

EL COLEGIO DE MEXICO
CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRAFICOS Y DE DESARROLLO URBANO

UN ESTUDIO SOBRE LA ANTICONCEPCION
EN MEXICO A TRAVES DE LAS ENCUESTAS
RETROSPECTIVAS DE FECUNDIDAD
(1976-77 A 1987)

T E S I S

que para optar por el grado de
Maestría en Demografía presenta

Silvia Raquel Llera Lomelí

México, D.F., 1990

AGRADECIMIENTOS

A Fátima Juárez que como asesora y a pesar de la distancia, me acompañó con singular paciencia y dedicación en la elaboración de esta Tesis. Gracias por sus valiosas observaciones y comentarios.

Al Prof. José Morelos por la confianza, el apoyo y las oportunidades que me facilitaron la conclusión de la presente.

A mis profesoras Julieta Quilodrán y Beatriz Figueroa, por los conocimientos y experiencia transmitidos.

A "Rosy" Pineda, que no escatimó esfuerzos por brindarme un excelente apoyo secretarial.

INDICE

INTRODUCCION	i
1. CONSIDERACIONES GENERALES.	1
Invención de los Primeros Anticonceptivos	1
Panorama Nacional.	5
2. LA DINAMICA DEMOGRAFICA Y LOS CAMBIOS OPERADOS EN LAS POLITICAS DE POBLACION EN MEXICO A PARTIR DE 1940. .	9
3. LA PLANIFICACION FAMILIAR Y EL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN MEXICO.	20
Antecedentes Jurídicos.	20
La Práctica Anticonceptiva y los Objetivos del Programa Nacional de Planificación Familiar.	27
4. FUENTES DE INFORMACION Y METODOLOGIA.	31
Las Encuestas Demográficas en México.	31
Características Específicas de las Encuestas Retrospectivas de Fecundidad, EMF, END y ENFES.	35
Dimensión de los Fenómenos o Variables.	36
5. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.	40
Métodos Reversibles	41
Métodos Definitivos	53
6. NIVELES Y TENDENCIAS DE LA PRACTICA ANTICONCEPTIVA EN MEXICO: 1976-1987.	58
Introducción	58
Tendencias Generales	59
Análisis por Tipo de Método	64

Análisis de acuerdo al Sexo del Usuario.	67
Análisis por Tamaño de la Localidad de Residencia.	70
Análisis por Nivel de Escolaridad.	74
Análisis por Grupos Quinquenales de Edad.	78
Análisis por Paridad.	95
CONCLUSIONES	103
BIBLIOGRAFIA	112

INDICE DE CUADROS

No.	Título	Pág.
2.1	Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y Crecimiento Natural	14
6.1	Porcentaje de Usuarios por Método y Sexo.	62
6.1a.	Cambios Porcentuales de los Métodos Más Utilizados.	62
6.2	Prevalencia Anticonceptiva: Niveles de Efectividad Alcanzados, México 1976-1987.	63
6.3	Prevalencia Anticonceptiva de Acuerdo al Tamaño de la Localidad, México (1976-77 a 1987).	72
6.5	Mujeres en Edad Fértil Usuarias de algún Método Anticonceptivo: Gran Bretaña (1983) Y E.U.A. (1982).	94
6.4	Mujeres Usuarias de algún Anticonceptivo de acuerdo a su Grado de Escolaridad.	77
6.6	Distribución Porcentual de Mujeres Usuarias de Algún Método Anticonceptivo por Grupos Quinquenales de Edad, México, (1976-77, 1982 y 1987), Estados Unidos (1982) y La Gran Bretaña (1983).	91
6.6a	Diferencias Porcentuales entre Valores Máximos y Mínimos de Niveles de Uso para Cada Período . . .	93
6.7	Mujeres Expuestas Usuarias de Algún Método Anticonceptivo de Acuerdo a Su Paridad en Tres Momentos en el Tiempo, México, 1976-77 a 1987	98
6.7a	Diferencias Porcentuales Por Paridad, México 1976-77 a 1987	99

INDICE DE GRAFICAS

No.	Título	Pág.
2.1	Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y Crecimiento Natural	13
6.1	Distribución Porcentual de Mujeres Usuarias y No Usuarias de algún Método Anticonceptivo, México (1976-1987).	61
6.2	Porcentaje de Mujeres Expuestas Usuarias por Tipo de Método, México (1976-77 a 1987).	66
6.3	Comparación entre la Prevalencia Anticonceptiva Femenina Y Masculina, México (1976-77 a 1987.	69
6.4	Prevalencia Anticonceptiva en México por Tamaño de Localidad, (1976-77 a 1987).	73
6.5	Niveles Porcentuales en la Práctica Anticonceptiva de Acuerdo al Nivel de Escolaridad, México (1976-77 a 1987).	76
6.6	Práctica Anticonceptiva por Grupos de Edad, E.U.A. y Gran Bretaña.	86
Fig. 6.1	Niveles de Practica Anticonceptiva por Grupos de Edad: Análisis Comparativo entre México. E.U.A. y La Gran Bretaña.	87
6.7	Niveles de Prevalencia Anticonceptiva en México por Grupos Quinquenales de Edad, México 1976-77 a 1987.	88
6.7a	Práctica Anticonceptiva, Comparación entre Generaciones, México 1976-77 a 1987	89
Fig. 6.2	Niveles de Practica Anticonceptiva en México por Grupos de Edad (1976-77 a 1987).	87

6.8	Diferencias Porcentuales en la Práctica Anticonceptiva entre los Grupos Contiguos de Edad, México 1976-77 a 1987	92
6.9	Práctica Anticonceptiva de Acuerdo a la Paridad de las Mujeres, México (1976-77 a 1987)	100

INTRODUCCION

La práctica anticonceptiva es un tópico muy difícil de abordar y analizar. Esto se debe básicamente a que en el uso de anticonceptivos intervienen una serie de fenómenos muy complejos, de naturaleza ideológica, que hacen que su captación y estudio sean bastante complicados. Sin duda, el hecho de acudir cotidianamente o no a la regulación de los nacimientos, se vincula estrechamente con los patrones culturales prevalecientes en cada época y región, así como con las diversas concepciones que se han tenido sobre la fecundidad (maternidad), y la sexualidad. Los patrones culturales a su vez se encuentran conformados por códigos morales, creencias religiosas, idiosincrasias prevalecientes (e.g. el machismo), etc. que pueden obstaculizar o favorecer la incorporación de la población a la práctica anticonceptiva.

En México, no es sino hasta finales de la década de los sesentas que se inicia la recopilación de información al respecto a través de diversas encuestas. Gracias a éstas, se sabe que la práctica anticonceptiva en el país no adquirió dimensiones significativas sino a partir del cambio que se experimentó en el primer quinquenio de los años setentas en la política poblacional del país, que pasó de una orientación poblacionista a una de carácter antinatalista. En la presente investigación se ofrecerá con detalle estos cambios ocurridos en la práctica anticonceptiva de la población, a partir de la implantación del Plan Nacional de Planificación Familiar, instrumento teórico orientador de las acciones tendientes a

poner en práctica la nueva política controlista.

Los objetivos que se intentan cubrir en el estudio son, en primer lugar, indagar si los patrones (niveles y tendencias), de la prevalencia anticonceptiva observados de 1976-77 hasta 1982, continuaron vigentes durante el siguiente período de cinco años (1987). Para ello, se llevará a cabo un análisis de los cambios (si es que se dieron), y diferenciales entre las proporciones de uso de anticonceptivos en los diferentes subgrupos de población de acuerdo a su perfil socio-demográfico.

En segundo lugar, se pretende establecer las posibles relaciones existentes entre la variable dependiente (uso de anticonceptivos) y las independientes (demográficas y socio-económicas).

El trabajo se ha organizado en seis capítulos. Los primeros tres forman, en cierto sentido, una unidad, ya que tienen un objetivo común: el de ofrecer un marco teórico que brinde al lector algunos antecedentes sobre el fenómeno en estudio, la práctica anticonceptiva. Este marco teórico abarca consideraciones generales sobre los primeros anticonceptivos de que se tiene información en épocas antiguas. En segundo término, y a un nivel más específico, se mencionan los hallazgos aportados por algunas investigaciones sobre la práctica anticonceptiva en México.

En el segundo capítulo se presenta un panorama general sobre la dinámica demográfica en México a partir de 1940, donde se intenta relacionar ésta, con el desarrollo socio-

económico del país y los cambios operados en las políticas de población.

Particularizando en el caso mexicano, el Capítulo 3 ofrece una síntesis de los puntos más importantes concernientes a los antecedentes jurídicos y lineamientos teóricos de la planificación familiar en el país.

En el siguiente capítulo se describen las principales características de las fuentes de información y la metodología empleadas para el desarrollo de la investigación.

El Capítulo 5 ofrece las características más relevantes de los métodos anticonceptivos efectivos y modernos de mayor utilización en México. Aquí se tratan con detalle el funcionamiento, las contraindicaciones y efectos secundarios de los métodos a los que más ha recurrido la población del país. Esta sección fue incluida en el estudio con el fin de brindar información que permita al lector, al revisar el último capítulo, ponderar la importancia que tiene sobre la salud de la mujer, el hecho de recurrir a determinados métodos.

Finalmente, el último capítulo que ciertamente es la columna vertebral de la investigación, presenta un análisis detallado, sin pretender ser exhaustivo, sobre los cambios experimentados a nivel nacional, en los patrones de uso de métodos anticonceptivos desde 1976-77 (período previo a la implantación del Plan Nacional de Planificación Familiar) hasta 1987. En éste además se examinarán los diferenciales que de acuerdo al perfil socio-demográfico de la población se han verificado en la práctica anticonceptiva.

1. CONSIDERACIONES GENERALES.

Invención de los Primeros Anticonceptivos

En la invención, desarrollo y uso de los métodos anticonceptivos han intervenido las diversas teorías que a lo largo de la historia se han conformado alrededor de la relación población y desarrollo socio-económico. Por ejemplo, la llamada "revolución anticonceptiva", fenómeno del presente siglo, surge precisamente, como resultado del espíritu antinatalista difundido en los años sesenta, que visualizaba al crecimiento demográfico en relación inversa al desarrollo socio-económico de los pueblos. Sin embargo, y a pesar de que estos factores ideológicos que involucran procesos económicos y socio-culturales, han determinado en buena medida el uso masivo de anticonceptivos, se sabe que la invención y utilización de medios o formas para evitar la concepción data de mucho tiempo atrás. Hay quienes afirman que desde la antigüedad y varios siglos antes de que hubiese cualquier tipo de movimiento antinatalista o de planificación familiar que les informara como evitar el embarazo, las mujeres ya intentaban controlar su fecundidad a través de varios métodos, naturales (fundamentalmente abstinencia sexual y retiro) y mecánicos como lo son el condón y diafragma (Population Reports, 1985).

Algunas investigaciones han afirmado que el condón existía desde 1350 AC en Egipto y que en la antigua Sumatra, hace miles de años, las mujeres fabricaban dedales para cubrir el

cuello del útero y evitar la concepción (Brito De Marti, 1988). También se ha comentado que, cientos de años antes de Cristo, se empleaban, en el Medio Oriente, métodos de barrera tales como esponjas y diafragmas cervicales (Hartmann, 1987).

"El papiro Petri, escrito en Egipto alrededor de 1850 A.C., describía una sustancia gomosa que se utilizaba para bloquear el cervix y un pesario espermaticida hecho en parte con estiércol de cocodrilo. Una sección del Talmud que data del siglo II A.D. recomendaba que las mujeres que necesitaban evitar un embarazo..... se insertaran en la vagina una esponja humedecida antes del coito. Un médico griego del siglo VI, Aëtios, describió pesarios vaginales en parte hechos de pulpa de granada o de higo. Las prostitutas del antiguo Japón y China se colocaban trozos de bambú aceitado contra el cervix a fin de evitar el embarazo.... Gran parte de los materiales empleados eran muy ácidos y por consiguiente espermaticidas (Population Reports, 1985).

Esta información indica que desde hace varios siglos, existía ya cierta tecnología, generalmente clandestina, para evitar o interrumpir la concepción, alguna efectiva y otra ineficaz, alguna práctica y otra mágica, alguna segura y otra peligrosa. Parece ser que el aborto, fue uno de los más frecuente recursos para controlar la fecundidad (Gordon, 1980).

Algunas descripciones encontradas del condón, escritas desde el siglo XVI, permiten asegurar que desde la antigüedad ya se usaban algunos medios anticonceptivos. Estas descripciones señalan que los condones se elaboraban con intestinos de borrego (Shapiro, 1987) y, a pesar de que a mitad del siglo XIX se desarrollaron algunos métodos semejantes al diafragma y al dispositivo intrauterino (DIU), por ser poco confiables y peligrosos (además de no estar fácilmente disponibles), el condón continuaba siendo el único método anticonceptivo que

ofrecía seguridad y confiabilidad frente al embarazo, pese a que éste se usaba generalmente por motivos profilácticos.

"Los primeros anticonceptivos femeninos de barrera modernos -el diafragma y la copa cervical- se desarrollaron en el siglo XIX. F.A. Wilde,.... ginecólogo alemán, fabricó la primera copa cervical en el año 1838" (Population Reports, 1985). En 1843, al surgir el proceso de vulcanización, fue posible la incorporación del hule en la producción del condón y diafragma. La reciente industria del caucho permitió la elaboración de estos productos de mejor calidad, mayor duración y menor costo. Para finales del siglo XIX, el condón de hule se manufacturaba y se anunciaba ampliamente (Shapiro, 1987). Si bien es cierto que la finalidad principal del uso del condón estaba relacionada a la protección contra la transmisión de enfermedades venéreas, en última instancia, actuaba también como método anticonceptivo.

A finales del siglo XIX, los métodos de barrera tuvieron gran difusión en Alemania, Inglaterra y los Países Bajos, inclusive, en Amsterdam, surgió la primera clínica anticonceptiva del mundo en 1882 (Hartmann, 1987). Simultáneamente, en Europa, se usaban ya los dispositivos intrauterinos y espermaticidas. En Estados Unidos, sin embargo, no es sino hasta 1920 "que el diafragma pasó a ser de fácil acceso.... cuando Margaret Sanger lo introdujo en sus clínicas después de una visita a Europa. Ella persuadió a una empresa norteamericana... para que produjera los primeros diafragmas en Estados

Unidos en 1923" (Population Reports, 1985).

En cuanto a los espermaticidas modernos, los primeros se vendieron en Londres en 1885 y estaban elaborados de manteca de cacao y sulfato de quinina. Todavía, hasta la década de los 20s éstos se fabricaban con sustancias similares: "manteca de cacao o gelatina como base, más sulfato de quinina, quinisol o un ácido débil como agente espermaticida" (Population Reports, 1985). Posteriormente, se empezaron a producir tabletas espermaticidas que "liberaban dióxido de carbono para crear un efecto efervescente y espumante, mientras otras fórmulas utilizaban acetato fenilmercúrico, un espermaticida más potente" (Population Reports, 1985).

Para los años cincuentas, el diafragma y el condón eran los anticonceptivos de uso más común. Sin embargo, la tecnología anticonceptiva no se desarrolló significativamente sino hasta que, ante el acelerado crecimiento demográfico de los países tercermundistas, las potencias desarrolladas impusieron la ideología antinatalista. Hasta antes de este momento (mediados del presente siglo), los únicos medios confiables para evitar o interrumpir el embarazo eran la abstinencia sexual y los métodos de barrera (condón y diafragma). En menor grado se utilizaban los dispositivos intrauterinos (DIU) y el aborto ilegal. Para la mayoría de las mujeres, las fuentes de información sobre métodos anticonceptivos eran sus amigas, vecinas y familiares. A partir de 1960 esta situación se modificó drásticamente ya que salió al mercado el primer

anticonceptivo hormonal: la pastilla. Así se marcaba el inicio de la llamada "revolución anticonceptiva". A partir de entonces se empezaron a destinar una gran cantidad de recursos financieros para la investigación y logro de mayor efectividad de los métodos anticonceptivos¹, fundamentalmente de tipo femenino.

