a 6 años 2 7 a 9 años 3 10 o más años	Años de asistencia escolar aprobados. Se combinó el grado escolar (preescolar, primaria, etc.) con los años aprobados en cada nivel para obtener el número de años cursado.
Condición de unión	10.1 Situación conyugal. En el grupo de unidas se agregaron las (1) que viven en unión libre y las (7) que son casadas. Para el grupo de exunidas se adicionó a las mujeres (2 y 3) separadas de una unión libre o de un matrimonio, las (4) divorciadas y las (5,6) viudas de una unión libre o de un matrimonio. Y el tercer grupo son las solteras (8).	1 Unida 2 Ex unidas 3 Soltera	Situación conyugal de las mujeres al momento de la encuesta.
Condición de uso actual de métodos anticonceptivos	8.3Alguna vez usuaria 8.6 Condición de uso(actual) 8.7Método definitivo(actual) 8.8a Método que usa (actual) por posición	1 Mét. modernos 2 Mét. tradicionales 3 Nunca usuaria 4 Ex usuaria	Categorización de las mujeres según el uso de métodos al momento de la encuesta.



Elemento de análisis	Variable en el cuestionario (número de pregunta)	Escala utilizada	Descripción
Método usado	8.6 Condición de uso(actual) 8.7 Método definitivo(actual) 8.8a Método que usa (actual) por posición	1 Esteriliz. fem. 2 Esteriliz. masc. 3 Píldoras 4 Inyección 5 Implantes 6 Parche 7 DIU 8 Condón masc. 9 Condón fem. 10 Óvulos, espuma o jalea. 11 Abstinencia 12 Retiro 13 Anticoncepción de emergencia 14 otro	Tipo de método anticonceptivo utilizado por las mujeres
Lugar de obtención del método anticonceptivo	8.10 Lugar de obtención método (actual)	1 IMSS 2 IMSS Oportunidades 3 ISSSTE 4 Seguro Popular 5 SSA 6 Otros públicos 7 Consultorio u hospital privado 8 Partera 9 Farmacia o autoservicio 10 Otro lugar	Lugar donde las usuarias obtienen el método anticonceptivo usado
Deseo reproductivo futuro	7.3 Deseo de más hijos (embarazada) 7.4 Tiempo para el siguiente 7.7 Deseo de más hijos (sin hijos) 7.8 Tiempo para el siguiente 7.11 Deseo de más hijos (con hijos) 7.12 Tiempo para el siguiente	1 Desea ahora 2 Desea después 3 No desea hijos en el futuro	Manifiesta el deseo de tener (más) hijos en el futuro según el tiempo en el preferiría hacerlo.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENADID 2014.

La variable de edad se configuró en grupos quinquenales de edad, el universo de análisis se constituyó solo para las mujeres de 15 a 49 años.

La variable lugar de residencia, se refiere a la definición oficial de áreas rurales y urbanas. Se define como una población rural aquella que tiene menos de 2 500 habitantes, mientras que la urbana es aquella donde viven 2 500 o más personas.

La escolaridad de la mujer se obtiene con dos variables, una que da el grado y otra que proporciona los años cursados de ese nivel. Se elaboró una variable continua de los años de escolaridad, con las dos variables antes mencionadas –grado y años cursados. Para el estudio las mujeres se dividieron en 2 grupos: aquellas que tienen hasta nueve años de escolaridad, a las que se identificaran como las menos educadas; y aquellas que tienen 10 o más años de escolaridad, que corresponden a las más educadas.

La condición de unión se construyó en tres categorías a partir de la situación conyugal. Así “actualmente unida” refiere a las mujeres casadas y a las que vivían en unión libre con su pareja, al momento de la encuesta; “previamente unida” agrupa a las mujeres separadas de una unión libre, separadas de un matrimonio, divorciadas, viudas de un matrimonio o de una unión libre; y por último a las mujeres solteras, que jamás han estado unidas. Esta investigación deja de lado a las mujeres previamente unidas, las usuarias de métodos anticonceptivos son muy grupo muy pequeño (N=4,357), con ese número de casos era difícil analizar, sobre todo porque no se podrían unir al grupo de solteras ya que socialmente tienen comportamientos muy diferentes, no es lo mismo ser soltera que ser divorciada.

La variable referente al tipo de métodos anticonceptivos incluye tanto a las mujeres usuarias de métodos modernos como tradicionales. Los métodos considerados en la encuesta son: Operación femenina, OTB o ligadura de trompas; Operación masculina o vasectomía; Pastillas anticonceptivas; Inyecciones o ampollitas anticonceptivas; Implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant; Parche anticonceptivo; DIU, dispositivo o aparato (de cobre); Condón o preservativo masculino; Condón o preservativo femenino; Óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas; Ritmo, calendario, Billings o abstinencia periódica; Retiro o coito interrumpido; Píldora del día siguiente o anticoncepción de emergencia; otros.

Se denominan como métodos anticonceptivos modernos a aquellos cuya forma de acción es mecánica, se basan en alguna sustancia o requieren de intervenciones quirúrgicas (DOF, 1994). Los cuales son: esterilización femenina, conocida también como oclusión tubaria bilateral, vasectomía, pastillas, inyecciones, implante subdérmico, parche, DIU, condón masculino, condón femenino, óvulos, jaleas o espumas anticonceptivas y la pastilla de emergencia. Y se clasifican

como métodos tradicionales el ritmo, calendario, abstinencia periódica, el retiro o coito interrumpido, y las hierbas o brebajes.

La variable del lugar de obtención del método anticonceptivo fue tomada de la pregunta respectiva y revela la procedencia de los métodos usados por las mujeres encuestadas.

La variable deseo futuro se configuró a partir de las preguntas sobre el deseo de tener un hijo (adicional o primero) entre las mujeres encuestadas, lo mismo estén embarazadas o no, y si tienen hijos previos o no los tienen, y se adicionó la información referente al tiempo que consideran adecuado esperar para el nacimiento de su (siguiente) hijo.

Tal cual se mencionó en el planteamiento del problema, el estudio y análisis se enfoca a las mujeres unidas que tradicionalmente han sido la unidad de análisis, pero este estudio también se concentra en el análisis del patrón de anticoncepción entre las mujeres solteras, ya que cada vez más una proporción mayor de este grupo es sexualmente activo y es una oportunidad para explorar la realidad de las solteras, por ser un grupo que no siempre es visible o reconocido pero que también requiere de las políticas públicas, sobre todo en las mujeres más jóvenes.

### **3.4 Modelos de regresión logística binaria.**

Uno de los objetivos específicos de la presente investigación es determinar algunos de los factores socio-demográficos asociados al método anticonceptivo más usado entre las mujeres unidas y entre las mujeres solteras. El análisis muestra que el tipo de método más usado entre las mujeres casadas es la esterilización femenina y entre las mujeres solteras el condón. Se estiman dos modelos multivariados, uno para las mujeres casadas y otro para las mujeres solteras. Se usa una regresión logística binaria para estimar la propensión de factores asociados a ser esterilizada entre las mujeres unidas de 15-49 años, y otra para estimar la propensión de los factores asociados al uso del condón masculino entre las mujeres solteras sexualmente activas de 15-49 años.

### **3.5 Variables dependientes.**

Para las mujeres unidas, la variable dependiente es estar esterilizada o no. Es decir que usan otros métodos anticonceptivos que no sea la esterilización (0= no esterilizada, 1= esterilizada). A manera de recordatorio, las mujeres que se están analizando todas son usuarias de métodos anticonceptivos,

y la variable dependiente es si el método usado es la esterilización u otro. Igualmente, para las mujeres solteras, la variable dependiente es si usa condón masculino o no (0= no usa condón, 1= usa condón) y no usar condón se refiere a que se usa otro método anticonceptivo.

### 3.6 Variables independientes.

Para ambos modelos se utilizan los mismos factores socio-demográficos de interés: edad, lugar de residencia, escolaridad y lugar de obtención del método. Para la edad quinquenal, se formuló una variable categórica formada por siete grupos que iba de los 15-19 años hasta los 45-49 años, siendo la categoría de referencia el grupo de edad 45-49. Para la variable de lugar de residencia se construyó como dicotómica, siendo la categoría de referencia las localidades rurales. La escolaridad también fue conformada como una variable dicotómica, el tener menos de 10 años de estudios era la variable de referencia (=1) y el complemento eran aquellas mujeres con más de 10 años de escolaridad. La variable escolaridad se tomó como proxy de la condición socioeconómica. La variable que explica el lugar de obtención del método anticonceptivo es una variable categórica donde obtener el método del “IMSS /ISSSTE /Otros similares” es la categoría de referencia para el modelo de esterilización y “Farmacia o tienda de autoservicio” es la categoría de referencia para el modelo de condón.

### 3.7 Modelos.

Antes de estimar la logística, se estimaron correlaciones policóricas para cada una de las variables dependientes y se mantienen todos los factores explicativos en el modelo ya que ninguno de ellos tenía una fuerte correlación.

El modelo de regresión logística binaria es el siguiente:

$$\frac{\ln(P(y = 1|x))}{1 - P(y = 1|x)} = \ln \Omega(y = 1|x) = b_0 + b_1x_1 + \dots + b_ix_i$$

Este tipo de modelo, permite estimar la probabilidad de que se presente el evento de interés de la investigación, dados los valores de las variables independientes. En el primer modelo, el evento de interés es estar esterilizada entre las mujeres unidas usuarias de métodos y en el segundo es usar condón entre las mujeres solteras que usan métodos anticonceptivos. El análisis se realiza con las razones de momios (odd ratios -OR). En este caso, se puede evaluar la influencia que cada variable independiente tiene sobre la respuesta en forma de OR. Si el OR es mayor a uno, se aumenta la probabilidad del evento, y para un OR menor que uno, indica su disminución.

En la última parte, se presenta un análisis de la congruencia del tipo de método usado y las preferencias reproductivas futuras de las mujeres. Esto se analiza para las mujeres unidas y las mujeres solteras.

Respecto a la variable preferencia reproductiva futura, un indicador clave para ver el acceso a servicios y un reflejo de logros en los derechos reproductivos de las mujeres es la demanda no satisfecha de anticonceptivos. Aquí se sigue la definición internacional (Bradley et. al., 2012) que define que las mujeres desean un hijo pronto, si lo desean en los siguientes 2 años. Las que lo desean después, son las mujeres que desean un hijo en 2 o más años. Y la otra categoría está formada por las mujeres que no quieren tener otro hijo más, o no teniendo hijos no quieren tener uno, es decir, las mujeres que no quieren un hijo en el futuro.