Panorama Nacional.

Ciertamente existen muy pocos estudios que se han ocupado de indagar los antecedentes de la práctica anticonceptiva en México, y éstos han sido sobre todo de carácter antropológico. Sin embargo, gracias a éstos, se ha podido determinar que desde épocas antiguas, algunas mujeres mexicanas ya tenían cierta inquietud por evitar los nacimientos. Si bien es cierto que la mayoría de los métodos utilizados resultaban no sólo poco eficaces sino además peligrosos (por ser abortivos), lo cierto es que había una gran variedad de "recetas" o "medios" que se utilizaban con el propósito de evitar la concepción.

En un sentido riguroso, poco se conoce sobre la práctica anticonceptiva en el país previa a 1976. Las primeras fuentes de información que arrojaron datos al respecto fueron la Encuesta de Fecundidad Urbana, PECFAL-Urbano, 1964 y la Encuesta de Fecundidad Rural, PECFAL-RURAL, 1969-1971). Gracias a éstas se supo que, aunque no en forma generalizada,

¹ Organismos que se distinguieron por el financiamiento otorgado para dicho propósito fueron la Fundación Ford, la Fundación Rockefeller y el Population Council. (HARTMANN, 1987).

el uso de métodos anticonceptivos (eficientes o no), ya se venía dando en México, aún antes de los años setentas (García, 1983).

En esta práctica incipiente probablemente jugó un papel importante la iniciativa privada que para finales de la década de los cincuentas y principios de los sesentas, ya se encontraba realizando algunas actividades de planificación familiar (Urbina, 1984). Sin embargo, la distribución de métodos anticonceptivos no alcanzó niveles de gran magnitud sino hasta que, a partir de 1976, con los cambios acaecidos en las políticas de población, todas las instituciones del sector salud se dieron a la tarea de implementar, organizada-mente y en forma conjunta, el Programa Nacional de Planificación Familiar.

Efectivamente, desde 1975 se experimenta en el país una brusca caída de las tasas de natalidad y a partir de la información proporcionada por las encuestas retrospectivas de fecundidad, se lograron determinar algunas de las características de este importante descenso de la fecundidad y el papel que, al respecto, ha jugado la planificación familiar a través de la distribución masiva de anticonceptivos en el país.

Varios autores han mostrado que el factor que ha explicado en mayor medida este descenso de la fecundidad, ha sido el uso de anticonceptivos. Joseph Potter (1984), al aplicar el Modelo de Bongaarts sobre varios países de América Latina (incluyendo México), y con base a la información

recopilada a través de varias encuestas², señala en sus conclusiones que en general, el índice (variable) que en mayor medida ha influenciado la acelerada transición en la fecundidad (experimentada en la región en las últimas dos décadas) ha sido el uso de anticonceptivos. Por otro lado, en la investigación llevada a cabo posteriormente por Pullum, Juárez y Casterline (1986), donde se aplica una variante del modelo de Bongaarts sobre la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF, 1976-77) y la Encuesta Nacional Demográfica (END, 1982), nuevamente se confirmó que, en términos generales, el uso de anticonceptivos ha sido el factor responsable más importante del descenso en la fecundidad de las mujeres.

Las investigaciones que se han realizado sobre la práctica anticonceptiva, utilizando la información generada por la EMF (1976-77) y la END (1982) entre otras, han confirmado que las campañas derivadas del Plan Nacional de Planificación Familiar provocaron una intensificación extraordinaria en el uso de métodos anticonceptivos a partir de la segunda mitad de la década de los setenta; que las instituciones de públicas de salud son las responsables del mayor porcentaje de distribución de anticonceptivos en el país; que el uso de anticonceptivos ha tenido un doble propósito: espaciamiento de los nacimientos y reducción del tamaño de la familia; que

² Serie de encuestas PECFAL-Urbano y PECFAL-Rural, patrocinadas por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE); las encuestas coordinadas por la Encuesta Mundial de Fecundidad (EMF) y para México además, la Encuesta Nacional Demográfica (END).

la distribución y práctica anticonceptiva ha sido diferencial entre las mujeres de acuerdo a su perfil socio-demográfico; que los métodos más utilizados han sido la pastilla, el Dispositivo Intrauterino (DIU) y la esterilización femenina; que los cambios en la prevalencia de la pastilla son relativamente pequeños comparados con los experimentados en la esterilización femenina o los inyectables; finalmente, que los mayores incrementos en el uso de anticonceptivos lo han reportado (por lo menos hasta 1982), las mujeres rurales y de menor educación (García, 1983; Palma, 1988; Welti, 1984; CONAPO, Programa Nacional de Planificación Familiar, 1985-1988; Juárez, 1988, Bronfman, 1986; Llera, 1990).

Como se mencionó en la Introducción, el eje orientador de la presente investigación es la de verificar estos hallazgos que cubren hasta el año de 1982, e indagar si se han llevado a cabo cambios sustanciales en los patrones de prevalencia anticonceptiva de 1982 a 1987, y la naturaleza de éstos de acuerdo a las características demográficas y socio-económicas de la población, a nivel nacional.

2. LA DINAMICA DEMOGRAFICA Y LOS CAMBIOS OPERADOS EN LAS POLITICAS DE POBLACION EN MEXICO A PARTIR DE 1940.

Durante el siglo XIX y parte del XX (hasta la década de los setentas), los distintos gobiernos mexicanos habían asumido (implícita o explícitamente), una actitud pro-natalista. Consideraban que una mayor población favorecería el desarrollo del país. Esta relación que se empezó a establecer entre población y desarrollo, se palpa en forma clara al ubicar históricamente el surgimiento de la primera Ley de Población. En las décadas de los años treinta y cuarenta, la economía nacional experimentó un fuerte impulso sobre todo bajo el gobierno de Lázaro Cárdenas. Es entonces cuando se manifiesta explícitamente el propósito de promover el crecimiento demográfico del país promulgándose en 1936 la primera Ley General de Población. Años después, en 1949, dicha política de fomento poblacional fue reafirmada por la Segunda Ley General de Población. No es sino hasta 25 años después (1973-74), que se elabora y publica la primera Ley general de población con características antinatalistas. Para entender este cambio de política poblacional, es necesario presentar un breve panorama retrospectivo de la dinámica demográfica en México.

Desde el porfiriato, y con excepción de la época revolucionaria, México había estado experimentando un incremento demográfico. A pesar de ello, los niveles de mortalidad

permanecían en niveles muy elevados. La tasa bruta de mortalidad oscilaba entre las 30 y 35 defunciones por mil habitantes. En 1895, año en que se levantó el primer censo de población con características modernas, la población se estimó en 12.6 millones. El tercer censo, efectuado en 1911, arrojó un monto poblacional ligeramente superior a los 15 millones. Este crecimiento descansó propiamente en la población nativa del país ya que la inmigración, a pesar de que trató de impulsarse como política gubernamental, no alcanzó niveles significativos (Alba, 1977).

A principios del siglo XX y como consecuencia de la crisis y deterioro del gobierno porfirista, se llevaron a cabo las primeras migraciones hacia Estados Unidos. Pocos años después, al estallar la Revolución en 1910, el crecimiento poblacional declinó. Dicho descenso se debió básicamente a las defunciones propias de la guerra, nuevos movimientos migratorios temporales y definitivos hacia Estados Unidos y sobre todo, a las muertes ocasionadas por la epidemia de "influenza española".

En el período 1930-1940, la población se repuso de los estragos de la guerra y empezando a acelerar su ritmo de crecimiento. Para 1940 se ha estimado que la población ascendía a los 20 millones de habitantes. "Entre los intentos de los años treinta por encontrar nuevas formas de evolución económica y social se encuentra el de la formulación de una política de población. Si bien ésta fue poblacionista, su

orientación difería de las ideas que habían prevalecido en épocas anteriores: la inmigración no se consideraba ya la panacea; al contrario, se propugna..... por un dinámico crecimiento de la población del territorio fomentando la fecundidad y proponiéndose abatir la mortalidad" (ALBA, 1977, p. 19).

En la década de los cuarentas, México inicia una etapa de crecimiento económico y estabilidad política. Como resultado del gobierno de Lázaro Cárdenas, precedido por casi 34 años de inestabilidad política, "El consenso social y coalición política se consolidó..... en torno a la industrialización del país" (ALBA, 1986, p. 9). Desde este momento, hasta 1970, la economía mexicana se caracterizó por un crecimiento industrial y agrícola, acompañados por un acelerado ritmo de crecimiento de la población. En este período se elaboraron algunas políticas que, aunque no habían sido diseñadas para provocar un cambio demográfico en el país, fomentaron su crecimiento. Las políticas agrarias, referidas básicamente al reparto agrario y a la modernización¹, facilitaron en cierta medida, la absorción de población en las áreas rurales. Por su parte, las políticas urbanas que tuvieron como objetivo la promoción de una rápida industrialización, también permitieron la absorción de mano de obra en estas áreas. Además, al promoverse los subsidios de servicios y alimentos básicos, de salud

¹ Promoviendo principalmente nuevas tierras de cultivo.

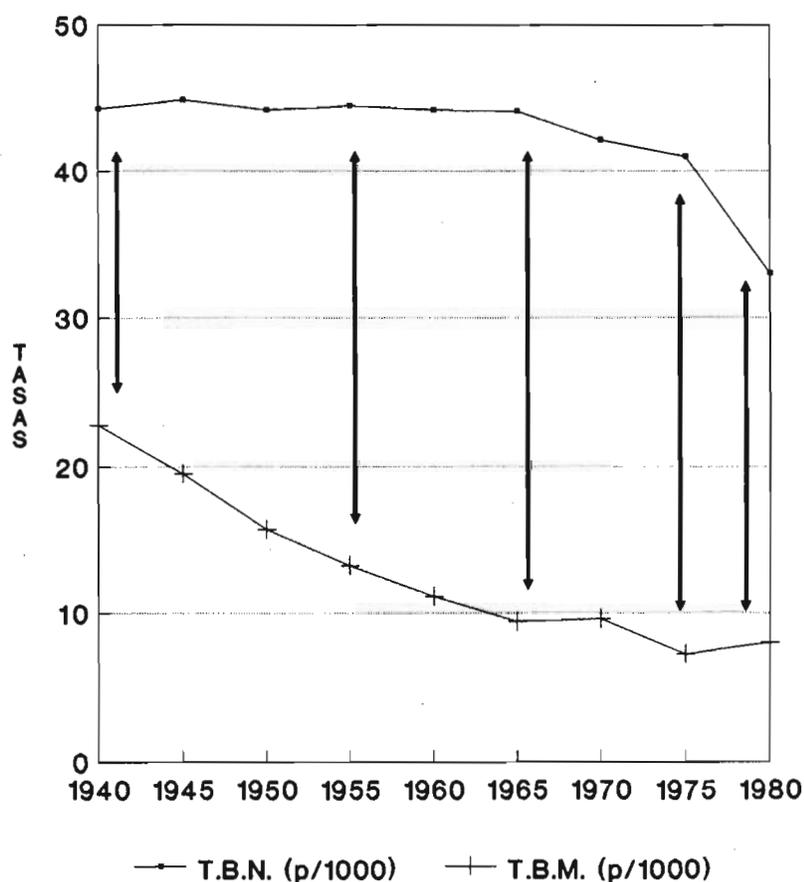
y servicios educativos, se mejoró de alguna manera el nivel de vida de la población urbana, no obstaculizando su crecimiento. En esta época "La dirigencia mexicana vió -en la expansión demográfica- un elemento de integración y soberanía nacionales y un factor propicio para la industrialización y el desarrollo económico y social del país" (ALBA, 1988, p. 19).

Aunque ya desde la década de los sesentas se empezaron a manifestar algunos gérmenes de la terciarización y marginalidad, no es sino hasta la siguiente década que, al no renovarse las políticas de fomento agrícola e industrial, éstas entraron en un estado de franca crisis. El ahorro interno ya no era suficiente y, con el fin de mantener dichas políticas, se recurrió al financiamiento externo. Esto ocasionó que México aumentara sus lazos de dependencia con las economías mundiales, sobre todo con Estados Unidos ya que el país se abrió al capital extranjero y a las empresas transnacionales. Esto dio origen a los fenómenos de transferencia y dependencia tecnológicas.

Una de las consecuencias de esta transferencia, en el área demográfica, fue el descenso extraordinario de la mortalidad (ver Gráfica 2.1, Cuadro 2.1.), debido a la importación de tecnología sanitaria y médica proveniente de los países desarrollados. Esta baja espectacular en los niveles de la mortalidad, aunado a una elevada fecundidad (prácticamente estable), provocó en México, como en otros

países latinoamericanos, el inicio de un acelerado crecimiento de población hasta 1975 (marcado con dobles flechas en la Gráfica 2.1, Cuadro 2.1). Los datos correspondientes a 1980 indican una fuerte baja poblacional, que parece resultar, como veremos más adelante, de las acciones del Plan Nacional de Planificación Familiar.

GRAFICA 2.1.
TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD
MEXICO 1940-1980



Fuente: Cuadro 2.1

CUADRO 2.1.

Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y Crecimiento Natural
México, 1930 - 1981

Año	TBN	TBM	TCN	Año	TBN	TBM	TCN
1930	49.40	26.60	2.30	1964	44.60	9.80	3.48
1935	41.30	22.00	1.90	1965	44.10	9.40	3.47
1940	44.30	22.82	2.10	1966	44.10	9.60	3.45
1945	44.90	19.51	2.50	1967	43.20	9.20	3.40
1950	44.20	15.70	2.85	1968	43.40	9.60	3.38
1951	43.20	16.70	2.65	1969	42.60	9.40	3.32
1952	42.30	14.50	2.78	1970	42.10	9.60	3.25
1953	43.30	15.30	2.80	1971	42.50	8.70	3.38
1954	44.60	12.60	3.20	1972	43.20	8.80	3.44
1955	44.50	13.20	3.13	1973	45.80	8.20	3.76
1956	44.70	11.50	3.32	1974	45.00	7.50	3.75
1957	45.00	12.60	3.24	1975	41.00	7.20	3.38
1958	42.50	11.90	3.06	1976	38.00	7.30	3.07
1959	45.10	11.30	3.38	1977	38.00	7.00	3.10
1960	44.20	11.10	3.31	1978	36.00	6.20	2.98
1961	43.80	10.30	3.35	1979	34.00	8.20	2.58
1962	43.90	10.40	3.35	1980	33.00	8.00	2.50
1963	43.80	10.30	3.35	1981	32.20	8.00	2.42

Fuentes:

- * TBN, TBM y TCN de 1930 y 1935:
"Anuario Estadístico 1938", Srfa. de la Economía Nacional, Dirección General de Estadística, México, D.F., 1939.
- * TBN, TBM y TCN de 1940:
"Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 1942", Secretaría de Economía, Direcc. Gal. de Estadística, México, 1948.
- * TBN, TBM y TCN de 1945:
"Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 1943-1945", Secretaría de Economía, Direcc. Gal. de Estadística, México, 1950.
- * TBN, TBM y TCN de 1978 a 1981:
O.N.U., "México", Ed. O.N.U., Nueva York, 1989.
- * TBN, TBM y TCN restantes:
O.N.U., "Case Studies in Population Policy: Mexico", Ed. O.N.U., Nueva York, 1989.

En los últimos años de la década de los sesentas, el modelo de desarrollo mexicano estaba llegando a sus límites y para finales de los setenta, el optimismo sobre el futuro social y económico del país se desvanecía en forma cada vez más rápida. Se habían agotado ya los mecanismos de absorción en los que México se había apoyado para lograr una solución de bajo costo al problema de acomodamiento de su creciente población (Alba, 1986). A principios de los años setenta, el crecimiento acelerado de la población empezó a considerarse como un grave problema a resolver, "lo demográfico pasa a un primer plano como reto y exigencia para el desarrollo del sistema económico y la organización política y social del país" (Alba, 1988, p. 19). Los resultados definitivos del censo levantado en 1960, estimaban que la tasa de crecimiento de la población era superior al 3% anual (Alba, 1986). Por otro lado, la información obtenida a través de las encuestas PECFAL-Urbana y posteriormente la PECFAL-Rural² que, sumadas a la información censal, alarmaron a las autoridades del país pues mostraban un crecimiento poblacional considerable. Demográficamente hablando, los cambios sociales y económicos ocurridos en México entre 1940 y 1970 no habían logrado producir condiciones materiales que impidieran la prolongación de la alta fecundidad y, por otro lado, tampoco modificaron las bases ideológicas y culturales que por mucho tiempo favorecieron el mantenimiento de estos altos niveles de crecimiento (Alba, 1986).

² Encuestas que formaban parte de los programas de encuestas comparativas de fecundidad coordinadas por el CELADE que incluyeron a siete países Latinoamericanos (entre ellos México). La PECFAL-Urbano se levantó en 1964 y la PECFAL-Rural en 1970.

Por ello, y considerando algunas de las posibles consecuencias negativas que la sobrepoblación podía provocar sobre el bienestar nacional, sumado a las presiones anti-natalistas que desde hacía varios años predominaban en el ámbito internacional, a principios de 1973, la política oficial, tradicionalmente poblacionista, adquiere un carácter antinatalista formalizado por la promulgación de la Ley General de Población (diciembre).

Por otro lado, el cambio experimentado en las políticas de población del Estado Mexicano, no debe considerarse como una iniciativa aislada y ajena a la dinámica mundial ya que, desde los años cuarenta, se habían iniciado los debates sobre cuestiones demográficas en distintos foros internacionales. Su blanco eran las poblaciones de los países Tercermundistas ya que consideraban que de no controlarse su acelerado crecimiento, éste podría obstaculizar o hasta impedir su desarrollo económico ocasionando, como consecuencia, una serie de conflictos regionales e internacionales, situación que podría llegar a amenazar la paz mundial (Patarra, 1974).

En 1949, algunos autores como Notestein planteaban una posición más global considerando que la reducción poblacional por sí misma no podía ser la solución de todos los problemas ya que "...el peligro es que podría haber una leve mejoría en las condiciones económicas y sanitarias sin cambios sociales que afecten la fecundidad. Tales cambios sociales serán difíciles de realizar a menos que el desarrollo económico sea rápido o suficiente para elevar el nivel de vida a pesar del crecimiento

sustancial de la población" (Patarra, N., y María Coleta De Oliveira, 1974, p.96).

Las ideas de control natal, subyacentes en la Conferencia Mundial de Población realizada en Roma (1954), no cuajaron en el ámbito latinoamericano porque todavía se vivía (y pensaba) bajo la inercia del optimismo desarrollista. Podría decirse más bien, que estas declaraciones originaron fuerte debate y oposición entre algunos investigadores de la región que seguían considerando al crecimiento poblacional como un elemento básico para el desarrollo socio-económico. Por otro lado, este interés antinatalista de los países industrializados se identificaba en los países tercermundistas como una posible amenaza de su soberanía nacional.

Para finales de los años cincuenta (1958), dentro de la corriente neo-malthusiana, y por lo tanto desde una posición francamente antinatalista, algunos investigadores como Coale y Hoover sostenían que, en los países no desarrollados, las modifi-

3 Ideología derivada del pensamiento de Malthus y que conserva en esencia los mismos planteamientos. Thomas Robert Malthus escribe su Ensayo sobre el Principio de la Población en 1798. En éste Malthus consideraba que la causa de la pobreza no tenía nada que ver, por lo menos en forma directa, con "las formas de gobierno o con la desigual distribución de la propiedad.....le preocupó el crecimiento de la población, pero particularmente, el aumento de los menesterosos.....Afirmó que la población se duplicaba cada veinticinco años, cuando su crecimiento no era detenido por alguna causa, y apreció que la tierra, por razón del desgaste, tendía a dar un rendimiento cada vez menor, de donde expuso la Ley del rendimiento no proporcional". Las principales ideas malthusianas pueden sintetizarse en tres puntos:

- a) El aumento de la población está limitado por los medios de subsistencia.
- b) La población crece invariablemente cuando aumentan los medios de subsistencia a menos que sea detenido el crecimiento por obstáculos poderosos.
- c) Los obstáculos que pueden mantener el crecimiento de la población al nivel de las subsistencias, pueden ser: la restricción moral, el vicio y la desgracia".

* MORA Bravo Miguel, 1984, pp. 23-25.

caciones económicas y sociales que en su momento habían actuado sobre la reducción de la fecundidad en los países desarrollados, podían verse truncadas por el acelerado crecimiento de la población y que, por lo tanto, había que verificar los efectos de este crecimiento sobre el desarrollo económico.

En 1965 se celebró otra Conferencia Mundial de Población (Belgrado, Yugoslavia), donde nuevamente se insistió sobre los puntos ya manifestados en la conferencia previa, sin embargo, ahora se hacía especial énfasis en el papel fundamental de una planeación familiar y en la anticoncepción como práctica racional del ser humano.

En 1966, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) publicó su resolución 2211(XXII) "sobre crecimiento demográfico y desarrollo..... tomó nota del resumen de los aspectos más relevantes de la Conferencia Mundial de Población de 1965, estimando que los problemas demográficos requerían el examen de los factores económicos, sociales, culturales, psicológicos y sanitarios; reconoció además, la soberanía de las naciones para formular y promover sus propias políticas demográficas, teniendo debidamente en cuenta el principio de que la dimensión de la familia debe ser objeto de libre elección" (MORA, 1984, p. 58).

En 1968, el Banco Mundial planteó el apoyo hacia programas de control demográfico llevado a cabo en los países "cliente". Consideraba "al aumento excesivo de la población como un obstáculo determinante para el desarrollo" (MORA, 1984, p. 69). Más adelante, este organismo determinó "que, si el país examinado tenía un serio

problema demográfico y no contaba con programa de planificación familiar, ...(se)... podría desechar o retener la solicitud de crédito" (MORA, 1984, p. 70). En síntesis, la década de los sesentas fue una época en que se visualizaba al crecimiento demográfico de los países pobres como una amenaza al orden establecido por las potencias hegemónicas; época en que se argumentaba que, en buena medida, la clave del desarrollo socio-económico dependía del control de la fecundidad de las naciones. Es en este contexto como puede explicarse el cambio que en México se dio frente al crecimiento demográfico.

La situación nacional, aunada a las presiones internacionales, llevaron al Estado mexicano a modificar su actitud frente a la dinámica demográfica. Se tomaron cartas en el asunto implantando, a través del Plan Nacional de Planificación Familiar, el uso masivo de anticonceptivos. Había que hacer descender la fecundidad lo más pronto posible.

3. LA PLANIFICACION FAMILIAR Y EL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN MEXICO.

Antecedentes Jurídicos.

En el Capítulo 2 se presentó un amplio panorama sobre el comportamiento poblacional del país y las modificaciones que en su momento, fueron adoptadas por las diversas administraciones del gobierno mexicano. A continuación se profundizará específicamente sobre la evolución y desarrollo de las actividades relacionadas con la planificación familiar.

A lo largo de su historia, México ha contado con tres leyes de población, es decir, documentos destinados, explícitamente, a normar el fenómeno demográfico. Como hasta ahora sólo hemos mostrado un panorama general del crecimiento poblacional en el país, dejando al margen la legislación que se ha emitido en este sentido, a continuación se presentarán los lineamientos más importantes de cada una de las leyes.

En agosto de 1936, siendo presidente de la República Lázaro Cárdenas, salió publicada, en el Diario Oficial, la primera Ley General de Población. Acorde a las ideas predominantes de esta época en cuanto a concebir a la población como un elemento más e indispensable para lograr el desarrollo del país, esta ley puede definirse como de carácter "poblacionista".

A través de esta ley se creó la Dirección General de Población, dependiente de la Secretaría de Gobernación, que

asumió la responsabilidad de formular y ejecutar una serie de proyectos destinados al logro de los objetivos planteados en materia demográfica (Diario Oficial, 1936).

Como en esta ley el aumento de la población fue considerado como un problema prioritario a resolver, se trató de impulsar el crecimiento demográfico. Los mecanismos que se proponían para lograrlo eran básicamente el crecimiento natural, la repatriación y la inmigración (Diario Oficial, 1936).

En cuanto al crecimiento natural, los medios para fomentarlo se establecieron en el artículo 5to.: "el fomento de los matrimonios, aumento de la natalidad, protección biológica y legal de la infancia, su mejor alimentación, higienización de las habitaciones, centros de trabajo y lugares poblados, elevación del tipo medio de subsistencia, y la relación equilibrada entre las actividades y los elementos necesarios de vida" (Diario Oficial, 1936, Artículo 5o.).

Las medidas propuestas para impulsar el aumento de la población (Artículos del 22 al 25), se fundamentan en la protección de la institución "familia" a través del matrimonio (legal o consensual): deberá vigilarse estrictamente las "disposiciones tendientes a evitar el matrimonio y uniones de personas que padezcan sífilis, locura o enfermedades crónicas o incurables, que sean además contagiosas o hereditarias, o que tengan el vicio de la ebriedad o usen indebidamente y persistentemente drogas enervantes" (Artículo 22).

También se establece el derecho de alimentos para los hijos naturales no reconocidos legalmente (Artículo 23).

Para estimular el crecimiento de las familias, quedó asentado en el artículo 25, la intención de ayudar económicamente "a las familias nacionales más prolíficas" y, en caso necesario, dando trabajo preferentemente a los padres o madres de estas familias (Diario Oficial, 1936). Aquí se puede observar otra mención sobre la posición de la mujer. Las madres de familias numerosas tendrán el mismo derecho que los hombres que reúnan esta característica, de recibir cierta preferencia al solicitar empleo.

Por último, cabe mencionar que el crecimiento de la población no era, ciertamente, el tópico prioritario en esta ley. De sus 207 artículos, sólo 9 se refieren a estas cuestiones. Los 198 restantes tratan sobre los movimientos migratorios, turismo y la identificación personal.

El 23 de diciembre de 1947, con el mismo espíritu poblacionista y bajo el gobierno del Lic. Miguel Alemán, se promulgó la segunda ley de población.

Al igual que en la ley de 1937, se le dio prioridad a los tópicos relacionados con la migración y con el registro de población.

Los problemas demográficos que se enunciaban eran básicamente los mismos que los de la ley de 1937, volviéndose a enfatizar el impulso que debería otorgársele al aumento de la población a través del crecimiento natural y la inmigración.

Según esta ley, la activación del crecimiento natural debería realizarse a través de los mismos mecanismos señalados en la ley anterior (fomento de matrimonios, aumento de la natalidad, etc.), pero en este caso, las resoluciones dictadas y promovidas para tal efecto, estarían a cargo del Consejo Consultivo de Población que sustituiría a la Dirección General de Población. Se establecieron como objetivos del Consejo, el estudio de los problemas demográficos y la realización de las resoluciones al respecto. Este nuevo organismo seguiría dependiendo de la Secretaría de Gobernación.

En esta ley se sigue considerando a la salud infantil como uno de los factores esenciales para aumentar la fecundidad a través de la disminución de la mortalidad infantil (Artículo 5o.). No será sino hasta 26 años después que la salud materna se incorpora a la infantil como elemento fundamental en los fenómenos de reproducción de la población.

En esta ley se omite el apoyo laboral a los padres o madres de familias más prolíficas y lo referente a los matrimonios o uniones de personas enfermas.

En enero de 1974 y bajo el mandato del Lic. Luis Echeverría, se publicó la Ley General de Población que, a diferencia de sus predecesoras, se caracterizó por una orientación eminentemente antinatalista. Contrastando con la antigua concepción poblacionista, en ésta ley se plantea que el problema demográfico fundamental del país, es el acelerado crecimiento de su población.

Desaparece el Consejo Consultivo de Población y en su lugar se crea el Consejo Nacional de Población "que tendrá a su cargo la planeación demográfica del país, con objeto de incluir a la población en los programas de desarrollo económico y social que se formulen dentro del sector gubernamental y vincular los objetivos de éstos con las necesidades que plantean los fenómenos demográficos" (Artículo 5o.).

En este documento, a pesar de que sólo los tres primeros artículos se refieren a cuestiones demográficas, éstas se analizan de manera más amplia y detallada que en las dos leyes anteriores pero siguen recibiendo especial atención la inmigración, emigración, repatriación y registro e identidad de la población reciben especial atención.

Una de las principales aportaciones de esta ley se refiere al amplio desarrollo que se hace sobre la relación entre los fenómenos demográficos y los aspectos económicos y sociales del país, considerando que existen importantes vínculos entre el volumen, estructura, dinámica y distribución de la población y la participación justa y equitativa de los beneficios de desarrollo económico-social.

En la Ley General de Población de 1974 se plantea por primera vez, la realización de programas de planeación familiar a través de servicios educativos y de salud pública disponibles en el sector público. Se establece que habrá de vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados **"se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos**

fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país" (Frac. II, Art. 3o.).

Se habla de disminuir la mortalidad y de "influir en la dinámica de la población a través de los sistemas educativos, de salud pública, de capacitación profesional y técnica, y de protección a la infancia, y de obtener la participación de la colectividad en la solución de los problemas que la afectan" (Frac. IV, Art. 3o.).

Con respecto a la mujer, por primera vez se menciona que deberá promoverse **"la plena integración de la mujer al proceso económico, educativo, social y cultural"** (Frac. V, Art. 3o.).

El 17 de noviembre de 1976, tres años después de emitida la ley de población y para reglamentar las acciones derivadas de ésta, se publicó el Reglamento de la Ley General de Población.

Entre los objetivos del reglamento se encuentra el de regular, de acuerdo a la Ley General de Población, los principios de la política de población y las actividades del Consejo Nacional de Población (Art. 1o.).

El artículo 5o. señala que "La política de población tiene por objeto elevar las condiciones culturales, sociales y económicas de los habitantes del país atendiendo a su número -crecimiento o disminución-, evolución, estructura, o activi-

dades y su racional distribución geográfica en el campo o en las comunidades urbanas"¹.

El artículo 9o. vuelve a mencionar que "El respeto a los derechos humanos, libertades, garantías, idiosincrasia y valores culturales de la población mexicana, serán los principios en los que se sustentan la política y los programas que se apliquen en materia de población"².

En el artículo 10o. nuevamente se señala la necesidad de que los planes formulados por el Consejo, atiendan a las necesidades que se generen del volumen, estructura, dinámica y distribución de la población, "Procurando eslabonarlas con las acciones que, en esta materia se emprendan a través de las políticas de educación, salud pública, inversiones, estimaciones presupuestarias, agraria, vivienda, urbanismo y empleo, así como las relativas a la capacitación profesional y técnica y de protección a la infancia y la familia".