Se examinan tres tipos de preferencias reproductivas y su asociación con el método anticonceptivo usado: para las mujeres que prefieren tener un hijo pronto, para las mujeres que quieren tener un hijo después y para las mujeres no desean un hijo en el futuro.



## **4. Resultados.**

La preocupación de esta investigación es conocer el uso de anticonceptivos actual entre la población actualmente unida y las solteras, ya que los estudios sobre el tema son muy escasos. Primeramente, se parte de conocer qué proporción de la población en estudio es actualmente usuaria, después se detalla el tipo de método usado y los factores asociados al uso del método más usado. Finalmente, para entender más la forma en que los servicios de planificación familiar cubren las necesidades de las mujeres a través de los métodos usados por las mujeres unidas y solteras, se presenta un análisis detallado sobre el tipo de anticonceptivo usado y la preferencia futura de hijos, lo cual nos permitirá acercarnos a la congruencia entre el uso y el deseo de hijos.

### **4.1 Patrón de uso de anticonceptivos en México.**

Como se observa en el cuadro 5, se presenta la distribución de las mujeres casada y solteras según su condición de uso, diferenciando entre las actualmente usuarias, las previamente usuarias y nunca usuarias. Las mujeres actualmente unidas reportan una prevalencia de uso actual del 72%, las usuarias previas y la nunca usuarias presentan porcentajes similares, 14%. Es decir, que el uso de anticonceptivos en México es elevado entre las mujeres casadas y en unión libre, donde cerca de tres de cada cuatro usan un método anticonceptivo, independientemente del tipo.

Las solteras sexualmente activas presentan también un porcentaje elevado de uso de anticonceptivos, 63%, aunque éste es menor a las unidas, lo cual aparentemente presenta un panorama muy positivo del uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, como veremos más adelante, el alto nivel de prevalencia oculta algunas dificultades que las mujeres solteras están experimentando. Se observa que, en promedio, las solteras tienden a ser más jóvenes que las casadas, lo cual podría explicar que las mujeres solteras previamente usuarias lleguen a 23%, y el porcentaje de las nunca usuarias es similar a las casadas, 14%. Esto podría asociarse a una menor estabilidad en las relaciones, algunas de las mujeres solteras dejan de usar métodos anticonceptivos.

**Cuadro 5. Distribución de las mujeres actualmente unidas y solteras según de condición de uso de anticonceptivos, ENADID 2014.**

Mujeres entre 15-49 años	% Actualmente usuaria de métodos anticonceptivos	% Previa usuaria de Métodos anticonceptivos	% Nunca usuaria de Métodos Anticonceptivos	Total (%)	Total (N)
Mujeres actualmente unidas (formal o consensual)	<b>72</b> (N=38,283)	14	14	100	52,952
Mujeres solteras (nunca casadas) sexualmente activa en los últimos 3 meses	<b>63</b> (N=3,073)	23	14	100	4,849

Fuente: Elaboración propia a partir de ENADID 2014.

Además de analizar el patrón de uso de anticonceptivos entre las mujeres unidas y las solteras, también es relevante examinar su patrón de uso por edad. El cuadro 6, muestra la distribución de uso de anticonceptivos por edad. La tendencia general para las unidas es un aumento de uso de anticonceptivos conforme es mayor la edad. El máximo uso se observa a la edad 35-39 años y luego disminuye un poco. Aunque es de esperar que la mayoría de las mujeres entre los 40-49 años ya hubieran completado el tamaño de su familia y que no deseen un hijo adicional, el uso de anticonceptivos se empieza a reducir a esas edades. Para las mujeres solteras sexualmente activas, el patrón de uso por edad es diferente, son las más jóvenes – hasta antes de los 30 años- las tienen un mayor uso de anticonceptivos, proporción que disminuye a partir de esa edad y que está probablemente asociada a que muchas de ellas pasan a ser casadas formal o informalmente, quedando solo un grupo muy pequeño de solteras a edades avanzadas.



**Cuadro 6. Prevalencia de uso de anticonceptivos para unidas y solteras por edad, ENADID 2014.**

Grupo de edad	Mujeres actualmente unidas <sup>a</sup>		Solteras sexualmente activas <sup>b</sup>	
	%	N	%	N
15-19	3.2	1 211	15.7	484
20-24	9.9	3 808	33.7	1 037
25-29	14.3	5 488	24.0	738
30-34	17.6	6 724	11.8	364
35-39	20.1	7 702	6.4	196
40-44	19.3	7 383	4.3	134
45-49	15.6	5 968	3.9	121
Total	100	38 283	100	3 073

Nota: a) Mujeres actualmente unidas (formal o consensual).

b) Mujeres sexualmente activas se refiere a que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses antes de la fecha de la entrevista.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENADID 2014.

El patrón de uso de anticonceptivos de las mujeres actualmente unidas por tipo de método muestra que el uso es mayoritariamente el de los métodos modernos, siendo el uso de métodos tradicionales de tan solo 6%. El cuadro 7, presenta el tipo de método usado por las mujeres actualmente unidas por grupo de edad. La primera observación que se desea hacer notar es la concentración existente en tres métodos anticonceptivos: esterilización femenina, DIU y condón masculino (50%, 17% y 11% respectivamente).

Si se desagrega por edad, el patrón de uso de anticonceptivos es diferente. Entre las mujeres adolescentes y jóvenes que se encuentran unidas, al igual que la población total, el método más usado son el DIU y el condón masculino (36% y 24%). Otros que le siguen en preferencia son las inyecciones y el implante (14% ambos métodos). Llama la atención que el condón masculino tenga una alta prevalencia, ya que los mejores métodos para la población joven con pareja estable son los anticonceptivos de larga duración como el DIU, y los implantes.

A partir los 25 años, pierde importancia el condón y comienza a ganar terreno la esterilización. Sorprende que ya para la edad 25-29 el porcentaje de mujeres esterilizadas es 28% y sube para el grupo de edad 30-34 a 45%. Es decir que, a partir de los 25 años, la esterilización femenina aumenta sustantivamente con la edad, alcanzando el 77% entre las mujeres de 45-49 años y el uso de los otros métodos es muy bajo.

**Cuadro 7. Distribución de las mujeres actualmente unidas según tipo de método y edad, ENADID 2014.**

Grupo de edad	Porcentaje de mujeres actualmente unidas <sup>a</sup> por tipo de método anticonceptivo														Total	N
	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Píldoras	Inyección	Implantes	Parche	DIU	Condón masculino	Condón femenino	Anticoncep. Emergencia	Óvulos, espumas y jaleas	Abstinencia	Retiro	Otro		
15-19	2	0	5	14	14	1	36	24	0	0	0	1	3	0	100	1211
20-24	11	0	5	12	12	2	34	18	0	0	0	2	4	0	100	3808
25-29	28	1	6	9	7	1	26	16	0	0	0	3	3	0	100	5488
30-34	45	3	5	6	3	1	18	12	0	0	0	3	3	0	100	6724
35-39	58	4	4	4	1	1	12	10	0	0	0	3	3	0	100	7702
40-44	69	4	2	2	1	0	9	8	0	0	0	3	2	0	100	7383
45-49	77	5	1	1	0	0	6	5	0	0	0	2	2	0	100	5968
Total	50	3	4	5	4	1	17	11	0	0	0	3	3	0	100	38283

Nota: a) Mujeres actualmente unidas (formal o consensual).

Fuente: Elaboración propia a partir de ENADID 2014.

Entre las mujeres solteras sexualmente activas en edad reproductiva, el patrón de preferencia de métodos es muy diferente al de las casadas, ver cuadro 8. El método más usado entre las mujeres solteras en edad reproductiva es el condón masculino seguido del DIU, 54% y 10% respectivamente. Pero el patrón de uso es distinto por grupo de edad. Las adolescentes son las que tienen la mayor prevalencia de condón, 73%, pero se va reduciendo ligeramente a mayor edad de la mujer. Ya para la edad 35-39 la prevalencia del uso del condón redujo a 37%. Tal vez este método sea tan preferido entre las más jóvenes por tener relaciones más inestables y de corta duración. A partir de los 30 años la esterilización femenina comienza a ganar terreno, conforme las mujeres solteras tienen mayor edad, y la prevalencia de esterilización femenina incrementa de 15% entre las mujeres de 30-34 años a más de 48% entre las mujeres de 45-49 años, siendo éste el más preferido por estas mujeres solteras.

**Cuadro 8. Distribución de las mujeres solteras sexualmente activas según tipo de método y edad, ENADID 2014.**

Grupo de edad	Porcentaje de mujeres solteras sexualmente activas <sup>a</sup> por tipo de método anticonceptivo														Total	N
	Esterilización fem.	Esterilización masc.	Píldoras	Inyección	Implantes	Parche	DIU	Condón masculino	Condón femenino	Anticoncep. Emergencia	Óvulos, espumas y jaleas	Abstinencia	Retiro	Otro		
15-19	0	0	5	3	3	2	6	73	0	1	0	2	4	0	100	484
20-24	2	0	9	5	4	2	9	64	1	1	0	1	2	1	100	1037
25-29	4	0	13	7	3	4	13	48	0	0	1	2	3	0	100	738
30-34	15	1	10	5	4	3	14	44	0	0	0	2	2	0	100	364
35-39	31	1	10	5	1	1	9	37	0	0	0	1	3	0	100	196
40-44	43	2	4	7	1	0	10	30	0	0	0	2	1	0	100	134
45-49	48	5	8	5	1	0	4	16	0	0	0	13	0	0	100	121
Total	9	1	9	5	3	2	10	54	0	0	0	2	3	0	100	3073

Nota: a) Mujeres sexualmente activas se refiere a que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses antes de la fecha de la entrevista.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENADID 2014.

## **4.2 Los factores asociados al uso de anticonceptivos más usado en México.**

El uso de métodos anticonceptivos es diferenciado por grupo de edad y condición de unión, los resultados de los modelos permiten observar tales diferencias

### **4.2.1 Las mujeres unidas.**

Del análisis previo, se concluye que el método más usado entre las mujeres actualmente unidas es la esterilización femenina. Esta sección se centra en identificar los factores asociados al uso de la esterilización. El cuadro 9 muestra de manera descriptiva la distribución de las mujeres actualmente unidas según su condición de esterilización, a partir de su grupo de edad, el lugar de residencia, su escolaridad y el lugar donde obtienen sus métodos anticonceptivos. En general se observa que la proporción de usuarias de la esterilización aumenta con la edad. En lo que respecta al lugar de residencia, se observa que la preferencia de la esterilización como método anticonceptivo es similar entre las mujeres unidas que habitan localidades urbanas y que aquellas que habitan en rurales.

Las mujeres unidas con mayor escolaridad presentan un menor uso de esterilización femenina como método anticonceptivo. Y el lugar donde obtienen principalmente este método de esterilización son los servicios de salud para la población abierta, como los hospitales de la secretaría de salud, los del Seguro Popular o el IMSS Oportunidades, 53% de las usuarias de este tipo de servicios está esterilizada.

**Cuadro 9. Distribución de la mujeres actualmente unidas y proporción de mujeres esterilizadas para variables seleccionadas, ENADID 2014.**

Mujeres 15-49 años	Mujeres actualmente unida <sup>a</sup>				
	%	N	Si Esterilizada	No esterilizada	%
<b>Edad quinquenal</b>					
15-19	3.1	1160	2.0%	98.0%	100.0%
20-24	9.9	3732	10.6%	89.4%	100.0%
25-29	14.3	5374	27.7%	72.3%	100.0%
30-34	17.6	6591	45.0%	55.0%	100.0%
35-39	20.1	7564	58.5%	41.5%	100.0%
40-44	19.4	7269	68.5%	31.5%	100.0%
45-49	15.6	5861	76.5%	23.5%	100.0%
<b>Lugar de residencia</b>					
Rural	22.4	8427	51.3%	48.7%	100.0%
Urbano	77.6	29122	49.5%	50.5%	100.0%
<b>Escolaridad</b>					
<10 años	64.6	24270	56.2%	43.8%	100.0%
10+ años	35.4	13280	38.5%	61.5%	100.0%
<b>Lugar de obtención del método</b>					
IMSS /ISSSTE /Otros similares	35.1	10888	61.2%	38.8%	100.0%
IMSS Solid/Seg Popular /Centro o Hops SSA	38.9	12070	47.0%	53.0%	100.0%
Otro lugar	26.0	8052	35.7%	64.3%	100.0%
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>38059</b>	<b>49.1%</b>	<b>50.9%</b>	<b>100.0%</b>

Nota: a) Mujeres actualmente unidas (formal o consensual).

Fuente: Elaboración propia a partir de ENADID 2014.

El cuadro 10 presenta los resultados de la regresión logística realizada, que indica la propensión de las mujeres unidas a ser esterilizadas, según varios los factores asociados al uso de ese método.

La categoría de referencia para los grupos de edad es el pertenecer al grupo de entre 45 y 49 años; para el tipo de localidad la categoría de referencia son las localidades rurales de menos de 2,500 habitantes. Para la escolaridad las mujeres son aquellas con menor educación (menos de 10 años de escolaridad) y para el lugar de obtención del método la categoría de referencia es obtenerlo en los servicios de salud ligados a la seguridad social (IMSS, ISSSTE, etc.).

Controlando por los otros factores, entre las mujeres unidas la probabilidad de estar esterilizada es menor entre las mujeres de menor edad comparadas con las mujeres de 45-49 años, y esta propensión aumenta con la edad, pero siempre es menor que para la categoría de referencia

(mujeres de 45-49 años). Lo anterior permite señalar que la variable edad impacta positivamente en la decisión de usar la esterilización entre las usuarias por parte de las mujeres unidas, manteniendo constantes los otros factores.

En lo que respecta a la variable lugar de residencia, entre las mujeres unidas la probabilidad de estar esterilizada es ligeramente menor entre las mujeres urbanas comparadas con las mujeres rurales manteniendo constantes los otros factores.

Controlando por los otros factores, las mujeres casadas más educadas tienden a usar menos la esterilización como método anticonceptivo que las menos educadas. Los momios de estar esterilizada son poco más de la mitad para las mujeres más educadas respecto a las menos educadas. Con ello se concluye que el uso de esterilización tiene una relación negativa con el nivel educativo, dejando los demás factores constantes.

En el caso del lugar de obtención del método entre las mujeres unidas, lo que reporta la regresión logística es que existe una mayor propensión de esterilización entre las usuarias que obtuvieron el procedimiento en los servicios públicos de salud de la población abierta - IMSS Oportunidades / Seguro Popular / Centros u Hospitales de la Secretaría de Salud- comparado con las mujeres que obtuvieron el procedimiento de esterilización en los centros ligados a la seguridad social como IMSS / ISSSTE / Otros similares.

**Cuadro 10. Regresión logística. Propensión de los factores asociados a ser esterilizadas entre las mujeres unidas de 15-49 años, ENADID 2014.**

<b>Mujeres 15-49 años</b>	<b>Mujeres actualmente unida<sup>a</sup></b>			
	<b>Exp(B)</b>	<b>Sig.</b>	<b>95% C.I. para EXP(B)</b>	
			<b>Inferior</b>	<b>Superior</b>
<b>Edad quinquenal</b>				
45-49	<b>1.0</b>			
15-19	.00	.0000	.0020	.0061
20-24	.03	.0000	.0278	.0366
25-29	.12	.0000	.1046	.1272
30-34	.25	.0000	.2262	.2709
35-39	.43	.0000	.3943	.4705
40-44	.69	.0000	.6314	.7584
<b>Lugar de residencia</b>				
Rural	<b>1.0</b>			
Urbano	.91	.0033	.8471	.9673
<b>Escolaridad</b>				
<10 años	1.0			
10+ años	.58	.0000	.5464	.6127
<b>Lugar de obtención del método</b>				
IMSS /ISSSTE /Otros similares	<b>1.0</b>			
IMSS Solid/Seg Popular /Centro o Hops SSA	.70	.0000	.6609	.7508
Otro lugar	.40	.0000	.3788	.4330

Nota: a) Mujeres actualmente unidas (formal o consensual).

Fuente: Elaboración propia a partir de ENADID 2014.

#### **4.2.2 Las mujeres solteras.**

El cuadro 11 muestra la distribución de las mujeres solteras sexualmente activas según su condición de uso (o no) de condón, para variables relevantes socio-demográficas: el grupo de edad, el lugar de residencia, la escolaridad y el lugar donde obtienen del condón. Entre las solteras usuarias de algún método, se puede observar que la proporción de usuarias de condón disminuye conforme aumenta la edad. En lo que respecta al lugar de residencia, se observa que es mayor el uso de condón entre las mujeres solteras que habitan en localidades urbanas que entre aquellas que habitan en localidades rurales. Las mujeres solteras con mayor escolaridad usan más al condón como

método anticonceptivo comparadas con aquellas que tienen menor escolaridad. Los lugares donde las solteras obtienen mayormente los condones son en el sector privado, específicamente en las farmacias o tiendas de autoservicio.

**Cuadro 11. Distribución de la mujeres solteras sexualmente activas y proporción de mujeres que usan condon masculino para variables seleccionadas, ENADID 2014.**

Mujeres 15-49 años	Mujeres solteras sexualmente activas <sup>a</sup>				
	%	N	Si Condón	No Condón	%
<b>Edad quinquenal</b>					
15-19	15.3	491	73.3%	26.7%	100.0%
20-24	33.7	1081	64.0%	36.0%	100.0%
25-29	24.2	777	47.9%	52.1%	100.0%
30-34	11.9	382	44.2%	55.8%	100.0%
35-39	6.5	207	36.2%	63.8%	100.0%
40-44	4.3	138	30.4%	69.6%	100.0%
45-49	4.0	129	16.3%	83.7%	100.0%
<b>Lugar de residencia</b>					
Rural	6.1	197	46.2%	53.8%	100.0%
Urbano	93.9	3007	54.5%	45.5%	100.0%
<b>Escolaridad</b>					
<10 años	23.5	753	38.6%	61.4%	100.0%
10+ años	76.5	2450	58.7%	41.3%	100.0%
<b>Lugar de obtención del método</b>					
IMSS /ISSSTE /Otros similares	12.3	352	15.1%	84.9%	100.0%
IMSS Solid/Seg Popular /Centro o Hops SSA	14.3	412	20.6%	79.4%	100.0%
Farmacia o tienda de autoservicio	65.5	1882	80.8%	19.2%	100.0%
Otro lugar	7.9	226	9.3%	90.7%	100.0%
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>2933</b>	<b>47.5%</b>	<b>52.5%</b>	<b>100.0%</b>

Nota: a) Mujeres sexualmente activas se refiere a que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses antes de la fecha de la entrevista.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENADID 2014.

El cuadro 12 muestra los resultados de la regresión logística realizada, que indica la propensión de las mujeres solteras usuarias a escoger el condón masculino como método anticonceptivo, según los factores asociados.

Las categorías de referencia para los grupos de edad fue el pertenecer al grupo de entre 45 y 49 años; para el tipo de localidad la categoría de referencia fueron las localidades rurales, de menos

de 2,500 habitantes. Para la escolaridad el tener menos de 10 años de escolaridad y para el lugar de obtención del método la categoría de referencia es obtenerlo en los servicios de salud ligados a la seguridad social (IMSS, ISSSTE, etc.).

Controlando otros factores, la propensión al uso de condón como método anticonceptivo es mayor entre las mujeres jóvenes que entre las mujeres de 45-49 años. Llama la atención la muy elevada probabilidad de usar condón entre las mujeres de 15-19 años, siendo los momios de uso de condón 11 veces mayor entre los adolescentes solteros (las adolescentes de 15 a 19 años) que las mujeres de 45-49 años. Asimismo, conforme la edad aumenta, dicha propensión disminuye.

En lo que respecta a la variable lugar de residencia, la asociación resulta no ser significativa, controlando por los otros factores.

Entre las mujeres solteras sexualmente activas, cuando la escolaridad es mayor, la propensión de uso de condón como método anticonceptivo es mayor respecto a las mujeres con menor escolaridad. Con ello se concluye que el uso de condón tiene una relación positiva con el nivel educativo, manteniendo los demás factores constantes.

En el caso del lugar de obtención del condón entre las mujeres solteras sexualmente activas, la probabilidad de usar condón es mayor entre las que lo obtienen en las farmacias o tiendas de autoservicio que entre las que lo obtienen en otras unidades médicas o de salud. Entre las usuarias de los servicios públicos. La probabilidad de uso de condón es mayor para aquellas que lo consiguen en los servicios de salud destinados a la población abierta, que en aquellas que los consiguen en los ligados a la seguridad social.

La probabilidad de usar condón entre las mujeres que lo obtiene en farmacias o tiendas de autoservicio tienen momios de uso de condón muy elevados comparado con las mujeres que lo obtienen en el sector público asociado a la salud pública.