El Reglamento además, dedica una sección a la Planeación Familiar y otra a la "Familia, Mujer y Grupos Marginados"³, de donde consideramos que vale la pena reproducir la fracción IV del primer artículo de esta sección (31o.) y los artículos 32 y 33 ya que en éstos se sintetiza, de alguna manera, el pensamiento que teóricamente se plasmó en el Plan Nacional de

¹ Capítulo Segundo (Política de Población), Sección I (Planeación Demográfica).

² Reglamento de la Ley General de Población, p. 32.

³ Reglamento de la Ley General de Población, Sección III, p. 36.

Planificación Familiar.

"ARTICULO 31.- Los planes demográficos procurarán:

IV.- Evitar toda forma de discriminación individual y colectiva hacia la mujer por cuanto a la función reproductiva.

ARTICULO 32.- Los planes demográficos establecerán las medidas para impulsar la igualdad social y económica de las mujeres que les proporcione las mismas oportunidades y derechos con los varones en cuanto a las actividades que desempeñen.

ARTICULO 33.- Los planes que formule el Consejo propondrán bases para impulsar a la mujer y a los grupos sociales marginados en el medio laboral, educativo y familiar y de revalorización a sus actividades, con objeto de propiciar su desenvolvimiento social y su libertad económica"⁴.

La Práctica Anticonceptiva y los Objetivos del Programa Nacional de Planificación Familiar.

Se sabe que las primeras acciones relacionadas con la planificación familiar fueron producto de la iniciativa del sector privado que actuaba, independientemente de las políticas de población: "Durante la administración del presidente Plutarco Elías Calles, con la aprobación gubernamental, se establecieron clínicas privadas de planificación familiar en 1920. Esta apertura oficial se modificó a partir de 1930 y las actividades se suspendieron de acuerdo con la orientación de la política de población." (Urbina, 1984, p. 659). Posteriormente, a partir de la década de los 40s, la prescripción y uso de métodos anticonceptivos se reanudó en algunos consultorios ginecológicos y hospitales privados.

⁴ Reglamento de la Ley General de Población, Sección III, Familia, Mujer y Grupos Marginados, página 36.

Por otra parte, a finales de los años cincuentas y primer quinquenio de los sesentas, los servicios de planificación familiar se empezaron a realizar más organizadamente en la población de zonas marginadas del Distrito Federal y algunos estados de la República gracias a la fundación de tres asociaciones civiles que integraron de manera más organizada servicios de planificación familiar para la población de zonas marginadas urbanas en el Distrito Federal y algunos estados de la república.." (Urbina, 1984). Estas fueron la Asociación Prosalud Maternal fundada en 1958; el Centro de Investigaciones sobre Fertilidad y Esterilidad fundada en 1964 y la Fundación para Estudios de la Población (FEPAC), organización filial de la Federación Internacional de Planificación de la Familia fundado en 1965. "El trabajo realizado por esta asociación fue el más amplio, ya que llevó los servicios de planificación familiar hasta las áreas rurales...." (Urbina, 1984).

Sin embargo, pese a que estas "acciones de protección anticonceptiva en el sector público..." (IMSS, 1987) y privado se empezaron a desarrollar aun antes de la década de los setentas, éstas no tuvieron un impacto significativo sobre la población (esencialmente femenina), sino hasta que se decretó la Ley General de Población en 1974. El carácter oficial que desde ese año adquirió la planificación familiar, permitió a las entidades del Sector Salud iniciar nuevas acciones, con mayor fuerza y a nivel masivo.

El Reglamento de la Ley de Población, artículo 18, define la planeación familiar como "...el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener información especializada y los servicios idóneos"⁵. El artículo 19 continúa detallando las características que deberán tener los programas de planeación familiar, señalando que éstos "son indicativos, por lo que deberán proporcionar información general e individualizada sobre sus objetivos, métodos y consecuencias, a efecto de que las personas estén en aptitud de ejercer con responsabilidad el derecho a determinar el número y el espaciamiento de sus hijos"⁶. Además se establece que "En la información que se imparta, no se identificará la planeación familiar con el control natal o cualesquiera otros sistemas que impliquen acciones apremiantes o coactivas para las personas e impidan el libre ejercicio del derecho a que se refiere el párrafo anterior"⁷. Más adelante se verá que, en la práctica, las acciones de la planificación familiar no se han apegado totalmente a estos tres planteamientos básicos.

Con la Ley de Población de 1974 y posteriormente con su Reglamento (1976), se establecieron las bases jurídicas para la organización e implementación de la planificación familiar

⁵ Reglamento de la Ley General de Población, p. 34.

⁶ *Ibidem*, artículo 19, p. 34.

⁷ *Idem*.

en México a nivel nacional:

" Al inicio del año de 1977, el Ejecutivo Federal tomó la decisión política de darle carácter prioritario a estas actividades y constituyó la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, la cual, conjuntamente con las instituciones del Sector Salud, tuvo a su cargo la elaboración del Plan Nacional de Planificación Familiar, aprobado por el Presidente de la República el 28 de octubre de 1977; ésta fue una decisión política sin precedente en materia de planificación familiar, al más alto nivel del gobierno federal, con el establecimiento de metas demográficas a corto, mediano y largo plazos, hasta finales del siglo" (IMSS, 1987).
"..... se origina el Plan Nacional de Planificación Familiar, como parte de la política de población, siendo uno de sus objetivos el propiciar cambios en las pautas reproductivas a fin de coadyuvar a una mejor adecuación entre el crecimiento demográfico y el desarrollo socioeconómico" (CONAPO, S/F).

Aunque la nueva Ley de Población, su Reglamento y la mayoría de los lineamientos del Plan Nacional de Planificación Familiar están elaborados para dirigir sus acciones a la totalidad de la población, en última instancia, las mujeres han constituido la población "blanco" hacia las que se han canalizado dichas actividades.

Como lo han señalado algunas investigaciones (ver referencias en el Capítulo 6 de la presente), el uso de anticonceptivos ha sido el índice principal responsable de la pronunciada baja de la fecundidad experimentada a partir del segundo quinquenio de los años setenta, descenso que coincide con la distribución masiva de anticonceptivos promovida por las acciones derivadas del Plan Nacional de Planificación Familiar. Por ello, es posible verificar el impacto que éste ha tenido sobre la población, observando el incremento de la práctica anticonceptiva en el país desde 1976-77 a 1987, ejercicio que ofrecemos en el último capítulo de la presente.

4. FUENTES DE INFORMACION Y METODOLOGIA.

Las Encuestas Demográficas en México.

Las fuentes de información primaria que se utilizarán para el análisis son tres encuestas retrospectivas de fecundidad: la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF), levantada en el período 1976-77, la Encuesta Nacional Demográfica (END), aplicada en 1982 y la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES), llevada a cabo en 1987. Estas fueron diseñadas para obtener información relacionada con la fecundidad del país. Son retrospectivas porque no sólo proporcionan datos sobre el presente sino además sobre el pasado. Todas cuentan con un módulo bastante amplio referido a la anticoncepción. Los datos captados en éste son los que se utilizarán en la presente investigación.

Resulta conveniente aclarar que además de estas tres encuestas, se han levantado en el país varias más. Estas son, por orden cronológico:

- Encuesta de Fecundidad Urbana de la ciudad de México, 1964 (PECFAL-Urbana). Coordinada por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Encuesta de Fecundidad Rural de México, 1969-70 (PECFAL-Rural), que formó parte del Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (proyecto coordinado por el CELADE).

Estas dos encuestas fueron también coordinadas por el Institu-

to de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Centro de Estudios Económicos y Demográficos (CEED) de El Colegio de México (COLMEX).

- Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF), 1976-77. Esta fue la primera encuesta levantada en México a nivel nacional. Forma parte de la Encuesta Mundial de Fecundidad (EMF-WFS) a cargo de la Dirección General de Estadística.
- Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos (EPA), 1978. Coordinada por la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar (CPCPF)
- Encuesta Nacional de Prevalencia y Uso de Métodos Anticonceptivos, 1979, también a cargo de la CPNPF.
- Encuesta Rural de Planificación Familiar, 1981. Llevada a cabo por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Encuesta Nacional Demográfica (END), 1982. Realizada en coordinación con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y la Dirección General de Estadística.
- Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES), 1987. Auspiciada y coordinada por la Westinghouse, como parte del programa: "Encuestas Demográficas de Salud" (Demographic Health Surveys, DHS) y llevada a cabo por la Coordinación de Planificación Familiar de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Se preguntará el lector porqué, existiendo dos encuestas explícitamente diseñadas para captar información sobre el uso

de anticonceptivos, no se utilizaron éstas en el presente trabajo. En primer lugar, se deseaba conocer los niveles de uso de anticonceptivos antes y después de la implantación de los programas de planificación familiar y poder así evaluar el impacto de éstos. Este objetivo no se hubiese podido alcanzar considerando que las dos encuestas de prevalencia anticonceptiva se levantaron en 1978 y 1979, es decir, años después de que se iniciaran las primeras actividades del Plan Nacional de Planificación Familiar. Por otro lado, la comparación de datos para los fines señalados (niveles de anticoncepción), resulta poco significativa cuando hay un lapso tan corto entre ambas fuentes de información. Cinco años, que es el tiempo transcurrido entre la EMF, la END y la ENFES, parece ser el adecuado para este tipo de comparaciones, que además permiten un análisis longitudinal para algunas cohortes. También es importante señalar que los criterios utilizados para la selección de la muestra y de las preguntas de los cuestionarios empleados fueron, en las tres encuestas, muy semejantes, permitiendo su comparabilidad. Subrayaremos además que aunque cada encuesta tiene sus especificidades y por tanto existen algunas diferencias en cuanto a la información captada, se ajustaron algunas variables para hacerlas comparables.

En cuanto a la calidad de los datos generados por estas fuentes de información, es necesario señalar que a excepción de la EMF, que en su momento fue ampliamente evaluada (O-

rdorica, 1977; Juárez, 1983; Quilodrán, 1983 y Goldman, 1984), la END y la ENFES han sido sometidas a procesos de evaluación parciales (Juárez, 1986 y Echarri, 1989), por ello, no se deberá descartar la posibilidad de que las estimaciones que a continuación serán presentadas pueden tener algunos problemas referidos a la calidad de la información. Por otro lado, la comparación entre los datos correspondientes a las mujeres de 15 a 19 puede resultar con sesgos, ya que en la EMF sólo se consideran en este rango a las mujeres solteras que alguna vez estuvieron unidas o que hubiesen tenido por lo menos algún hijo nacido vivo, a diferencia de la END y la ENFES donde se entrevistaron a todas las mujeres de estas edades, sin hacer ninguna distinción.

Finalmente, mencionaremos que algunas de las ventajas que las encuestas presentan frente a otras fuentes de información demográfica, como lo son los censos y las estadísticas vitales, que proporcionan un panorama "de momento" (en transversal), de los eventos demográficos (nacimientos, defunciones, población), se refiere a que las encuestas permiten estudiar los fenómenos a través de secuencias, es decir, de manera longitudinal. Por otro lado, estas fuentes de información han permitido la creación de nuevas metodologías de estudio por ejemplo, con base a las historia de embarazos, de las uniones. Además, la información recopilada por las encuestas es "más detallada..... que la recopilada por los censos y estadísticas vitales." (Juárez, 1984).

Características Específicas de las Encuestas Retrospectivas de Fecundidad, EMF, END y ENFES.

a) Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF, 1976-77). Fue la primera encuesta levantada en México a nivel nacional. Formó parte de la Encuesta Mundial de Fecundidad (EMF-WFS) a cargo de la Dirección General de Estadística (DGE). La muestra utilizada fue "una submuestra de la Encuesta Nacional de Hogares (SPP, 1979), aleatoria y autoponderada. La población, objeto de estudio, fueron "mujeres de 20 a 49 años más las mujeres de 15 a 19 alguna vez unidas o que hubieran tenido al menos un hijo nacido vivo" (CONAPO, 1982). Se entrevistaron 7,310 mujeres, residentes habituales de las viviendas seleccionadas (13,080). Se utilizaron tres cuestionarios: de localidad, de hogar y uno individual.

b) Encuesta Nacional Demográfica (END), 1982. Realizada en coordinación con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP). En cuanto a la población, objeto de análisis, "Se usó un muestreo estratificado que comprendió dos niveles: los hogares y las mujeres de 15 a 49 años-residentes habituales de las viviendas seleccionadas-.... El número de hogares visitados fue del orden de 20,000 y las mujeres entrevistadas, fueron-10,206 (unidas y solteras)-...." (CONAPO, 1982). Se utilizaron también, como en la EMF, tres cuestionarios: de localidad, de

hogar y el individual" (SSA, 1988).

c) Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, 1987. Auspiciada y coordinada por la Westinghouse, como parte del programa "Encuestas Demográficas de Salud" (ENFES) y llevada a cabo por la Coordinación de Planificación Familiar de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. La primera población a estudiar la constituyeron todos los hogares que se encontraban en viviendas no institucionales (7,786)..... La segunda población objeto de estudio, estuvo constituida por las mujeres (9,310) en edad fértil (15 a 49 años de edad) que residían habitualmente en el hogar y que no estaban temporalmente ausentes, y por las mujeres que se encontraban en el mismo de manera temporal, aunque no fueran residentes habituales en él. Se aplicaron dos cuestionarios: de hogar e individual.

Dimensión de los Fenómenos o Variables.

En el presente estudio se usaron básicamente tres técnicas de investigación: la investigación documental (revisión de la bibliografía referida al tema y de investigaciones análogas); elaboración y análisis de tablas de contingencia o cuadros de doble entrada¹ donde se relacionaron las variables que serán detalladas a continuación; por último, comparación y análisis sobre estas tabulaciones y las publicadas por la Secretaría de Programación y Presupuesto para 1976-77 (1979).

1 Para la obtención de los cuadros de doble entrada se utilizó el programa estadístico computacional SPSS/PC.

El universo de estudio lo conformaron las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años), unidas al momento de la encuesta ("actualmente unidas") que son las mujeres unidas legal, religiosa o consensualmente al momento de la encuesta, para poder hacer comparables los datos entre las encuestas ya que en la EMF no se entrevistaron a las mujeres solteras. Además, de estas mujeres se extrajeron a las "expuestas al riesgo de concebir", es decir, que no estuviesen embarazadas y sin problemas de esterilidad. De aquí que el total de mujeres que integran el universo son 4110 en la EMF, 4991 en la END y 4863 en la ENFES.

Las variables que se relacionaron para la elaboración de las tablas de contingencia y que sirvieron de base para el análisis fueron de tres tipos, demográficas, contextuales y socio-económicas.

* Demográficas:

- Condición de exposición al riesgo de concebir.- "Esta variable permite determinar cuál es el grupo de mujeres que en el momento de la encuesta se encontraban expuestas al riesgo de embarazarse; por lo tanto, las categorías a que da lugar son el resultado de características de la mujer entrevistada: su estado conyugal, el hecho de estar o no embarazada y la esterilización de la propia mujer o de su cónyuge. Por lo tanto, quedan excluidas de los denominadores o población base, las mujeres viudas, divorciadas, separadas, embarazadas y las mujeres infértiles por otras razones no relacionadas al

uso de anticonceptivos" (W.F.S., 1980, p.37).

En este sentido, es necesario aclarar que, en rigor, las mujeres esterilizadas por el hecho de serlo, ya no deberían considerarse como "expuestas" al riesgo de embarazarse, sin embargo, se incluyen porque, si se omitieran, la esterilización como método anticonceptivo no podría ser analizado en cuanto a tendencias y niveles generales con respecto a los otros métodos.

- Usuaría Actual de Algún Método Anticonceptivo (incluyendo esterilización voluntaria).- Este variable se construyó con las mujeres que declararon al momento de la encuesta estar utilizando por lo menos un método anticonceptivo, o haber sido esterilizada con fines anticonceptivos.