**Cuadro 12. Regresión logística. Propensión de los factores asociados a usar condón masculino entre las mujeres solteras sexualmente activas de 15-49 años, ENADID 2014.**

Mujeres 15-49 años	Mujeres solteras sexualmente activas <sup>a</sup>			
	Exp(B)	Sig.	95% C.I. para EXP(B) Inferior	Superior
<b>Edad quinquenal</b>				
45-49	1.0			
15-19	11.32	.0000	5.6100	22.8296
20-24	4.80	.0000	2.4717	9.3141
25-29	1.99	.0420	1.0254	3.8745
30-34	2.95	.0024	1.4668	5.9240
35-39	3.19	.0026	1.4996	6.7794
40-44	2.92	.0105	1.2850	6.6219
<b>Lugar de residencia</b>				
Rural	1.0			
Urbano	.99	.9790	.6566	1.5061
<b>Escolaridad</b>				
<10 años	1.0			
10+ años	1.26	.0724	.9789	1.6333
<b>Lugar de obtención del método</b>				
IMSS /ISSSTE /Otros similares	1.0			
IMSS Solid/Seg Popular /Centro o Hops SSA	1.23	.3064	.8278	1.8251
Farmacia o tienda de autoservicio	21.14	.0000	15.2093	29.3835
Otro lugar	0.49	.0116	.2849	.8539

Nota: a) Mujeres sexualmente activas se refiere a que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses antes de la fecha de la entrevista.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENADID 2014.

Las secciones anteriores nos señalan tanto el patrón de uso de anticonceptivos de las mujeres unidas como el de las solteras sexualmente activas. Se observa que no existe una gran dispersión en el tipo de métodos anticonceptivos usados, tanto las casadas como las solteras concentran el uso en uno o dos métodos, pero mayoritariamente en un método. A pesar de que existe una preferencia específica de un método, el patrón es muy diferente para casadas que para solteras. Una de cada dos mujeres casadas usa la esterilización como método anticonceptivo e igualmente una de cada dos mujeres solteras usa el condón como método anticonceptivo. Así mismo, la influencia de los factores asociados a la preferencia de esterilización entre las casadas es diferentes al de las solteras. Por

ejemplo, entre casadas, la relación con escolaridad es negativa, mientras que en la solteras es positiva.

La relación entre el uso de métodos anticonceptivos y el lugar de residencia como factor asociado resultó significativo solo para las casadas. En lo que refiere a la obtención del método anticonceptivo existen diferencias significativas, mientras que las casadas asisten a los servicios públicos de salud, las solteras acuden más a los servicios privados, específicamente a las farmacias y tiendas de autoservicio, y siendo la probabilidad de obtener el método en las farmacias y tiendas muy elevada.

#### **4.3 La preferencia de hijos futura y el uso de anticonceptivos.**

El objetivo de esta sección es indagar si los deseos reproductivos futuros están en coincidencia con la distribución de métodos usados. Por ejemplo, si la mujer desea tener un hijo en el futuro sería incongruente que hubiera seleccionado un método anticonceptivo permanente, o si no desea un hijo futuro que estuvieran usando un método poco eficiente como el condón, si son casadas se supondría que tienen una pareja estable. De haber una discrepancia entre los deseos reproductivos futuros y el patrón de uso de anticonceptivos, se estarían generando señales de la falta de conocimiento de las mujeres respecto a que método sería el ideal para su situación marital y su preferencia de hijos futura junto con las deficiencias de los servicios de planificación familiar.

Una medida muy conocida de acceso a los servicios de planificación familiar es la demanda no satisfecha de anticonceptivos. El indicador aceptado internacionalmente (Bradley et al., 2012) considera que las mujeres y parejas desean un hijo pronto/ahora si quisieran tener un hijo en los siguientes 2 años, lo desean después si quisieran tener un hijo en dos o más años, o no quisiera un hijo o un hijo más en el futuro. Esta definición de preferencia de hijos futura es utilizada en esta sección.

El cuadro 13 muestra la distribución de la preferencia de hijos por parte de nuestra población en estudio. La distribución de las mujeres casadas indica que la mayoría de ellas (80%), no desean tener hijos en el futuro, mientras que 15% si desea tenerlos, pero después de 2 años. El porcentaje de mujeres casadas que desea tener hijos ahora apenas alcanza un 5%.

En el caso de las mujeres solteras sexualmente activas la distribución es distinta. 6% desean tener hijos ahora, 61% desean tenerlos después y 33% no desean tener hijos en el futuro.

**Cuadro 13. Distribución de la preferencia futura de hijos para mujeres unidas y solteras, ENADID 2014.**

Mujeres entre 15-49 años	Preferencia de hijos futura				
	% de mujeres que quisiera tener un hijo dentro de los siguientes 2 años	% de mujeres que quisiera tener un hijo en 2 o más años	% de mujeres que no quisieran tener un hijo o un hijo más en el futuro	Total (%)	Total (N)
Mujeres unidas <sup>a</sup>	5	15	80	100	52,952
Mujeres solteras <sup>b</sup>	6	60	33	100	4,849

Nota: a) Mujeres actualmente unidas (formal o consensual).

b) Mujeres sexualmente activas se refiere a que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses antes de la fecha de la entrevista.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENADID 2014.

El comportamiento del deseo futuro de hijos es diferenciado según el grupo de edad (ver cuadro 14). Entre las mujeres casadas actualmente usuarias de un método anticonceptivo, todos los grupos de edad presentan porcentajes muy bajos. Las máximas proporciones de mujeres que desean tener un hijo ahora se encuentran en las mujeres entre 25 y 34 años, alrededor del 8%. Y a partir de los 35 años el porcentaje de mujeres que desean tener un hijo ahora disminuye conforme aumenta la edad.

En lo que respecta a tener hijos después, i.e. en dos años o más, las mujeres casadas que manifiestan este deseo con mayor intensidad son las que tienen entre 15 y 29 años (en promedio corresponden a más del 50% de las mujeres), y se observa que el porcentaje de deseo de tener hijos después disminuye conforme aumenta la edad. Por otra parte, las mujeres casadas que reportaron no desear un hijo en el futuro tiene porcentajes mayores al 60% a partir del grupo de edad 25-29 años, e incrementa con la edad, es probable que esto se explique porque las mujeres de mayor edad ya alcanzaron el tamaño de familia que deseaban.

Por el otro lado, para las mujeres solteras sexualmente activas, las cifras mostradas en el cuadro 14 señalan un comportamiento diferente al de las casadas. El porcentaje de solteras que desean tener un hijo ahora se incrementa considerablemente en las edades de 30 a 39 años, esto podría ser explicado por diversos factores, como el que a esas edades se considera que tienen la oportunidad

biológica y económica, que hayan encontrado una pareja para hacerlo o que entraron a la segunda mitad de su capacidad reproductiva en el tiempo. Las solteras más jóvenes (15 a 29 años) son las que mayoritariamente manifestaron desear tener un hijo después, a partir de los 30 años estos porcentajes disminuyen considerablemente y es a los 40 años cuando prácticamente desaparecen. En lo que respecta a las solteras que no desean un hijo en el futuro, son mayoritariamente las mayores de 30 años donde una mayoría declara no desear hijos en el futuro.

La gran diferencia que se observa para las mujeres en edad reproductiva según condición de unión, es la distancia entre la proporción de las mujeres que no desean tener un hijo en el futuro que entre las unidas alcanzan un 80%, mientras que entre las solteras solo 33%. Lo cual podría explicarse porque las mujeres solteras no tienen pareja o quizá no desean tener una descendencia como madre soltera.

**Cuadro 14. Distribución de preferencia futura de hijos para mujeres unidas o solteras, actualmente usuaria de un método anticonceptivo, según grupos quinquenales de edad. ENADID 2014.**

Grupos de edad	Preferencia de hijos futura				
	% de mujeres que quisiera tener un hijo dentro de los siguientes 2 años	% de mujeres que quisiera tener un hijo en 2 o más años	% de mujeres que no quisieran tener un hijo o un hijo más en el futuro	Total (%)	Total (N)
<b>Mujeres actualmente unidas<sup>a</sup></b>					
15-19	5	71	23	100	1205
20-24	7	53	40	100	3790
25-29	9	30	61	100	5462
30-34	8	12	80	100	6693
35-39	6	3	92	100	7666
40-44	2	1	98	100	7348
45-49	1	0	99	100	5941
Total	5	15	80	100	38105
<b>Mujeres solteras<sup>b</sup></b>					
15-19	1	81	18	100	459
20-24	3	80	18	100	985
25-29	7	68	25	100	702
30-34	18	32	49	100	346
35-39	20	11	69	100	186
40-44	5	2	94	100	127
45-49	1	1	98	100	115
Total	6	60	33	100	2920

Nota: a) Mujeres actualmente unidas (formal o consensual).

b) Mujeres sexualmente activas a que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses antes de la fecha de la entrevista-poder cumplir con los deseos reproductivos declarados.

Fuente: Elaboración propia a partir de ENADID 2014.

Si se considera el tipo de método usado por las mujeres que desean tener un hijo ahora –dentro de los siguientes 2 años- para mujeres casadas y solteras se esperaría que el porcentaje de usuarias fuera muy bajo, ya que quieren embarazarse y que los métodos que estarían usando no serían definitivos ni de larga duración. Lo más adecuado sería usar métodos temporales ya que las mujeres están planeando tener un hijo pronto. El cuadro 15 muestra la distribución de las usuarias por tipo de método usado. Ciertamente, solo un porcentaje pequeño de las mujeres están usando un método anticonceptivo, de las 38,105 que usan actualmente un método 2,004 desean un tener un hijo

pronto. Pero los métodos que están usando deberían ser los temporales como pastillas anticonceptivas, condones, parches entre otros, y no usar los de larga duración como los implantes, el DIU y mucho menos los definitivos como la esterilización. Se observa que entre las mujeres de 15-49 años casadas que desean tener un hijo pronto el 29% usan un DIU y el 5% usa implante, es decir que 34% de ellas, más de un tercio, usan un método anticonceptivo reversible de larga duración, ARLD, (Bayer, 2018). Además 8% de ellas están esterilizadas. Existen diferentes patrones de uso por método, por ejemplo, el DIU los usan las mujeres en todos los grupos de edad, mientras que el implante es usado principalmente por las mujeres de 15-19 años y la esterilización a partir de los 35 años. Se puede concluir que entre las mujeres casadas que desean un hijo pronto se observa una marcada separación entre sus deseos reproductivos y el método anticonceptivo que usan, en particular llama la atención que las jóvenes de 15-19 años tengan un porcentaje tan alto del implante, hallazgo que tal vez indique que existen mayores dificultades entre las mujeres jóvenes casadas para usar los métodos más adecuados en relación a sus deseos reproductivos futuros.

Para el caso de las mujeres solteras (cuadro 15) que desean tener un hijo pronto, mayoritariamente usan el condón, método adecuado si la preferencia de hijos futura es tener uno pronto. Sin embargo, persiste la discordancia, aunque con una intensidad menor entre las solteras que entre las casadas. 10% de las mujeres solteras usan del DIU, y 4% el implante, métodos de larga duración. Además, una muy pequeña proporción de mujeres solteras están esterilizadas. Llama la atención que el retiro es un método muy usado entre las mujeres adolescentes que desean tener un hijo pronto, 37% entre las solteras de 15-19 años.

**Cuadro 15. Distribución de las mujeres según el método anticonceptivo actual con preferencia de tener un hijo en los siguientes 2 años. ENADID 2014.**

Grupo de edad	Preferencia de hijo futura: ahora <sup>a</sup>															
	Esterilización fem.	Esterilización masc.	Píldoras	Inyección	Implantes	Parche	DIU	Condón masculino	Condón femenino	Anticoncep. Emergencia	Óvulos	Abstinencia	Retiro	Otro	Total	N
<b>Mujeres actualmente unidas<sup>b</sup></b>																
15-19	0.0	0.0	8.9	9.2	19.5	0.4	22.2	32.0	0.0	0.0	0.0	0.4	7.3	0.0	100	66
20-24	0.9	0.0	5.4	12.2	8.4	2.0	28.9	28.2	0.9	0.0	0.0	3.2	9.3	0.7	100	266
25-29	0.8	0.2	12.4	8.0	7.6	3.3	31.5	23.5	0.7	0.0	0.0	7.0	5.0	0.0	100	510
30-34	4.7	0.2	10.1	6.2	3.9	3.4	31.3	20.9	0.1	0.1	0.0	10.1	8.8	0.2	100	547
35-39	10.2	0.6	8.4	5.7	2.3	0.8	27.9	24.4	0.0	0.3	0.0	9.9	9.5	0.1	100	442
40-44	40.7	4.5	4.0	4.2	1.5	0.3	16.9	15.8	0.0	0.0	0.0	9.3	2.9	0.0	100	129
45-49	61.0	5.0	2.7	2.3	0.6	0.0	7.8	20.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100	43
Total	7.8	0.6	9.1	7.2	5.4	2.3	28.5	23.3	0.3	0.1	0.0	7.7	7.5	0.2	100	2004
<b>Mujeres solteras<sup>c</sup></b>																
15-19	0.0	0.0	13.6	0.0	0.0	0.0	0.0	49.5	0.0	0.0	0.0	0.0	36.9	0.0	100	5
20-24	0.0	0.0	0.0	8.5	14.7	0.0	30.0	42.1	4.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100	27
25-29	0.0	0.0	16.3	5.3	0.0	0.6	4.3	65.0	0.0	5.1	0.0	5.1	3.4	0.0	100	55
30-34	0.0	0.6	8.3	3.4	4.3	5.7	10.1	60.0	0.0	3.7	0.0	3.7	3.9	0.0	100	67
35-39	13.5	0.0	7.5	1.9	2.4	0.0	8.8	54.8	0.0	0.5	0.0	0.5	10.6	0.0	100	39
40-44	0.0	15.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	62.6	0.0	22.3	0.0	22.3	0.0	0.0	100	6
45-49	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100	2
Total	2.6	0.7	9.9	4.1	3.9	2.1	10.2	57.3	0.6	3.4	0.0	3.4	5.3	0.0	100	200

Nota: a) Según la definición de demanda no satisfecha las mujeres que quieren un hijo ahora se define que quieren un hijo en los siguiente dos años.

b) Mujeres actualmente unidas (formal o consensual).

c) Mujeres sexualmente activas a que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses antes de la fecha de la entrevista- Fuente: Elaboración propia a partir de ENADID 2014.

El cuadro 16 muestra la distribución porcentual del uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres actualmente unidas y solteras que desean tener un hijo después, es decir, en dos o más años a partir del momento en que se levantó la encuesta. Para este grupo de mujeres casadas que no desean un hijo ahora, sino que lo desean posponer por lo menos 2 años, el método anticonceptivo en armonía con sus deseos reproductivos son los anticonceptivos de larga duración. Cerca de la mitad de mujeres sí están usando un método reversible de larga duración (ARLD), 34% de las mujeres usan el DIU y 11% implantes. Sin embargo, 22% reporta que está usando condón, el cual no es un método conveniente si se desea esperar dos o más años para tener un hijo, por su baja efectividad. El patrón por edad de estos métodos es similar en los distintos grupos de edad, no resaltando alguno como más desventajoso. Aunque las mujeres casadas presentan incongruencias en su deseo reproductivo de tener un hijo en dos o más años y el método usado, esta discrepancia entre el método usado y los deseos reproductivos no es tan fuerte como la que se observa entre las mujeres cuya preferencia es tener un hijo pronto.

Entre las mujeres solteras que desean tener un hijo dentro de dos o más años (ver cuadro 16), existe una gran desconcordia con el método usado. La proporción de uso de condón masculino es muy elevada, 65%. Son los métodos de larga duración aquellos que serían los indicados para esperar embarazarse en dos o más años y no el condón. Tal vez las mujeres solteras eligen este método anticonceptivo mayoritariamente por la facilidad de acceso al método, que lo puede adquirir en

farmacias y tiendas departamentales, ya que los servicios de planificación familiar no son amigables para mujeres solteras. Es de destacar que sólo entre las mujeres solteras de 45-49 años, se observa una mejor concordancia entre sus deseos reproductivos y el método usado: 61% de ellas usan el DIU, que es método de larga duración apropiado para posponer los nacimientos.

**Cuadro 16. Distribución de las mujeres según el método anticonceptivo actual con preferencia de tener un hijo en 2 o más años. ENADID 2014.**

Grupo de edad	Preferencia de hijo futura: después <sup>a</sup>														Total	N
	Esterilización fem.	Esterilización masc.	Píldoras	Inyección	Implantes	Parche	DIU	Condón masculino	Condón femenino	Anticoncep. Emergencia	Ovulos	Abstinencia	Retiro	Otro		
<b>Mujeres actualmente unidas<sup>b</sup></b>																
15-19	0.71	0.00	4.8	14.4	15.7	0.8	33.9	25.7	0.0	0.0	0.0	0.8	3.3	0.0	100	904
20-24	0.44	0.06	5.7	12.8	13.3	1.8	38.7	19.6	0.1	0.2	0.0	2.2	5.0	0.2	100	2107
25-29	1.15	0.04	9.1	13.3	9.1	1.5	33.7	22.3	0.0	0.0	0.0	3.6	5.8	0.3	100	1718
30-34	4.49	0.79	10.0	10.5	6.6	2.3	28.3	25.1	0.0	0.0	0.0	4.8	6.7	0.3	100	858
35-39	10.66	1.58	10.3	11.9	2.9	1.4	23.5	22.4	0.0	0.0	0.0	9.2	6.1	0.0	100	217
40-44	26.57	4.15	2.8	7.4	1.4	2.0	27.3	12.8	0.0	0.0	0.0	10.3	5.3	0.0	100	54
45-49	72.49	0.00	0.0	8.7	0.0	0.0	4.5	6.0	0.0	0.0	0.0	8.4	0.0	0.0	100	17
Total	2.10	0.25	7.3	12.7	10.9	1.6	34.2	22.2	0.0	0.1	0.0	3.1	5.3	0.2	100	5874
<b>Mujeres solteras<sup>c</sup></b>																
15-19	0.00	0.00	5.0	1.8	3.3	2.2	4.4	76.3	0.6	4.0	0.0	0.5	1.3	0.5	100.00	372
20-24	0.00	0.40	9.2	4.6	2.9	2.3	6.0	69.1	0.7	2.4	0.5	0.5	0.7	0.7	100.00	786
25-29	0.17	0.00	15.6	7.1	2.1	4.9	10.2	52.2	0.5	3.4	0.8	0.2	2.5	0.4	100.00	476
30-34	1.71	0.00	9.6	7.1	5.2	0.7	13.0	58.8	0.0	0.8	0.0	0.0	1.7	1.5	100.00	112
35-39	0.00	0.00	19.2	2.3	2.8	0.0	7.3	56.9	0.0	0.0	0.0	0.0	11.6	0.0	100.00	21
40-44	0.00	0.00	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.00	2
45-49	0.00	38.89	0.0	0.0	0.0	0.0	61.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.00	1
Total	0.15	0.20	10.3	4.8	2.9	2.8	7.3	65.1	0.6	2.9	0.4	0.4	1.5	0.6	100.00	1789

Nota:

- Según la definición de demanda no satisfecha las mujeres que quieren un hijo después se define que lo quieren en dos o más años.
- Mujeres actualmente unidas (formal o consensual).
- Mujeres sexualmente activas a que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses antes de la fecha de la entrevista- Fuente: Elaboración propia a partir de ENADID 2014.

El cuadro 17 muestra las proporciones de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres, actualmente unidas y solteras, que declaran no desear un hijo en el futuro. Para este tipo de preferencia reproductiva futura, los métodos adecuados serían los de larga duración y los definitivos. No es recomendable solo el uso de métodos definitivos como la esterilización porque de haber segundas nupcias, pudieran cambiar los deseos reproductivos.

Las mujeres unidas que dijeron no desear tener hijos en el futuro reportan una mayor proporción de uso de esterilización, seguido del DIU y el condón masculino (61.43%, 12.54% y 8.50% respectivamente). A mayor edad usan más esterilización, mientras que el uso de DIU no tiene una relación con la edad, pero el condón masculino es más usado entre las mujeres más jóvenes.

En lo que respecta a las mujeres solteras sexualmente activas que declararon no desear tener un hijo en el futuro, el condón masculino es el método anticonceptivo con mayor proporción de uso (33.4%). Si se descompone por grupos de edad se encuentra que las mujeres más jóvenes usan mayoritariamente este método (60% las de adolescentes, 44.5% las de 20 a 24 años, y 31.73% las



de 25 a 29 años). Este uso tan extremo del condón cuando no se desea tener ningún un hijo en el futuro muestra la gran incongruencia que presentan las mujeres solteras entre sus deseos de no tener un hijo en el futuro y el uso del condón. El segundo método más usado entre las solteras es la esterilización femenina (26%), el cual refleja un incremento en sus proporciones de uso conforme se incrementa la edad, sin embargo, incluso en las mujeres jóvenes, a partir de los 20 años, su uso es amplio.