- Grupos de Edad Actual.- Se consideraron grupos quinquenales de edades cumplidas.

- Paridad de acuerdo a al número de hijos (hombres y mujeres) sobrevivientes.- Variable importante a considerar pues se ha encontrado que la determinante más importante del uso de anticonceptivos es, precisamente, el número de hijos sobrevivientes que ha tenido la mujer, ya que éstos son los que realmente conforman el tamaño de la familia y no así los hijos que pudieran haber nacido vivos pero fallecer poco después del nacimiento (WFS, 1980).

* Contextuales:

- Tamaño de localidad de residencia.- Para lograr un mayor detalle en el análisis se recodificaron las variables origina-

les para elaborar tres categorías: 1) localidades de menos de 20,000 habitantes (rural); 2) localidades de 20,000 a 499,999 habitantes (urbana) y 3) localidades con más de 500,000 habitantes (metropolitana).

* Socio-económicas:

- Nivel de Escolaridad.- Número de años que la entrevistada cursó en el sistema de educación formal. Esta variable se incluye en este rubro porque se considera que el acceso a los diversos niveles del sistema educativo está relacionado, en gran medida, con ciertas condiciones de tipo socio-económico de los diversos sectores de la población.

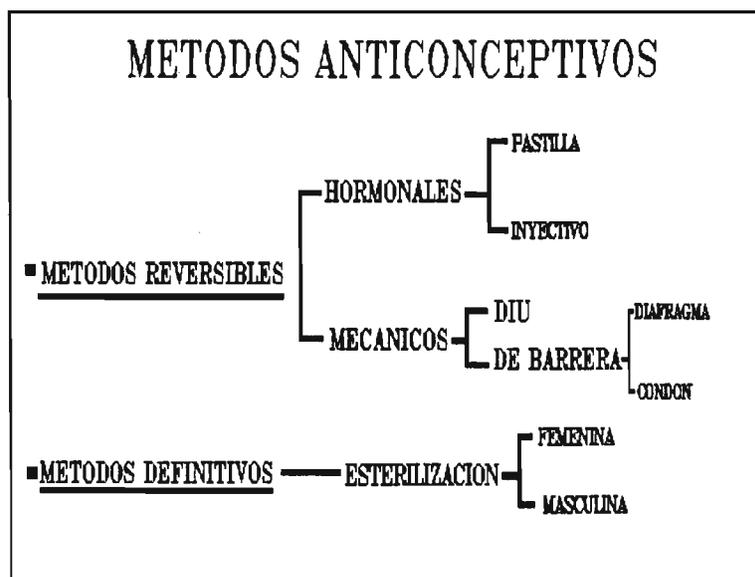
5. CARACTERISTICAS GENERALES DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

Todos los métodos anticonceptivos modernos presentan ciertas contraindicaciones y efectos secundarios que consideramos importante señalar, aunque sea grosso modo, ya que esta información adicional, arrojará información que dará más elementos para ampliar la visión para interpretar el análisis que se presentará en el último capítulo sobre la evolución de la práctica anticonceptiva en México, sino que además, refuerza la importancia que tienen los estudios sobre el uso de anticonceptivos no sólo por su efecto inhibidor de la fecundidad sino además por su estrecha relación con la salud de la mujer.

En el presente apartado además de señalar las principales características de los métodos modernos más utilizados en México desde 1976-77, y de aquellos que presentan los niveles de efectividad y proporciones de uso más elevados, se incluirán las particularidades del condón y del diafragma ya que, aunque sus niveles de uso son sumamente bajos dentro de la población mexicana, éstos representan importantes medios alternativos a los anticonceptivos más utilizados.

Los métodos anticonceptivos se clasificaron de acuerdo a dos criterios básicos: el efecto que tiene cada método sobre la fertilidad, por un lado, y por el otro, los principios en que se basa su funcionamiento (Esquema 6.1.).

ESQUEMA 6.1.



- **Métodos Reversibles.**- Se han clasificado así los métodos que interrumpen temporalmente la fertilidad. En teoría, la capacidad reproductiva se restablece inmediatamente después de abandonar su uso.

* Métodos Hormonales.- Aunque en diversas dosis, estos métodos están basados en la utilización de una o dos hormonas sintéticas: estrógeno y progestina. El efecto anticonceptivo se logra porque estas sustancias, al introducirse en el organismo (oral o intramuscularmente), actúan sobre la glándula pituitaria inhibiendo la ovulación.

Pastilla o Píldora.- El tipo de pastilla anticonceptiva más utilizado es la "combinada" que contiene ambas hormonas sintéticas (estrógeno y progestina).

La pastilla es uno de los métodos con mayor grado de efectividad que gira alrededor del 90% (Pullum, 1985).

Ventajas: Usada correctamente, es muy efectiva para prevenir el embarazo y puede mejorar los desórdenes menstruales. Es relativamente fácil y cómoda de usar ya que no interfiere, directamente, con las relaciones sexuales. El uso de la pastilla, además, se encuentra bajo el control de las mujeres: son éstas las que deben, conscientemente, decidir tomarla diariamente y pueden, si sufren de efectos secundarios, suspenderla cuando así lo deseen, esta última particularidad hace que su efectividad pueda verse disminuida.

Desventajas: La pastilla es una droga sistémica, es decir, su influencia no sólo alcanza al aparato reproductor, sino que afecta a todo el organismo. Los efectos de la pastilla sobre el sistema cardiovascular (corazón, arterias, venas y sangre) fueron los primeros que se descubrieron. Se ha demostrado que el estrógeno contenido en la pastilla es responsable de algunos padecimientos cardiovasculares. Por otro lado, grandes dosis de progestina también afectan al sistema cardiovascular. Para 1968, estudios ingleses establecieron claramente la relación entre la pastilla y la presencia de coágulos en la sangre (Hartmann, 1987). Las medidas que se adoptaron fueron las de reducir el estrógeno contenido en las pastillas y así disminuir el riesgo de desórdenes circulatorios, sin embargo, cabe anotar que, aún así, la pastilla continúa siendo una droga muy poderosa. Las usuarias de la

pastilla siguen corriendo un riesgo mayor de desarrollar alguna enfermedad del sistema cardiovascular (coágulos en la sangre, ataques al corazón, embolias y presión alta). Este riesgo se incrementa si las usuarias son fumadoras.

La pastilla ha sido asociada también con tumores del hígado. También existe cierta preocupación sobre los efectos adversos de la pastilla sobre la nutrición y la lactancia. Otros efectos menores son las náuseas, dolores de cabeza, depresión y subida de peso.

Muchos de estos riesgos aumentan con grandes dosis de estrógeno, sin embargo, es muy común, que en los programas de planificación familiar del Tercer Mundo se utilicen grandes dosis de esta hormona sintética. A principios de los 70s, la United States Agency for International Development (US AID) fue acusada de introducir en el Tercer Mundo pastillas con altas dosis de estrógeno (80mg) que eran obtenidas de la Syntex Company a un precio muy bajo (Hartmann, 1987).

Inyección Anticonceptiva.- Los inyectables son actualmente los únicos anticonceptivos hormonales de acción prolongada cuyo uso tiene amplia difusión. Se estima que 6.5 millones de mujeres en el mundo recurren a este método. Existen dos tipos de inyectivos que están ampliamente disponibles, el depósito de acetato de medroxiprogesterona (DAMP, cuyo nombre comercial es Depo-Provera) y el enantato de noretindrona (NET EN, conocido comercialmente como Noristerat).

- El DAMP o Depo-Provera.- El DAMP, comercializado por la Upjohn Company, es el inyectable que más se ha difundido. Depo-Provera contiene un sólo tipo de hormona sintética, la progestina. Ventajas.- La única ventaja de la inyección Depo-Provera no se relaciona con los efectos que pueda tener sobre la salud de la mujer, sino básicamente con los niveles de efectividad que puede alcanzar y que se encuentran relacionados con la forma como se administra. Una sola inyección protege a la mujer del embarazo de 3 a 6 meses, liberándola de la necesidad de responsabilisarse por algún tiempo del control natal, a diferencia de la pastilla que implica el recordar tomarla todos los días, o los métodos de barrera que requieren su inserción antes de las relaciones sexuales.

Efectos Secundarios o Desventajas.- El efecto más común y notable de la inyección Depo-Provera son los desórdenes menstruales. Más de las dos terceras partes de mujeres usuarias no tienen ciclos menstruales regulares en el primer año de uso. Algunas dejan de menstruar totalmente, mientras otras experimentan un sangrado abundante o intermitente. El sangrado abundante puede ser particularmente peligroso para las mujeres desnutridas que pueden enfermarse debido a la pérdida de hierro y sangre. Por eso las inyecciones son especialmente peligrosas en los países tercermundistas donde la desnutrición es muy común.

Otro efecto secundario son los desórdenes de la piel, cansancio, dolores de cabeza, náusea, depresión, pérdida de

pelo, pérdida de libido y un retardo a la fecundidad.

Los efectos de la inyección "Depo" son semejantes a los de la pastilla; el riesgo de posibles defectos de nacimiento en los bebés cuando se ha administrado la droga durante el embarazo; el efecto negativo potencial sobre el desarrollo infantil cuando los niños han ingerido la droga (hormonas) a través de la leche materna, y la posible relación de estos anticonceptivos con el cáncer de pecho, endométrico y cervical.

En algunos programas de planificación familiar en el Tercer Mundo, particularmente cuando el acceso a los servicios médicos es limitado, las mujeres reciben las inyecciones inadecuadamente, es decir, en cualquier momento del ciclo menstrual.

En cuanto al cáncer, los descubrimientos realizados sobre animales, han demostrado que Depo causa una mayor incidencia de tumores en el pecho y cáncer del endometrio (Hartmann, 1987).

La investigación sobre la relación "inyección anticonceptiva-cáncer", al igual que la relación "pastilla-cáncer", se tropieza con los mismos obstáculos, ya que de acuerdo a lo anotado anteriormente, para que se desarrolle el cáncer generalmente se llevan muchos años, y por ello, se está lejos del punto en que las investigaciones al respecto puedan arrojar resultados conclusivos, es más, los estudios de seguimiento sobre las usuarias a largo plazo de Depo son más

escasos que los realizados sobre la pastilla, y los pocos que se han realizado son bastante deficientes. Sin embargo, algunos de los resultados obtenidos hasta ahora, parecen confirmar que las mujeres usuarias de DAMP, experimentan un pequeño incremento en el riesgo de adquirir cáncer cervical, similar al reportado para las mujeres jóvenes, usuarias de la pastilla (Hartmann, 1987).

Como la pastilla, Depo es frecuentemente dada sin una adecuada supervisión médica. En México se vende en todo el país en farmacias y es administrada por "inyectistas", practicantes con poco o ningún entrenamiento formal. Elementos del personal médico en el Tercer Mundo han reportado que nunca han visto ningún instructivo médico acompañando la droga y por tanto no podían informar adecuadamente a las mujeres de los efectos secundarios de ésta (Hartmann, 1987).

En un estudio realizado en Costa Rica se encontró que entre las mujeres usuarias del DAMP, el riesgo de contraer cáncer mamario es dos veces mayor que entre las no usuarias, diferencia que es estadísticamente significativa (Population Reports, 1988).

- La NET EN.- Comúnmente se administra cada dos meses en una dosis de 200 mg cada dos o tres meses y su efecto dura hasta 12 semanas. Es altamente efectiva cuando se usan en intervalos regulares resultando en una tasa de embarazo menor de una por 100 al año. No se ha estudiado ampliamente el restablecimiento de la fertilidad después de una dosis normal, pero

puede ser más rápida que en el caso del DAMP. Según se ha podido determinar en algunos estudios, si se prolonga su uso, podría retrasar ligeramente el retorno de la ovulación una vez concluida su acción (Hartmann, 1987, Population Reports, 1988).

A diferencia de la pastilla, donde la dosificación de hormonas químicas es paulatina, es decir, en pequeñas dosis diarias, el uso de inyectivos implica la aplicación masiva de estas sustancias, por ello, los efectos secundarios de este método se agudizan, siendo aún más graves que los de la pastilla. Para 1982, las inyecciones ocupaban el cuarto lugar de preferencia entre las mujeres usuarias de algún método anticonceptivo (Cuadro 6.1.).

* Métodos Mecánicos: Quedan incluidos en este rubro los métodos cuya presencia física y no química en el organismo, evita el embarazo.

Dispositivo Intrauterino, "DIU".- El dispositivo intrauterino es un pequeño objeto que se introduce en la parte más alta, dentro de la cavidad uterina. Existen varias versiones sobre los mecanismos de funcionamiento del DIU. Una de éstas afirma que la inflamación o infección uterina provocada por el dispositivo, conduce a la expulsión de cualquier óvulo fecundado (Hartmann, 1987). Otra explicación plantea que el DIU impide que el óvulo fertilizado se implante en el recubrimiento del útero. Esto se debe a que la presencia del objeto

extraño en el organismo incrementa la proporción de glóbulos blancos en la sangre. Este cambio en el medio biológico vaginal impide la implantación del huevo. Por otra parte, parece que el aumento de glóbulos blancos también logran desactivar el esperma (Shapiro, 1987).

Efectos Secundarios: Las complicaciones más comunes del DIU son densos y abundantes sangrados y calambres o retortijones que son más frecuentes en las mujeres que nunca han tenido un hijo. Una mala inserción del DIU puede originar perforación en el útero y, en algunos casos, que el DIU se deslice en la cavidad abdominal donde puede provocar serios daños.

Las mujeres que se embarazan cuando están usando el DIU corren un riesgo mayor de desarrollar potencialmente y de por vida, embarazos ectópicos o abortos. Así que, aunque el DIU tiene un elevado porcentaje de eficacia (3-5 embarazos de 100 usuarias), cada embarazo con DIU significa no sólo un fracaso anticonceptivo sino una complicación médica (Hartmann, 1987). El más frecuente y serio efecto a largo plazo del DIU es la infertilidad causada por la llamada "enfermedad de inflamación pélvica" (EIP) que es una infección en la parte superior del conducto reproductivo. Las mujeres que usan el DIU tiene una más elevada probabilidad de desarrollar esta enfermedad causada por la introducción de bacterias en el útero al momento de introducir el dispositivo. Estas pueden crecer rápidamente debido a la relativa inflamación provocada por el DIU (que es normal) o el incremento del sangrado.

Otra complicación típica de las usuarias del dispositivo, se origina cuando el cuerpo lucha severamente contra la inflamación pélvica depositando tejido típico de "cicatrización". Este puede llegar a bloquear los conductos falopianos que conectan los ovarios con el útero, provocando infertilidad. Debido a este riesgo, la FDA (Food and Drug Administration) sugiere que las mujeres jóvenes sin hijos, no usen el DIU, considerando que esta opción anticonceptiva es más recomendable para mujeres que han decidido no tener más hijos y que sólo tienen un compañero (Hartmann, 1987).

Dado que el DIU debe desinfectarse antes de la inserción para disminuir los riesgos de contraer alguna infección, este anticonceptivo resulta inapropiado para las mujeres rurales del Tercer Mundo donde, generalmente, las condiciones de las clínicas de salud y de sus equipos, son deficientes.

- Métodos de Barrera.- Se han incluido en este rubro los métodos que impiden el embarazo al presentar una oposición física, una "barrera", entre los espermatozoides expulsados durante el coito, y los óvulos que se encuentran en el útero. Los métodos de barrera más comunes son los condones, diafragmas, capuchones cervicales y la nueva esponja anticonceptiva (conocida comercialmente como "Today"). A pesar de que los métodos de barrera pueden tener un alto nivel de efectividad, en México este tipo de anticonceptivo no ha sido promovido ni popularizado.