**Cuadro 17. Distribución de las mujeres según el método anticonceptivo actual con preferencia de no tener un hijo o un hijo más. ENADID 2014.**

Grupo de edad	Preferencia de hijo futura: no desea <sup>a</sup>															Total	N
	Esterilización femenina	Esterilización masculina	Píldoras	Inyección	Implantes	Parche	DIU	Condón masculino	Condón femenino	Anticoncep. Emergencia	Óvulos	Abstinencia	Retiro	Otro			
<b>Mujeres actualmente unidas<sup>b</sup></b>																	
15-19	6.12	0.3	6.4	13.4	8.6	1.3	45.0	16.4	0.0	0.0	0.0	1.0	1.4	0.0	100	280	
20-24	25.90	0.6	4.2	10.9	11.2	1.1	27.9	15.3	0.1	0.0	0.0	0.5	2.3	0.1	100	1512	
25-29	44.88	2.3	3.1	6.6	6.3	0.8	21.3	11.3	0.0	0.0	0.0	1.9	1.4	0.1	100	3296	
30-34	55.50	3.6	3.7	4.8	2.3	1.0	15.1	9.7	0.0	0.0	0.0	1.9	2.3	0.2	100	5283	
35-39	62.81	4.5	3.3	3.5	1.1	0.7	11.0	8.4	0.0	0.0	0.0	2.3	2.3	0.1	100	6948	
40-44	69.48	4.1	2.3	1.9	0.6	0.3	9.0	7.5	0.0	0.0	0.0	2.9	1.8	0.1	100	7091	
45-49	76.62	5.1	1.3	1.2	0.1	0.2	6.0	5.1	0.0	0.0	0.0	2.2	2.1	0.1	100	5818	
Total	61.43	3.9	2.8	3.7	2.2	0.6	12.5	8.5	0.0	0.0	0.0	2.2	2.1	0.1	100	30227	
<b>Mujeres solteras<sup>c</sup></b>																	
15-19	1.48	0.0	2.4	8.0	4.5	0.0	12.6	60.5	0.0	4.1	0.0	3.6	2.9	0.0	100	82	
20-24	10.46	0.0	9.0	6.9	6.2	0.3	18.9	44.5	0.0	1.0	0.0	0.0	2.9	0.0	100	173	
25-29	16.85	1.2	3.5	8.8	7.4	3.2	21.8	31.7	0.5	0.0	0.1	1.1	3.8	0.3	100	173	
30-34	28.72	2.8	10.6	4.1	3.3	3.0	15.9	27.6	0.0	0.0	0.0	2.1	2.0	0.0	100	168	
35-39	41.18	1.4	9.2	6.6	0.2	1.3	8.8	29.5	0.0	0.4	0.0	0.0	1.4	0.0	100	127	
40-44	45.41	1.9	2.6	7.7	0.7	0.0	11.2	28.8	0.0	0.0	0.0	0.6	1.1	0.0	100	117	
45-49	49.02	4.6	6.9	5.0	1.5	0.0	3.2	16.7	0.0	0.0	0.0	12.9	0.3	0.0	100	110	
Total	26.96	1.7	6.7	6.7	3.7	1.3	14.2	33.4	0.1	0.6	0.0	2.5	2.2	0.1	100	951	

Nota:

a) Según la definición de demanda no satisfecha las mujeres que no quieren un hijo en el futuro son aquellas que teniendo hijos (o no), no desean tener hijos en el futuro.

b) Mujeres actualmente unidas (formal o consensual).

c) Mujeres sexualmente activas a que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses antes de la fecha de la entrevista-

Fuente: Elaboración propia a partir de ENADID 2014.

El análisis de esta sección señala que tanto entre las casadas como entre las solteras hay una fuerte incongruencia entre los deseos reproductivos que expresan y el método actualmente usado. Estos resultados apuntan a la falta de información que tienen las mujeres sobre los métodos anticonceptivos, que se origina de las deficiencias de los servicios de planificación familiar. Las deficiencias de los servicios de anticoncepción y de salud se reflejan en el excesivo uso y mal uso de la esterilización femenina y el condón. La inconsistencia en el método seleccionado para cumplir los deseos reproductivos futuros de las mujeres podría solucionarse con acceso a servicios de planificación familiar de calidad que provean los métodos y el conocimiento adecuado de las usuarias, selección del método que dependerá de la situación de pareja de la mujer, su edad y sus deseos reproductivos.



## 5. Conclusiones.

México es un país con un alto uso de métodos anticonceptivos, que cumplió con el objetivo de disminuir la TGF de 7.3 hijos por mujer a en los años 70 a 2.21 en 2012 a partir de una política de población. Este descenso es comúnmente asociado con el éxito de las políticas de planeación familiar emprendidas por el estado mexicano. Tal vez el pensar que se había logrado la meta planeada en torno a la fecundidad, hizo que en el siglo XXI el programa de planificación familiar perdiera fuerza, especialmente en la atención de mujeres jóvenes y adolescentes. No sólo ha pasado inadvertida la debilidad del programa, sino que la investigación sobre el tema, que antes era abundante, se volvió escasa.

La presente investigación buscó traer elementos adicionales para evaluar la situación actual en que viven las mujeres, particularmente las jóvenes, respecto a la demanda de anticonceptivos y las condiciones actuales del programa de planificación familiar. Se presentan resultados sobre las preferencias de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres mexicanas en edad reproductiva, considerando factores relevantes como el lugar de obtención y la coincidencia existente entre los métodos usados y los deseos reproductivos de las mujeres. Este estudio da evidencia de si las mujeres mexicanas verdaderamente ejercen su derecho a la maternidad voluntaria, explorando en detalle el uso de métodos anticonceptivos.

Los resultados son relevantes debido a que en los últimos años poco se ha estudiado sobre el uso de métodos anticonceptivos, especialmente con el enfoque de derechos, pues escasean las investigaciones demográficas que ofrezcan información en torno al cumplimiento de éstos. Un aspecto novedoso es que no solamente se examina el comportamiento respecto a los anticonceptivos de las mujeres unidas -que son las que comúnmente se estudian y para quienes se diseñan las intervenciones gubernamentales-, sino que también se enfoca en las mujeres solteras sexualmente activas, para quienes no se tiene información a pesar de que, como se mostró en esta investigación, que existe un marcado diferencial entre ellas y las unidas.

Entre las principales conclusiones se encuentra que el patrón de uso de anticonceptivos entre las mujeres en edad reproductiva, usuarias de métodos anticonceptivos, se concentra en tres métodos (esterilización, DIU y condón). En general, el uso aumenta con la edad, y las mujeres actualmente unidas reportan una prevalencia de uso mayor que la de las mujeres solteras sexualmente activas.

Los métodos modernos son más usados que los métodos tradicionales. Las mujeres unidas usan mayormente esterilización femenina (50%), y las mujeres de mayor edad utilizan métodos más

eficientes de larga duración, e incluso definitivos, con el fin de limitar los nacimientos. Entre las mujeres solteras sexualmente activas, la preferencia mayoritaria es hacia el condón masculino (54%). Sorprende que las solteras más jóvenes utilizan métodos menos eficientes para evitar embarazos, contrario a lo que se esperaría como ideal para retrasar la maternidad o espaciar el número de hijos.

El condón masculino tiene una alta prevalencia en la población joven, independientemente de su condición de unión, cuando los métodos óptimos para espaciar serían los anticonceptivos de larga duración como el DIU y los implantes. La esterilización femenina comienza a ser usada a tempranas edades, partir de los 25 años, en las mujeres unidas y a los 30 entre las solteras, aunque estas últimas mantienen una mayor preferencia por el uso del condón hasta la edad de 40 años.

Los factores asociados al uso de esterilización por parte de las mujeres unidas son la edad, el lugar de residencia, la escolaridad y el lugar donde obtienen el método. A mayor edad, es mayor la propensión a usar la esterilización como método anticonceptivo. Destaca que el uso de la esterilización tiene una relación negativa con el nivel educativo, es decir, las mujeres casadas más educadas tienden a usar menos la esterilización como método anticonceptivo que aquellas con menor educación, dejando los demás factores constantes.

Los factores asociados al uso de condón, por parte de las mujeres solteras sexualmente activas, son la edad, la escolaridad, y el lugar donde obtienen el método. Controlando otros factores, la propensión al uso de condón como método anticonceptivo es mayor entre las mujeres jóvenes que entre las mujeres de 45-49 años. La probabilidad de usar condón entre las mujeres adolescentes solteras (15-19 años) es 11 veces mayor que la de las mujeres solteras de 45 a 49 años. La propensión de uso de condón es mayor entre las mujeres solteras con más años de educación. Destaca que la probabilidad de usar condón es mayor entre quienes obtienen su método en las farmacias y tiendas de autoservicio que aquellas que lo obtienen en los servicios públicos de salud. Esto apunta a dos posibles explicaciones, por un lado, la falta de servicios adecuados para las jóvenes solteras en los servicios de planificación gubernamentales y por otra parte al estigma que experimentan las mujeres por ser solteras y ser sexualmente activas en una sociedad tradicional como la mexicana. La combinación de estos puntos provoca que cuando las mujeres solteras acuden a un servicio de salud estén expuestas a que los prestadores de salud las juzguen. Por lo que, el obtener los métodos en tiendas de auto servicio y farmacias es atractivo para las mujeres jóvenes y solteras ya que les da la posibilidad de comprar condones con cierto anonimato. Otro

elemento que puede estar acentuando la provisión del condón en el sector privado, es que las jóvenes desconozcan sus derechos reproductivos. Pueden desconocer que los métodos están disponibles para todas las personas en cualquiera de los servicios de gobierno, que no se necesita tener derechohabiencia y que se garantiza la confidencialidad, aun siendo menores de edad, es decir, no se requiere permiso de los padres o tutores.

Un hallazgo importante es la relación entre los deseos reproductivos de las mujeres unidas y las solteras y el tipo de uso de método usado actualmente. El análisis realizado señala que tanto entre las mujeres unidas como entre las solteras hay una fuerte incongruencia entre los deseos reproductivos que expresan las mujeres y el método que actualmente usan, tanto para las que desean un hijo ahora, después de dos años, o no desean un hijo en el futuro.

Esta discordancia además de ser un aspecto negativo de los servicios de planificación familiar, evidencia también el excesivo uso y mal uso de la esterilización femenina entre las mujeres casadas y el condón entre las mujeres solteras. Estos resultados apuntan a una falta de información que tienen las mujeres sobre los métodos anticonceptivos, que se origina de las deficiencias de los servicios de planificación familiar, la deficiente consejería y en general, una mala calidad de los servicios de anticoncepción. Por otra parte, los resultados reflejan el no cumplimiento pleno de los derechos reproductivos entre las mujeres en edad reproductiva.

### **5.1. Limitaciones del estudio.**

Una de las limitaciones encontradas en la realización de este estudio es la poca información disponible sobre los servicios de planificación familiar proporcionados a las mujeres y sobre la gama de anticonceptivos y abastecimiento que estos servicios ofrecen a las mujeres.

Los datos disponibles en la ENADID 2014 no permiten realizar un análisis más detallado, que dote de elementos para hablar de las características y la calidad de los servicios, así como de la disponibilidad de las diferentes opciones de métodos anticonceptivos en las instituciones pertenecientes a los servicios públicos.

Del mismo modo, no se conocen las razones por las cuales las mujeres solteras sexualmente activas, especialmente las más jóvenes, acuden a los proveedores del sector privado (farmacias y tiendas), aunque se presume que puede ser por el estigma asociado al uso de anticonceptivos por su edad y condición de unión, además de la falta de adecuados servicios anticonceptivos para jóvenes no

unidas, pues los programas se enfocan a la atención de mujeres unidas. Los pocos esfuerzos de servicios amigables para adolescentes y jóvenes no han sido exitosos, dejando en especial vulnerabilidad a aquellas que son señaladas por ser solteras. Aunque los anticonceptivos por ley son gratuitos y se pueden conseguir en cualquier institución gubernamental, el hecho de que las jóvenes prefieran pagar por ellos pudiera estar indicando nuevamente la falta de información a la que tienen acceso.

## **5.2. Recomendaciones de política.**

Los programas de planificación familiar necesitan ser mejorados en su cantidad, calidad y cobertura, para garantizar que las mujeres, en particular las más jóvenes, puedan tener un fácil acceso a la consejería y a toda la gama de métodos anticonceptivos para lograr una elección libre e informada, con el fin de que usen el método que más se adecue a sus condiciones de vida y deseos reproductivos.

La producción de información debe considerar una estructura que permita indagar con mayor claridad el acceso a los servicios de salud y a los métodos anticonceptivos como satisfactores de necesidades, así como a la información y consejería entre las mujeres casadas y solteras. Las mujeres, especialmente las jóvenes necesitan información sobre anticoncepción que les permita tomar decisiones en correspondencia con sus deseos reproductivos.

Se espera que estos hallazgos sirvan a los tomadores de decisiones del sector público en materia de salud reproductiva para mejorar la oferta de métodos anticonceptivos, una que se adecue a las necesidades, preferencias y características demográficas de las usuarias. De esta forma, los métodos que se les ofrezcan podrán ser los más adecuados a su edad y perspectivas en materia de reproducción, fortaleciendo que efectivamente las mujeres puedan ejercer en la práctica sus derechos reproductivos y que no solamente se haga una oferta fija, con carencias en la información y de opciones limitadas. Los resultados apuntan a que incluso mujeres con un deseo a futuro de tener hijos llegan a ser esterilizadas o mujeres que no desean tener un hijo en el futuro deben supeditarse al uso de métodos ineficientes para prevenir embarazos, como el condón masculino.

La mejora en el diseño e implementación de las políticas públicas relacionadas con los derechos reproductivos incidirá en el cumplimiento y ejercicio de los derechos que las mujeres ya tienen, pero que por una política rígida e inadecuada no siempre ejercen, en especial cuando son jóvenes.

## **Bibliografía.**

- Adat L.A., y Andersen R. (1974) A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*. 9(3): 208-220.
- Alba, F., y Potter, J. (1986). Población y desarrollo en México: una síntesis de la experiencia reciente. *Estudios demográficos y urbanos*, 1(1), 7-37.
- Appleby, J. (1978) Modernization Theory and the Formation of Modern Social Theories in England and America. *Comparative Studies in Society and History*, 20(2): 259-285.
- Ávalos, J. (2013). Derechos reproductivos y sexuales, en Ferrer Mac-Gregor Poisot, Eduardo, coord. *Derechos humanos en la Constitución: comentarios de jurisprudencia constitucional e interamericana*. México: Suprema Corte de Justicia de la Nación, Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Bayer Healthcare Pharmaceuticals (2018). Disponible en: <https://www.your-life.com/es/pie-de-impresión>
- Beck, R.G. (1973). Economic class and access to physician services under public medical care insurance. *International Journal Health Services* 3(3): 341-355.
- Becker, G. S. (1960). An Economic Analysis of Fertility en: *Demographic and Economic Change in Developed Countries*, National Bureau of Economic Research: 209-240.
- Becker, G. S. (1981). *A treatise on the family*. Cambridge, MA: Harvard University
- Benitez R. y Cabrera G. (1966), *Proyecciones de la población de México, 1960-1980*, Banco de México, México
- Benitez, R. (1961). Análisis demográfico de México. *Biblioteca de ensayos sociológicos*. IIS-UNAM: 118.
- Bergallo, P. (2011), Courts and the Right to Health in Argentina: Achieving Fairness despite Routinization in Individual Coverage Cases?, en A. E. Yamin y S. Gloppen (eds.), *Litigating Health Rights*, Cambridge, Harvard University Press.
- Bongaarts, J. (1978) A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. *Population and Development Review* 4(1): 105-132.
- Bradley, S. E., Croft, T. N., Fishel, J. D., y Westoff, C. F. (2012), *Revising Unmet Need for Family Planning (DHS Analytical Studies No. 25 ed.)*. Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- Bulatao R. Y Lee R. (1973), *Determinants of Fertility in Developing Countries. Supply and Demand for Children*. Academic Press. 1: 288-343.
- Chávez A.M. y Menkes, C. (eds) (2010), *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la Encuesta 2006*, Secretaria de Salud-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/UNAM, México.
- Chávez, J. (2004). *Perspectiva de Género*. UNAM-Plaza y Valdés. México.
- Cleland, J y Wilson, C. (1987). Demand theories of the fertility transition: An iconoclastic view. *Population Studies* 23, 41 (1): 5-30.
- Coale, A. J. (1973). The demographic transition, *International Population Conference, Liège, UIESP, 1973*: 53-71.
- Coale, A. J. (1977). The development of new models of nuptiality and fertility. *Population*: 131-154.
- CONAPO (2016), *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva*, Consejo Nacional de Población, México: 238.
- CPEUM (1917) *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Capítulo I de los Derechos Humanos y sus Garantías, Artículo 4, (Reformado Mediante Decreto Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1974)*,

- Darroch, J. y S. Singh (2013), "Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008, and 2012: an analysis of national surveys", *The Lancet*, Vol. 381, (9879) : 1756-1762.
- Davis, K. y Blake, J. (1956). *Social structure and fertility: an analytic framework*, *Economic development and cultural change*, 4: 211-235
- DAWN. (2018). *Development Alternatives with Women for a New Era*. Recuperado el 9 de marzo de 2018, de <http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/ficha.php?Entidad=Agentes&id=2644>
- Demeny P. (1968) Early fertility decline in Austria-Hungary: A lesson in demographic transition. *Daedalus*. 97: 502-522.
- Dieterlen, P. (2015) *Justicia distributiva y salud*, FCE, UNAM: 201
- DOF. (1936). *Ley General de Población*. Diario Oficial de la Federación. 28 de diciembre de 1936.
- DOF. (1947). *Ley General de Población*. Diario Oficial de la Federación. 31 de diciembre de 1947.
- DOF. (1974). *Ley General de Población*. Diario Oficial de la Federación. 7 de enero de 1974.
- DOF. (1994). *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar*. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993.
- DOF. (1996). *Ley General de Población*. Diario Oficial de la Federación. 23 de octubre de 1996.
- Donabedian, A. (1973) *Aspects of Medical Care Administration*. Harvard University Press, Boston.
- Dyson, T. y M. Murphy, (1985). The onset of fertility transition-*Population and Development Review*, 11, 3.
- Easterlin, R. A. (1978) *The Economics and Sociology of Fertility: A Synthesis* en Tilly, ed., *Historical Studies of Changing Fertility*. Princeton: Princeton University Press.
- Easterlin, R., y Crimmins, E. (1985). *The fertility revolution, a supply-demand analysis*, Chicago, University of Chicago Press.
- Espenshade, T. (1978) How the Trend Towards a Stationary Population Affects Consumer Demand, *Population Studies* 32: 147-158.
- Fawcett, J.T. (1983). Perceptions of the value of children: satisfaction and costs, in R. Bulatao, R. Lee, *Determinants of Fertility in Developing countries*, vol. I, *Supply and Demand of Children*, New York academic Press.
- FIGO. (2012). *Emergency Contraceptive Pills Medical and Service Delivery Guidelines*. International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO). 3rd Edition.
- Figuroa, J.G., Aguilar, B.M. e Hita, M.G. (1994) Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos a través de un enfoque de conflictos, en *Estudios Sociológicos*, 12, (34).
- Fraisse, G. Y. (2001). Introducción. En G. Duby, y P. Michelle, *Historia de las mujeres* 4, 21-27. Madrid: Santillana.
- Gayet, C. y Gutiérrez J.P. (2014). Calendario de inicio sexual en México. Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. *Salud Pública de México*, vol. 56, núm. 6, pp. 638-647
- Gayet, C. y Juárez F. (2016). Necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos. En: Consejo Nacional de Población, *Situación de la salud sexual y reproductiva*, CONAPO, México.
- Gómez-Inclán S. y Durán-Arenas L. (2017) El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública* 59: 236-247.
- Greenhalgh, S., (1988) Toward a Political Economy of Fertility: Anthropological Contributions *Population and Development Review*, 16, 1: 85-106.
- Hatcher, R., Trussell, J., Nelson, A., Cates, W., Stewart, F. y D. Kowal. (2009) *Contraceptive technology 19<sup>th</sup>*. Revised edition. Ardent Media Inc. New York.
- Hobcraft J. and Little, R.J.A. (1984) Fertility Exposure Analysis: A New Method for Assessing the Contribution of Proximate Determinants to Fertility Differentials. *Population Studies* 38(1): 21-45.