Diafragma.- Los diafragmas son copas de caucho delgadas y poco profundas, con un borde firme pero flexible. Se ajustan entre la pared vaginal posterior y la cavidad detrás del arco púbico. Cuando se adapta correctamente, el diafragma bloquea la parte superior de la vagina y el cervix, pero es probable que no se ajuste bien durante el coito o en todas las posiciones coitales. Por consiguiente, los fabricantes y la mayoría de los médicos recomiendan que se utilicen los diafragmas adicionados de jalea o crema espermaticida. El tipo de espermaticida y tamaño del diafragma adecuado para cada mujer, debe estar determinado por un médico o enfermera que estén debidamente entrenados para este fin. Son éstos quienes se deben encargar de instruir a las mujeres sobre su uso correcto (colocación, medidas higiénicas que se deben tomar, etc.) ya que de ello depende su efectividad, la que oscila entre un 85% y 95%.

Ventajas.- Los organismos que causan las enfermedades transmitidas por vía sexual pueden ser introducidos en la vagina y el cuello uterino por los espermatozoides o las tricomonas a los que éstos se adhieren, en este sentido, los diafragmas protegen contra estas enfermedades al bloquear el cuello del útero. Al añadir un espermicida, que mata a los organismos que causan infecciones, se aumenta el efecto protector (Population Reports, 1985).

El uso del diafragma también protege a las mujeres de la "enfermedad inflamatoria pélvica" (EIP).

Algunos de los efectos secundarios que pueden presentarse son la irritación causada por el látex¹, por la jalea o crema espermaticida, y aumento en la frecuencia de irritaciones o infecciones de las vías urinarias².

Consideraciones Finales.- El uso de estos métodos no se ha difundido en los países subdesarrollados, donde son muy difíciles de conseguir. En México las mujeres usuarias del diafragma en 1982, no alcanzaron ni el 1% del total de usuarias de algún método anticonceptivo. Aún el método de barrera más utilizado en el país (condón), aparece en el mejor de los casos (1987), con una prevalencia de apenas un 2.2% (Cuadro 6.1).

Condón.- Además de proteger, tanto al hombre como a la mujer, contra la transmisión de enfermedades venéreas (y actualmente de AIDS), el condón representa un medio para evitar el embarazo. Con un porcentaje de efectividad del 85 al 98%, el uso del condón no tiene efectos contrarios y puede utilizarse en forma correcta sin necesidad de supervisión médica. El condón como anticonceptivo, es el único método reversible para hombres, en otras palabras, el único que no afecta permanentemente su fertilidad. Si se usa con un espermaticida, la mujer estará más protegida de un posible embarazo en caso de que se

1 Poco frecuente y a menudo se pueden evitar las reacciones a ciertos espermaticidas cambiando a otro producto.

2 En un estudio reciente de 232 mujeres que usaban diafragma se observó que sólo cuatro se quejaban de irritación y únicamente dos (menos del 1%) dejaron de usarlo por esta causa.

rompa el condón o se safe (Population Reports, 1983).

Ventajas.- El condón, como todos los métodos de barrera, no altera el sistema reproductivo masculino o femenino. Por ende, cuando las parejas abandonan estos métodos, la fertilidad no es afectada en absoluto.

Los condones crean una barrera al semen, a las tricomonas y a otros organismos, reduciendo enormemente las probabilidades de que una persona sea infectada por otra. El uso del condón también evita el contagio del virus del herpes, la tricomoniasis, la candidiasis y la Chlamydia (Population Reports, 1985).

Por otro lado, las enfermedades transmitidas por contacto sexual son causa importante de la enfermedad inflamatoria pélvica en la mujer. Asimismo los organismos transmitidos por contacto sexual pueden producir infecciones del líquido amniótico en las mujeres embarazadas. Las mujeres cuyos compañeros usan condón presentan menos riesgo de adquirirlas (Population Reports,

Además de que el uso del condón protege a los hombres de las infecciones del aparato urogenital (Population Reports, 1985), estudios clínicos recientes señalan que las mujeres que usan métodos anticonceptivos de barrera -incluyendo el condón- tienen menos probabilidades que otras mujeres de adquirir cáncer en el cuello uterino o sus precursores, lo cual parece indicar que los métodos de barrera limitan la transmisión de un agente responsable del desarrollo celular anormal.

- **Métodos Definitivos.**- Como su nombre lo indica, los métodos que integran este apartado se distinguen por suspender la fertilidad, masculina o femenina, en forma definitiva, es decir, son irreversibles. Por este carácter definitivo, la esterilización es una opción recomendable solamente cuando las parejas han completado el tamaño deseado de su familia.

Esterilización Femenina.- La esterilización femenina se ha generalizado sorprendentemente. Se ha estimado que para 1983, alrededor de 100 millones de mujeres en el mundo estaban esterilizadas para controlar su fecundidad (Population Reports, 1986).

Efectos Secundarios.- No existen pruebas seguras de que la esterilización femenina ocasione complicaciones a largo plazo. En estudios recientes, con seguimiento de las pacientes hasta dos años después de la intervención, se ha determinado que la esterilización no provoca alteración de los ciclos menstruales (Population Reports, 1986).

Independientemente de que existen varias técnicas quirúrgicas para realizar estas intervenciones, las posibles

3 **Minilaparotomía.**- Consiste en una pequeña incisión abdominal de menos de tres centímetros. Se ejerce una suave tracción de cada una de las trompas hacia esta incisión, se las obstruye seccionando y ligando los extremos seccionados, o aplicando clips o anillos y se les permite deslizarse a su posición original. Debe ser practicada por médicos que tengan un adiestramiento quirúrgico básico. Los instrumentos que se necesitan son poco costosos. Este método es el más indicado en el postparto y el más difundido en los países tercermundistas.

Laparotomía.- La incisión que se hace es mayor que en la minilaparotomía, por ello generalmente se precisa anestesia general, raquídea o epidural. En lugar de atraer las trompas a la incisión, como en el caso de la minilaparotomía, se introducen los instrumentos en la cavidad abdominal para alcanzar las trompas. Este tipo de técnica no es recomendable ya que se requiere de cirugía mayor, y más tiempo de recuperación, ocasionando mayores complicaciones debido a la utilización de anestesia general (Population Reports, marzo, 1986).

Laparoscopia.- Consiste en insertar en el abdomen un instrumento parecido a un telescopio (laparoscopio) a través del cual el médico puede ver los órganos internos y obstruir las trompas mediante electrocoagulación

complicaciones que pueden presentarse después de cualquier tipo de operación son menores, tales como la infección de la herida o un ligero sangrado (Population Reports, 1986). También puede presentarse cierto malestar que esta relacionado con el gas (generalmente dióxido de carbono) que es introducido en el organismo para crear un espacio que separe la pared abdominal de los órganos internos y poder así ver las trompas de falopio y operarlas. Este malestar debe desaparecer un día después de la cirugía, pero mientras tanto, se puede experimentar dolor en el abdomen y los hombros (Shapiro, 1987).

Factores de Riesgo.- El riesgo de complicaciones depende no solamente del tipo de intervención sino también de la experiencia del cirujano y de las características de la mujer. El adiestramiento adecuado, la pericia quirúrgica y la práctica constante son importantes, en particular en la laparoscopia.

Aunque son muy pocos los casos, la esterilización femenina sí ha causado algunas muertes debido al uso inadecuado de la anestesia local y a la carencia de técnicas asépticas durante la intervención quirúrgica (Population Reports, 1986).

Esterilización Postparto.- Los cambios fisiológicos que ocurren con el embarazo pueden conducir a tasas de complicación quirúrgica y de fracaso ligeramente más altas que en otras circunstancias. El método más seguro para la esteriliza-

o mediante la aplicación de anillos o clips.

Tanto la minilaparotomía como la laparoscopia se pueden realizar en un promedio de 10 y 20 minutos sin necesidad de hospitalización. Su uso es más indicado en grandes hospitales urbanos que cuentan con cirujanos con adiestramiento especial.

ción en el postparto, es la minilaparotomía con ligadura de las trompas; no se recomienda la laparoscopia.

Ventajas.- Para muchas mujeres el momento del parto es la ocasión principal de contacto con los servicios de salud y por ende su mejor oportunidad de someterse a la esterilización. Además, después del parto, muchas mujeres están altamente motivadas para no tener más hijos. Si la esterilización se realiza inmediatamente después del parto, la mujer se somete a una sola hospitalización y también a una sola anestesia (Population Reports, 1986).

Desventajas.- Los cambios fisiológicos que se operan en la pelvis, útero y trompas de Falopio durante el embarazo y después del parto, hacen que el procedimiento de esterilización sea ligeramente más difícil, aumentando en cierto grado la probabilidad de que se presenten complicaciones, errores, fracasos técnicos (incapacidad de llevar a término el procedimiento inicial) y futuros embarazos.

A pesar de que la esterilización femenina es una operación más complicada e implica una cirugía más riesgosa que la masculina, por cuestiones culturales e idiosincrásicas, ha sido extraordinariamente más difundida.

Esterilización Masculina.- La vasectomía -esterilización quirúrgica del hombre- es uno de los métodos anticonceptivos más seguros, sencillos y eficaces. No obstante, en gran parte del mundo, muchas veces ha sido olvidado. Incluso en los lugares en que ha sido practicada en forma generalizada, como

sucede en los Estados Unidos y en algunos países de Asia, su uso ha disminuido en los últimos años. Algunos autores explican con varias razones el origen de esta disminución reciente: la disponibilidad cada vez mayor de otros métodos; nuevos procedimientos que hacen la esterilización femenina más segura y sencilla que antes (si bien sigue siendo más compleja que la vasectomía); y posiblemente, un incremento en las tasas de divorcio (Population Reports, 1984). Otros investigadores han atribuido la escasa frecuencia de vasectomías a la actitud masculina: "A los hombres les interesa más bien demostrar su virilidad que asumir responsabilidades en cuanto a la planificación familiar" o "Los hombres temen que la vasectomía afecte su vida sexual" (Population Reports, 1984).

Procedimiento.- Por su simplicidad, el procedimiento demora apenas de 10 a 15 minutos y puede llevarse a cabo en distintos medios, solamente requiere anestesia local. La intervención comprende varias etapas: la identificación e inmovilización del vaso deferente (conducto que porta los espermatozoides de cada uno de los testículos a la uretra de modo que los espermatozoides no puedan ser expulsados), incisión pequeña en el escroto, la separación de las capas superficiales de tejido y el aislamiento del conducto, la sección del mismo, generalmente la extirpación de una pequeña sección de cada conducto, el sellado de los muñones del conducto y, finalmente, la sutura de la incisión del escroto (Population Reports, 1984).

El método es sumamente eficaz; la tasa de fracasos de vasectomía es de uno por mil.

Riesgos.- Los efectos secundarios a corto plazo o postoperatorios son menores, y en su mayoría, desaparecen en una o dos semanas. La investigación ha demostrado que dado que es un procedimiento seguro y sencillo, no se producen efectos adversos en los hombres que se han sometido a la vasectomía. Los trastornos más comunes luego de la cirugía son la hinchazón del tejido del escroto, contusiones y dolor, pero éstos desaparecen rápidamente.

Las complicaciones más serias, tales como infecciones y hematomas, ocurren en menos del 3 por ciento de los hombres. La epididimitis, o hinchazón y sensibilidad de los testículos ocurre en menos del uno por ciento de las vasectomías (Population Reports, 1984). La infección posterior a la vasectomía no es frecuente. Generalmente menos del dos por ciento de los hombres vasectomizados contraen infección (Population Reports, 1984 y Shapiro, 1987).

Estudios epidemiológicos de gran escala han desvanecido totalmente los temores de que los hombres que se han sometido a la vasectomía podían presentar riesgo de cardiopatías superior al normal.

6. NIVELES Y TENDENCIAS DE LA PRACTICA ANTICONCEPTIVA EN MEXICO: 1976-1987.

Introducción.

El principal objetivo del presente capítulo es el de ofrecer una visión panorámica de los cambios que se han experimentado en los patrones de la práctica anticonceptiva a partir de 1976. Dicha reseña se fundamentará en la información generada por las encuestas retrospectivas de fecundidad, Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF, 1976-77), Encuesta Nacional Demográfica (END, 1982) Y Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES, 1987).

Para lograr la comparabilidad entre las tres fuentes, en algunos apartados se adoptó las clasificaciones utilizadas en el Primer Informe de Resultados de la Encuesta Mexicana de Fecundidad, publicado por la Secretaría de Programación y Presupuesto (Marzo, 1979), donde, por ejemplo, la clasificación que se ofrece sobre el uso de anticonceptivos por grado de escolaridad, se organizó con base en los rubros utilizados en la obra mencionada.

Resulta oportuno recordar que las mujeres que forman el universo de estudio son aquellas que se encontraban, al momento de la encuesta, unidas y 'sujetas al embarazo', es decir, en edad reproductiva (15-49 años), no embarazadas y no estériles por alguna causa fisiológica.

Tendencias Generales.

Como se puede observar en la Gráfica 6.1. (Cuadro 6.1.), aunque desde 1976-77 el porcentaje de usuarias se ha incrementado, donde el aumento más grande fue el experimentado de 1977 a 1982. Para 1982 la proporción de usuarios (hombres y mujeres), se incrementó en un 41.5%, mientras que de 1982 a 1987 sólo ascendió en un 4.4%. Probablemente ésto se haya debido a que la implantación del programa de planificación familiar, no sólo incorporó a un sector de la población femenina que tal vez nunca antes había usado algún método anticonceptivo, sino que además, cubrió la demanda potencial de un grupo de mujeres que ya se encontraba, de alguna manera, tratando de controlar sus nacimientos. Por otra parte, podría hipotetizarse que de 1982 a 1987, las acciones de la planificación familiar no fueron tan intensas como cuando se pusieron en marcha por primera vez.

Ahora bien, como no todos los métodos tienen el mismo grado de efectividad, resulta interesante saber si se ha ganado en este sentido desde que se inició la planificación familiar. En el Cuadro 6.2., se muestran los porcentajes de efectividad¹ correspondientes a los métodos más utilizados. Si se multiplican éstos por los de prevalencia de cada método, se obtienen los niveles de efectividad general de la población

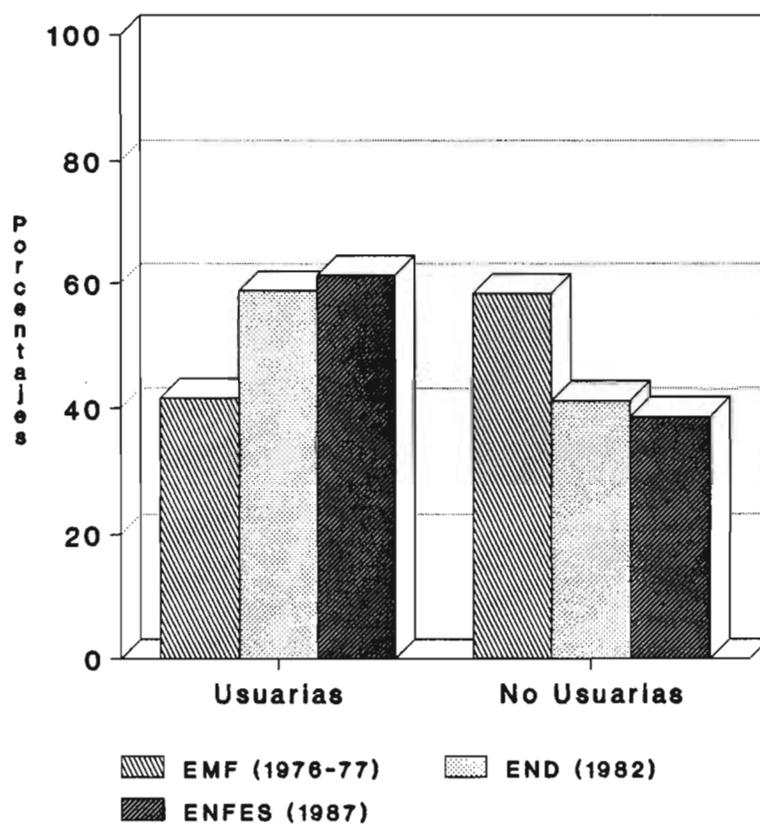
¹ Los niveles de efectividad son los proporcionados por: PULLUM, J., Juárez, F., y Casterline, J. (1986), y los niveles del diafragma por SHAPIRO, R., (1987).

usuaria en cada encuesta². Los resultados obtenidos permiten concluir que sí se han logrado elevar los niveles de efectividad cada cinco años. En este caso, de nuevo se presenta el aumento más importante de 1976-77 a 1982. Si se consideran las cifras globales que aparecen en la parte inferior del mismo Cuadro 6.2., se observará que los niveles de efectividad correspondientes a 1987 fueron 66.9% mayores que los registrados en 1976-77. Esto se debe a que los métodos que presentan los niveles más bajos de falla (esterilización femenina, DIU e inyectivo), fueron los que experimentaron los ascensos más importantes en el porcentaje de uso en este período.