- Human Rights Watch (2005) World Report. Recuperado el 9 de Marzo de 2018, de: <https://www.hrw.org/legacy/wr2k5/wr2005.pdf>
- IMSS (1988). Bases Generales de las Actividades de Educación para la Salud Reproductiva. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. México, 1998.
- INEGI. (1972). IX Censo General de Población 1970. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (2015). Encuesta Intercensal. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI. (2015a). Principales resultados de la ENADID 2014. Aguascalientes, México: INEGI.
- IPPF (2008) Campaña por el acceso universal a la salud reproductiva. Planificación Familiar, empoderamiento de la mujer e igualdad género. Recuperado el 20 de febrero de 2018, de: [www.countdown2015europe.org/.../IPPF\\_Factsheet-1\\_Empowermen](http://www.countdown2015europe.org/.../IPPF_Factsheet-1_Empowermen)
- Juarez F. y Gayet C. (2018) De la fecundidad a la salud reproductiva. Tendencias y temas actuales, en: Sobrino LJ and Giorguli S, ed., *Dinámica demográfica de México*, México.
- Juárez, F. Quilodrán, J. y De Cosío, M.E.Z. (1989). De una fecundidad natural a una controlada: México 1950-1980. *Estudios demográficos y urbanos*, 5-51.
- Juárez, F. y J. Valencia, (2010). Las usuarias de métodos anticonceptivos y sus necesidades insatisfechas de anticoncepción, en Chávez, A.M. y Menkes, C. (editoras), *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la Enadid 2006*, Secretaria de Salud-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/UNAM, México.
- Juárez, F., Palma, J.L., Singh S. y Bankole A. (2010). Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en México: Retos y oportunidades. Nueva York: Guttmacher Institute.
- Juárez, F., Singh S., Maddow-Zime,t I. y Wulf, D. (2013), Embarazo no planeado y aborto inducido en México. Causas y consecuencias, Instituto Guttmacher y El Colegio de México.
- Juárez, Fátima et al. (2010), Barreras para la maternidad segura en México, Guttmacher Institute, Nueva York. [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/maternidad-seguramexico\\_0.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/maternidad-seguramexico_0.pdf)
- Juárez, Fátima et al. (2013), Embarazo no planeado y aborto inducido en México. Causas y consecuencias, Instituto Guttmacher y El Colegio de México, Nueva York. <https://www.guttmacher.org/pubs/Embarazo-no-deseado-Mexico.pdf>
- KnodelL, J. y Van de Walle, E. (1979). Lessons from the Past: policy implications of historical fertility studies, *Population and Development Review* 5, 2: 217-245
- Lagarde, M. (1990.). *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.
- Lamas, M. (2010). Maternidad voluntaria y aborto. *Géneros* 6, época 2, año 16. 109-122.
- Lamas, M. (2017). La interrupción legal del embarazo. El caso de la Ciudad de México. FUE-UNAM.
- Landry A. (1934). *La révolution démographique. Etudes et essais sur les problèmes de population*, Paris, Sirey : 231.
- Leasure, J. W. (1963). Factors involved in the decline of fertility in Spain 1900-1950. *Population Studies*, 16(3): 271-285.
- Lerner, S., y Szasz, I. (2008). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. México. El Colegio de México.
- Lerner, S., y Szasz, I. (2013). Necesidades y derechos en salud reproductiva. Elementos para considerar en una legislación actualizada en Valdés, Luz María, *Hacia una nueva Ley General de Población*. México. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México: 47-68.
- Lesthaeghe, R. (1989). *Reproduction and social organization in sub Saharan Africa*, 4. University of California Press.

- Lesthaeghe, R. y Vanderhoeft C. (1999). Une conceptualisation des transitions vers de nouvelles formes de comportements. Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie, Dominique Tabutin, Instituto de demografía, Universidad Católica de Lovaina/L'Harmattam.
- Levesque J.F., Harris M. y Russell G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*: 12-18
- Lopez LM, Stockton LL, Chen M, Seiner MJ, Gallo MF. (2014). Behavioral interventions for improving dual-method contraceptive use. *Cochrane Database Syst Rev*. 30 (3)
- Loyo, G. (1963). Población y desarrollo económico, México, Selección de Estudios Latinoamericanos.
- Marks, G. (2009). Modernization Theory and changes over time in the reproduction of socioeconomic inequalities in Australia, *Social Forces*, 88, 2:917-944.
- Martos, A. (2009). Breve historia del condón y de los métodos anticonceptivos. Nowtilus.
- Mc Nicoll, G. (1980). Institutional Determinants of Fertility Change, *Population and Development Review* 6, 3: 441-462
- McClelland, G. (1983). Family size desires as measures of demand en: Bulatao, R. Y Lee R. (Eds.), *Determinants of Fertility in Developing Countries. Supply and Demand for Children*. Academic Press. 1: 288-343.
- Mechanic D. (1979). Correlates of physician utilization: why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects? *J Health Soc Behav* 20 (4): 387-96.
- Menkes, C. Y Suárez, L. (2004), Sexualidad y embarazo adolescente en México, *Papeles de Población*, núm. 35, pp. 233-262.
- Montenegro-Pereira, E. Lara- Ricalde, R. Vélazquez-Ramírez, N. (2005) Implantes anticonceptivos, *Perinatol Reprod Hum* 2005; 19: 31-43.
- Norplant (1990) Contraceptive Subdermal Implants. Manual for clinicians. The Population Council.
- Notestein, F.W. (1945). Population, the long view, in Schultz, E. (ed.), *Food for the world*, University of Chicago Press: 36-57.
- OMS. (2005). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud.
- ONU (2006). Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Preguntas frecuentes sobre el enfoque de Derechos Humanos, New York y Ginebra.
- ONU. (1946). Naciones Unidas. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 9 de marzo de 2018, de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- ONU. (1948). Naciones Unidas. Declaración de los Derechos Humanos. Recuperado el 9 de marzo de 2018, de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- ONU. (1966). Naciones Unidas. Pacto por los derechos civiles y políticos. Recuperado el 9 de marzo de 2018, de <http://www.ohchr.org/SP/professionalinterest/Pages/CCPR.aspx>
- ONU. (1966b). Naciones Unidas. Pacto por los derechos económicos, sociales y culturales. Recuperado el 9 de marzo de 2018, de <http://www.ohchr.org/SP/professionalinterest/Pages/CESCR.aspx>
- ONU. (1968). Naciones Unidas. Primera Conferencia Internacional de Derechos Humanos. Recuperado el 9 de marzo de 2018, de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/OTROS%2016.pdf>
- ONU. (1974) Naciones Unidas. Conferencia Mundial de Población. Recuperado el 9 de marzo de 2018, de <http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml>
- ONU. (1979). Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Recuperado el 9 de marzo de 2018, de <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

- ONU. (1984). Naciones Unidas. Conferencia Internacional de Población en México 1984 Recuperado el 9 de marzo de 2018, de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/187567/Parte\\_XVI\\_-\\_Anexos.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/187567/Parte_XVI_-_Anexos.pdf)
- ONU. (1994). Naciones Unidas. Conferencia Mundial de Población y Desarrollo en El Cairo. Recuperado el 9 de marzo de 2018, de: [http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/poa\\_sp.pdf](http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/poa_sp.pdf)
- ONU. (1995). Naciones Unidas. La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Recuperado el 9 de marzo de 2018, de [http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa\\_s\\_final\\_web.pdf?La=es&vs=755](http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_s_final_web.pdf?La=es&vs=755)
- ONU. (1998). Naciones Unidas. Estatuto de la Corte Penal Internacional. Recuperado el 9 de marzo de 2018, de [http://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome\\_statute\(s\).pdf](http://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute(s).pdf)
- ONU. (1999). Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Sexuales. Recuperado el 9 de marzo de 2018, de <http://www.espill.org/wp-content/uploads/2016/01/Derechos-Sexuales-1997.pdf>
- ONU. (2013). Naciones Unidas. Consenso de Montevideo. Recuperado el 9 de marzo de 2018, de: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf)
- OPS. (2009). Curso de gestión de calidad y buenas prácticas de laboratorio. Organización Panamericana de la Salud.
- Peláez Mendoza, J. (2011). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1) Recuperado en 19 de febrero de 2018, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2016000100011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011&lng=es&tlng=es).
- Peláez, J. (2016). Estudio actualizado de la anticoncepción en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* Disponible en: <http://revginobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/41>
- Potter J. y Santelli J.S. (2015). Adolescent contraception: review and guidance for pediatric clinicians. *Minerva Pediatr.* 67: 33-45.
- Potter, J. (1984) Una apreciación del papel de las variables intermedias en el descenso de la fecundidad Latinoamericana, en *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*. UNAM, El Colegio de México.
- Pullum, T.W., Casterline, J.B, y Juárez F. (1985). Changes in fertility and contraception in Mexico, 1977-82. *International Planning Perspectives*, 11, 2: 40-47.
- Quintanilla, M. (2002) Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. *Secretaría de Salud, México*: 9-19.
- Rodríguez MJ. (2015). Anticoncepción. ¿Qué necesitan los adolescentes? *ADOLESCERE*. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. 2015;3(2).
- Rojas, O. Y José Luis Castrejón (2011). “Género e iniciación sexual en México. Detección de diversos patrones por grupos sociales”. *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol.26, núm. 1, enero-abril, pp. 75–111
- Sanyo, S. Molina, R. (2015). Historia de la Anticoncepción Manual en línea del Centro Latinoamericano de salud y mujer. Recuperado el 9 de Marzo de 2018, de: <http://www.celsam.org/home/manual.asp?cvemanua>
- Siurana, J.C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural
- SS. (2001). Programa de Acción: Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud.
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, 10 (39): 725–746.

- Stern, C. Y Diana R. (2001), Programas de salud reproductiva para adolescentes en el Distrito Federal, estudio de dos servicios de atención, Documento de Trabajo núm. 5, México, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.
- Stern, C. y Menkes C. (2008) Embarazo adolescente y estratificación social, en Lerner y Szasz (comps.), Salud reproductiva y condiciones de vida en México, 1, El Colegio de México, México: 347-396.
- Szasz, I. (1995), Sexualidad y salud reproductiva en Demos núm. 8. Carta demográfica sobre México, México.
- Thompson, W. (1929), Population, American Journal of Sociology, 34 (6): 959-75.
- Urquidi, V. L. (1967). El crecimiento demográfico y el desarrollo económico latinoamericano, en Demografía y Economía, 1, (1).
- Urquidi, V. L. (1973). Problems of Family Planning in Mexico Population and Development, en Gaceta Medica Mexicana, 105 (5).
- Van de Kaa, D. (1987). Europe's second demographic transition. Population Bulletin, vol. 42, núm. 1, Washington, D. C.
- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. Revista Biomédica, 9(2), 116-121.
- Veritas. Revista de Filosofía y Teología, 22: 121-157.
- Welti, C. (2012). Análisis de la fecundidad en México con los datos del Censo de Población y Vivienda 2010. Papeles de población, 18 (73): 31.
- Zavala, M.E. (1990). La transición demográfica en América Latina y en Europa. CEPAL. Notas de población. 56.