Los hallazgos de algunos investigadores (Welti, 1984; Urbina, 1984; Juárez, 1985 y Bronfman, 1986), señalan que la distribución de anticonceptivos ha impactado diferencialmente a los distintos sectores de la población, de acuerdo a sus características socio-demográficas (edad, paridad, sexo, tamaño de localidad de residencia, escolaridad, etc.), por ello, resulta de especial interés presentar los patrones de prevalencia anticonceptiva de acuerdo al perfil socio-demográfico de los usuarios y analizar los cambios ocurridos en la prevalencia de uso de 1976-77 a 1987.

² Existen metodologías más elaboradas para evaluar la efectividad de los métodos anticonceptivos (Jejeebhoy, S., 1989; Naciones Unidas, 1981; Naciones Unidas, 1985; Ross J., et. al., 1988; Naciones Unidas, 1978; Naciones Unidas, 1982), sin embargo, para los fines de la presente investigación, es decir, presentar a grandes rasgos los cambios que se han verificado en este sentido, la técnica que aquí se ofrece cubre satisfactoriamente su cometido.

GRAFICA 6.1.
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES
USUARIAS Y NO USUARIAS DE ALGUN METODO
ANTICONCEPTIVO, MEXICO (1976-1987)



Fuente: Cuadro 6.1.

CUADRO 6.1
 PORCENTAJE DE USUARIOS POR METODO Y SEXO, CON BASE EN
 LA POBLACION TOTAL EXPUESTA, MEXICO 1976-77 A 1982

METODO	EMF (1976-77)		END (1982)		ENFES (1987)	
	Femeninos	Masculinos	Femeninos	Masculinos	Femeninos	Masculinos
PASTILLA	14.89		17.63		11.39	
INYECTIVO	2.30		6.27		3.21	
DIU	7.79		7.81		11.89	
DIAPHRAMA	0.04		0.16		0.02	
ESTR. FEM.	3.73		16.63		21.74	
ESTR. MASC.		0.25		0.42		0.86
CONDON		1.05		1.08		2.24
RETIRO		4.98		0.52		4.03
OTROS	6.58		8.27		6.00	
Total	35.32	6.28	56.78	2.02	54.25	7.14
Diferencias Porcentuales						
entre Ambos Sexos:		462.44		2705.94		660.23
		((femeninos/masculinos)				
Total Usuarios Ambos Sexos:						
		41.60		58.81		61.38
Total No Usuarios Ambos sexos:						
		58.40		41.19		38.62
TOTAL EXPUESTAS:						
		100.00		100.00		100.00
		(4110)		(4991)		(4863)
Diferencias Porcentuales entre los						
		EMF-END		END-ENFES		
Totales:		41.36		4.38		

Fuente:

Información de 1976-77.- SPP, Encuesta Mexicana de Fecundidad,
 Primer Informe Nacional, 1987.

Datos de 1982 y 1987.- Cálculos propios obtenidos con base a la END y ENFES.

CUADRO 6.1a.

CAMBIOS PORCENTUALES DE LOS METODOS MAS
 UTILIZADOS EN MEXICO, 1976-77 A 1987

METODO	EMF-END	END-ENFES	EMF-ENFES
PASTILLA	18.44	-35.39	-23.48
INYECTIVO	173.04	-48.85	39.67
DIU	0.31	52.11	52.58
ESTR. FEM.	345.74	30.70	482.58

Fuente: Cuadro 6.1

CUADRO 6.2
PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA:
NIVELES DE EFECTIVIDAD ALCANZADOS
MEXICO 1976-1987

METODO	Porcentaje de Efectividad	Niveles de Efectividad		
		EMF	END	ENFES
Pastilla	90.0	13.40	15.87	10.25
DIU	95.0	7.40	7.42	11.30
Diafragma	85.0	0.03	0.14	0.02
Condón	80.0	0.84	0.86	1.79
Retiro	60.0	2.99	0.31	2.42
Inyección	90.0	2.07	5.64	2.89
Estr.Fem.	100.0	3.73	16.63	21.74
Estr.Masc	100.0	0.25	0.42	0.86
Total		30.71	47.29	51.26
Cambio porcentual entre los niveles de Efectividad:				
EMF-END		END-ENFES	EMF-ENFES	
54.0		8.4	66.9	

Fuente: Cuadro 6.1; Pullum, et. al., 1986 y Shapiro, 1987.

Análisis por Tipo de Método.

Atendiendo al tipo de método, el Cuadro 6.1. (Gráfica 6.2.), muestra que los más empleados en los tres períodos han sido la esterilización femenina, la pastilla y el DIU.

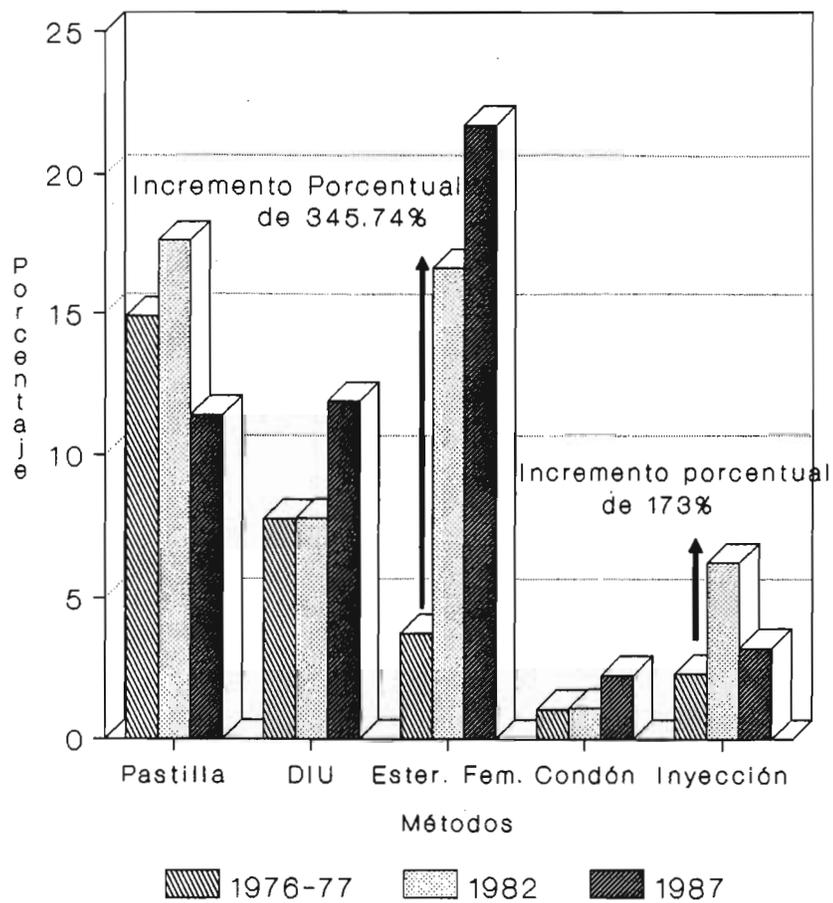
Para 1982, los porcentajes de cambio más importantes en estos primeros cinco años, se verificaron en la esterilización femenina y el inyectivo (Cuadro 6.1a.). Este hecho es particularmente interesante si se considera que éstos dos métodos se distinguen de los demás, uno por su carácter irreversible, y el otro porque, como ya se mencionó anteriormente (Capítulo 6), las contraindicaciones y efectos secundarios asociados a su uso, representan un alto riesgo para la salud de la mujer, sobre todo para las más jóvenes. Así tenemos que, de 1976-77 a 1982, las mujeres esterilizadas aumentaron en un 345.7% (ascenso no igualado por ningún otro método) y el porcentaje de usuarias de inyecciones anticonceptivas, se elevó en un 173% (Cuadro 6.1a.).

Con respecto a la pastilla, método moderno más utilizado, se observa que, aunque el porcentaje de usuarias se incrementa en un 18.4% para 1982, a partir de este año su uso declina, en términos relativos, en un 35.4%. En contraposición, el DIU, que se mantiene casi constante para 1982, en el siguiente período (1987), se incrementa en un 52.1%.

En síntesis, puede decirse que en estos 10 años, y con excepción de la esterilización femenina, único método que

sufre un incremento constante desde 1976-77, todos los demás métodos no muestran patrones con tendencias definidas (Gráfica 6.2, Cuadro 6.1). Sin embargo, la información arrojada por la EMF Y END, parece indicar que al iniciarse las acciones del Programa de Planificación Familiar, se privilegiaron la esterilización (exclusivamente femenina) y el uso de inyecciones anticonceptivas, ya que éstos son los métodos que experimentaron los incrementos más significativos.

GRAFICA 6.2
PORCENTAJE DE MUJERES EXPUESTAS USUARIAS
POR TIPO DE METODO
MEXICO (1976-77 A 1987)



Fuente: Cuadro 6.1

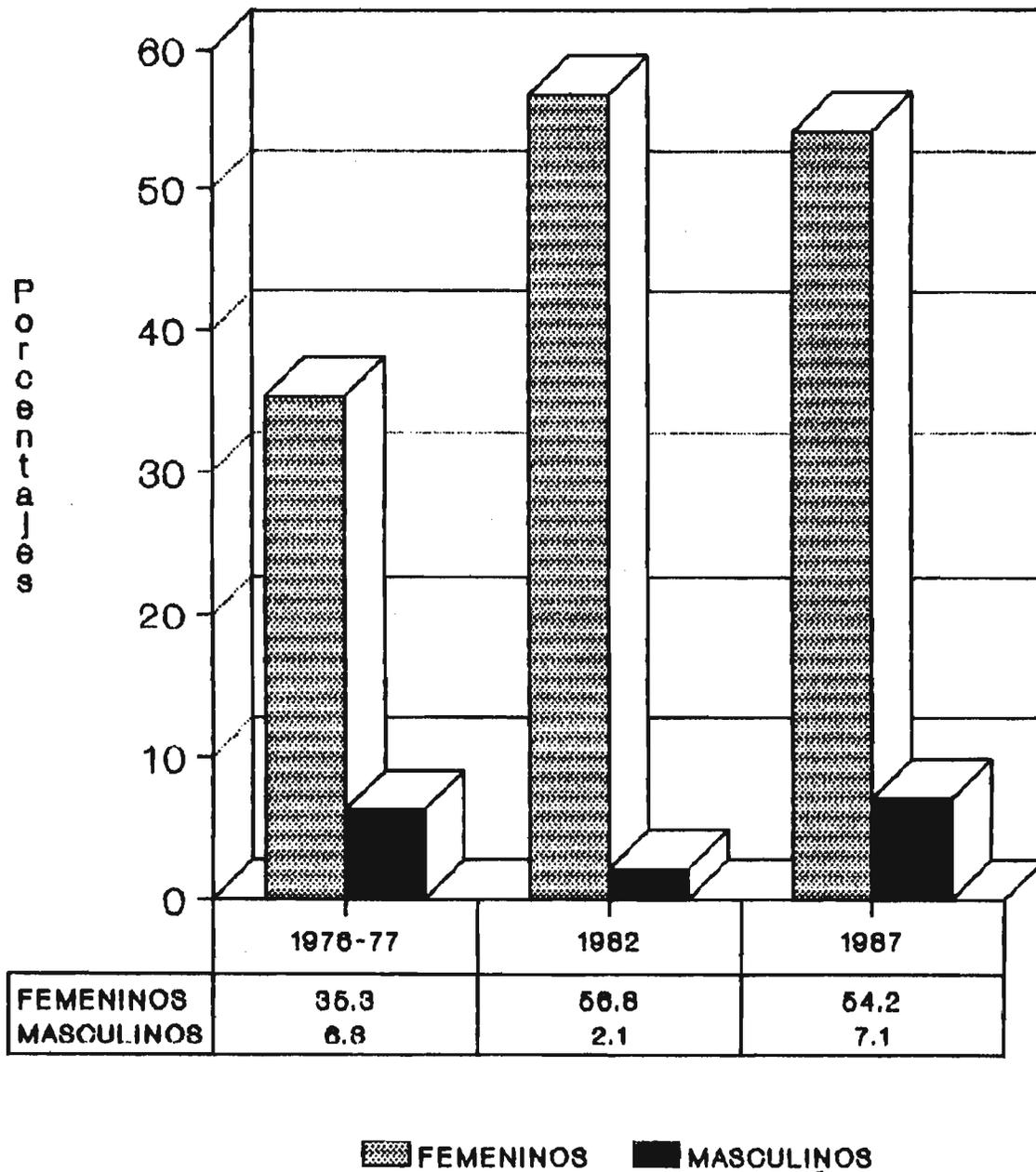
Análisis de acuerdo al Sexo del Usuario.

Para elaborar la clasificación de los métodos "por sexo", no se tomó en cuenta a los agentes que hubiesen intervenido en la toma de decisión sobre el tipo de método a usar, sino que se consideró únicamente el sexo del usuario directo. Así tenemos que en el rubro "métodos de tipo femenino" se incluyeron la pastilla, el DIU, la esterilización femenina, inyectivos y "otros" (jaleas, espumas, óvulos, ducha, ritmo, etc.). Dentro de los "métodos de tipo masculino", quedaron ubicados aquellos utilizados por la pareja de las mujeres, es decir, el retiro, el condón y la esterilización masculina. En la Gráfica 6.3. (Cuadro 6.1.), se muestran los porcentajes de uso por sexo con respecto al total de la población "expuesta". En ésta se observa el gran contraste entre la práctica anticonceptiva femenina y la masculina. Esta situación resulta más clara si se comparan las diferencias porcentuales entre las proporciones de uso de métodos masculinos y femeninos (Cuadro 6.1.), donde el orden de las diferencias rebasan el 400%, alcanzando su máxima disparidad en 1982, año en que el porcentaje de uso de métodos masculinos es un 2,706% menor que el correspondiente a los métodos femeninos. La disminución que en el uso de métodos masculinos se experimentó para 1982 resulta bastante revelador si se considera que el primer gran impacto de los programas de planificación familiar sobre la población del país se llevó a cabo en este primer período de

cinco años. En otros términos, los datos sugieren que los esfuerzos iniciales del Programa Nacional de Planificación Familiar fueron dirigidos fundamentalmente hacia la población femenina, descuidando significativamente la participación masculina. Este hecho muestra la inconsistencia en el discurso oficial que establece la promoción de la participación igualitaria de las parejas en el control natal (Capítulo 3).

Por último mencionaremos que, pese a que el incremento experimentado en la práctica anticonceptiva de 1982 a 1987 se debió, en buena medida, a la incorporación de la población masculina al uso del condón (Cuadro 6.1. y Gráfica 6.3.), sus niveles continúan siendo sumamente bajos ya que apenas el 7.1% de los compañeros de las mujeres "expuestas" recurren a este método y al retiro.

GRAFICA 6.3
COMPARACION ENTRE LA PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA
FEMENINA Y MASCULINA, MEXICO (1976-77 A 1982)



Fuente: Cuadro 6.1.

Análisis por Tamaño de la Localidad de Residencia.

Aunque los niveles de uso de las zonas urbanas y metropolitanas presentan una tendencia similar de ascenso sistemático desde 1976-77, llama la atención que en el contexto rural, de 1976-77 a 1982, las usuarias aumentaron en un 116.5% (Cuadro 6.3.), incremento no igualado por las mujeres de las localidades metropolitana y urbana que sólo elevaron sus niveles en un 12.6% y 15.4% respectivamente. Lo anterior sugiere que el programa de planificación familiar concentró la mayoría de sus esfuerzos en las áreas rurales debido, tal vez, a que la fecundidad más alta del país se ha reportado en las mujeres de estas zonas (Quilodrán, 1983). Para 1987, aunque hay una ligera baja en el porcentaje de usuarias rurales, sus niveles de uso permanecen muy por arriba de los observados en 1976-77. Probablemente un sector de la población femenina rural logró asimilar de manera más permanente estos nuevos patrones de control natal, y otro sector, al no estar expuesta tan intensamente a las acciones de los programas de planificación familiar, regresó a sus patrones tradicionales de "no control" de su fecundidad.

Las diferencias porcentuales de prevalencia anticonceptiva presentadas en el Cuadro 6.3., permiten realizar un análisis al interior de los distintos tipos de localidad para tres momentos en el tiempo (1976-77, 1982 y 1987), así como entre ellos.

En las áreas urbanas y metropolitanas, los cambios han

sido menos intensos aunque ciertamente, fue en el primer período (1976-77 a 1982), cuando en ambas áreas, se incorporaron a la práctica anticonceptiva un mayor número de mujeres. Si atendemos a las cifras de la última columna del Cuadro 6.3.), notaremos que globalmente, de 1976-77 a 1987, las ciudades urbanas y metropolitanas experimentaron un incremento casi paralelo de 23.5% y 23.4% respectivamente. En este sentido vuelve a contrastar el intenso aumento de 101.6%, llevado a cabo en las áreas rurales.

En cuanto a la comparación entre las localidades, es posible señalar que, aunque en los tres períodos la proporción de usuarias en las zonas metropolitanas es ligeramente mayor al correspondiente a las áreas urbanas, sus pautas de conducta frente a la práctica anticonceptiva son muy semejantes (Gráfica 6.4.). Contrastando con esta situación, las diferencias porcentuales entre las zonas rurales, frente a las áreas urbanas y metropolitanas, son considerables. En el Cuadro 6.3. se puede observar que pese a que estas diferencias primero decrecen significativamente para 1982, vuelven a ascender para 1987, de tal forma que, aunque existe una ligera y gradual incorporación de la población rural al control natal, sus niveles de uso continúan muy por debajo de los registrados para las áreas urbana y metropolitana.

Con base en lo expuesto anteriormente, parece que, en un primer momento, los esfuerzos de los promotores de la planificación familiar se preocuparon por ampliar la cobertura de servicios anticonceptivos sobre todo en las áreas rurales.

CUADRO 6.3
PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA DE ACUERDO AL TAMAÑO DE LOCALIDAD
MEXICO (1976-77 A 1987)

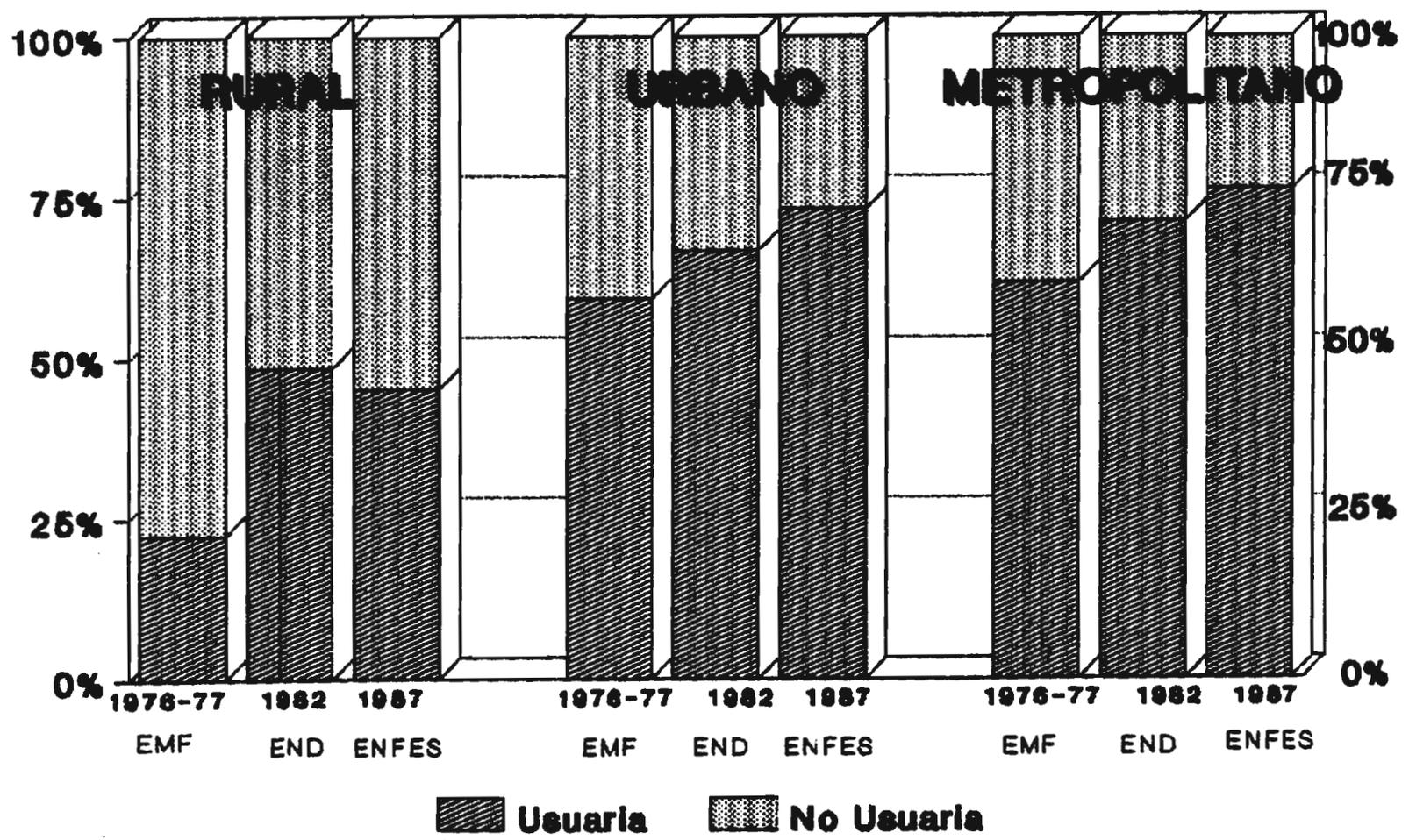
TIPO DE LOCALIDAD	DIFERENCIAS PORCENTUALES					
	ENF (1976-77)	END (1982)	ENFES (1987)	ENF-END	END-ENFES	ENF-ENFES
RURAL						
Usan	22.46	48.64	45.29	116.53	-6.90	101.59
No Usan	77.54	51.36	54.71			
Total	100.00	100.00	100.00			
(v. abs.)	(2062)	(2506)	(2217)			
URBANO						
Usan	59.28	66.75	73.22	12.59	9.70	23.51
No Usan	40.72	33.25	26.78			
Total	100.00	100.00	100.00			
(v. abs.)	(895)	(1200)	(1266)			
METROPOLITANO						
Usan	61.72	71.21	76.18	15.37	6.98	23.43
No Usan	38.28	28.79	23.82			
Total	100.00	100.00	100.00			
(v. abs.)	(1153)	(1285)	(1380)			
Tot. Val. Abs.:	4110	4991	4863			
Diferencias Porcentuales entre Localidades						
	ENF (1976-77)	END (1982)	ENFES (1987)			
Rural-Urbano		163.90	37.22			61.69
Urbano-Metropolitano		4.11	6.68			4.03
Rural-Metropolitano		174.74	46.38			68.21

Fuente:

Información de 1976-77.- SPP, Encuesta Mexicana de Fecundidad, Primer Informe Nacional, 1987.

Datos de 1982 y 1987.- Cálculos propios obtenidos con base a la END y ENFES.

GRAFICA 6.4
PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA EN MEXICO
POR TAMAÑO DE LOCALIDAD (1976-77 A 1987)



Fuente: Cuadro 6.3

Análisis por Nivel de Escolaridad.

En términos generales, la Gráfica 6.5. (Cuadro 6.4.), nos muestra los porcentajes de uso de algún método anticonceptivo de acuerdo al nivel de escolaridad de las usuarias. Como se puede apreciar, se establece claramente una relación directa entre la prevalencia anticonceptiva y el nivel de educación alcanzado, es decir, a mayor educación, corresponde un mayor porcentaje de uso. Si bien en todos los casos se observa un incremento en las proporciones de usuarias desde 1976-77, los incrementos más significativos se llevaron a cabo entre las mujeres de más baja educación (sin escolaridad y primaria), de 1976-77 a 1982. Esto nos lleva a pensar, que de 1976-77 a 1982, período en que se recienta el mayor impacto de las acciones de planificación familiar, éstas se orientaron a reclutar, preferencialmente, a la población femenina que contaba con menor educación, ya que las mujeres de secundaria y mayor escolaridad, apenas si experimentaron modificaciones en sus niveles.

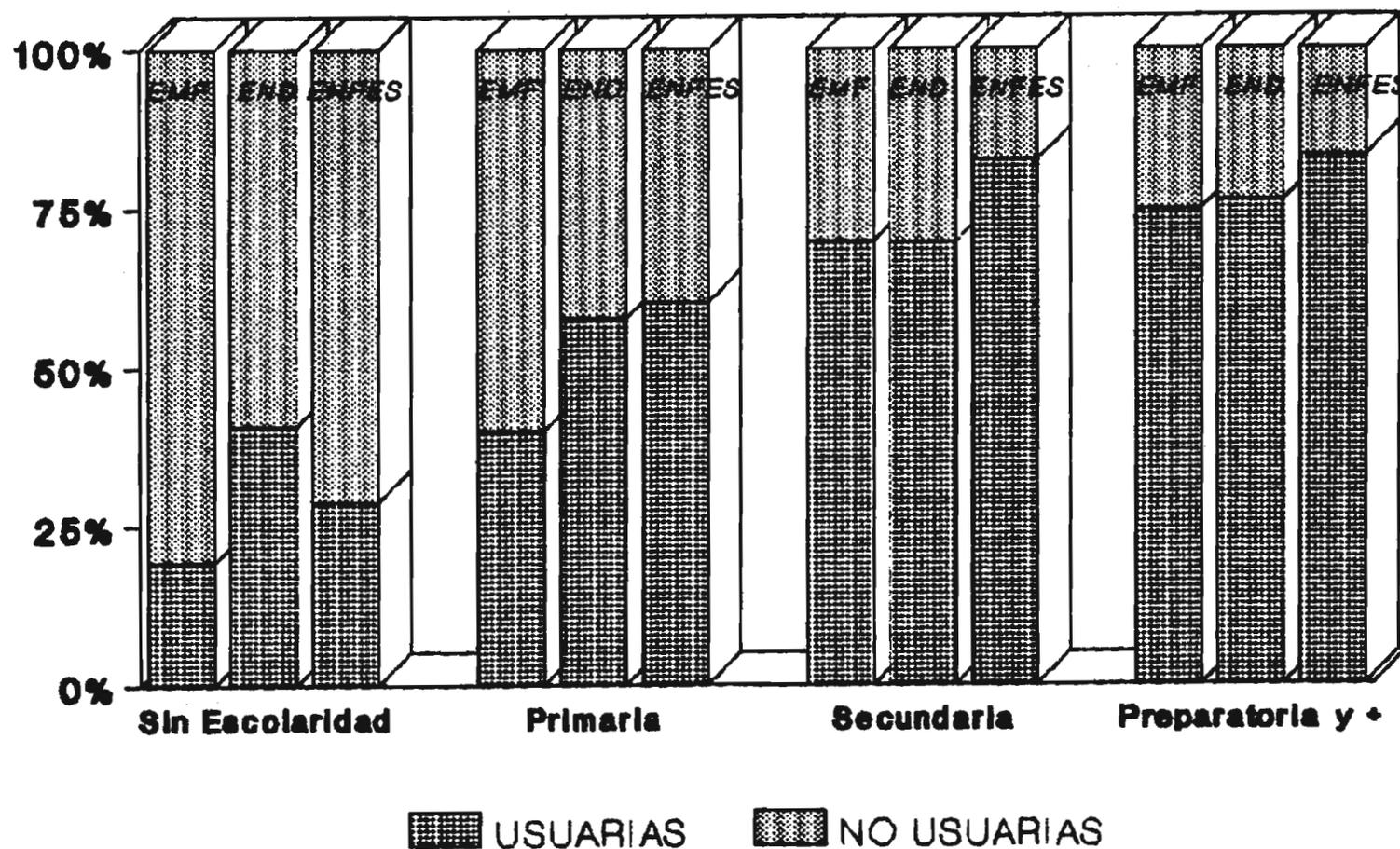
Pese a que el porcentaje de uso de las mujeres con preparatoria y más se ha modificado relativamente poco al paso del tiempo, llama la atención que de 1982 a 1987, en todos los niveles de educación, aunque en diversa magnitud, se experimentó un incremento en las proporciones de uso, excepto en las mujeres sin escolaridad que presentan un importante descenso en estos cinco años. Al respecto podría hipotetizarse, al

igual que en el caso de la población rural, que de 1982 a 1987, cuando las acciones de planificación familiar fueron menos intensas, una fracción de las mujeres sin escolaridad, suspendieron su práctica anticonceptiva.

Si comparamos la Gráfica 6.4 (datos según el lugar de residencia de la mujer) con la Gráfica 6.5 (uso por nivel de escolaridad), encontraremos una tendencia muy semejante entre el patrón presentado por las mujeres rurales y las mujeres sin escolaridad, es decir, en ambos casos de 1976-77 a 1982, primero se experimentó un notable incremento en el porcentaje de usuarias y posteriormente, para 1987, la proporción de uso declinó. Esta semejanza induce a pensar que de 1976-77 a 1982, pareciera que las acciones de planificación familiar se concentraron en mayor medida sobre la población rural y la de menor escolaridad. Criterio que, de acuerdo a los datos presentados (reducción del porcentaje de usuarias en estos rubros de 1982 a 1987), pareciera haberse modificado.

Por último, vale la pena señalar que los datos de las tres encuestas nos permiten apreciar que continúan existiendo, hasta 1987, importantes diferenciales entre la prevalencia anticonceptiva de las mujeres de baja escolaridad y las de mayor educación, observándose también, que el hecho de acceder al sistema de educación formal (aunque sea en sus niveles más bajos), marca un diferencial significativo en lo que a la práctica anticonceptiva se refiere.

GRAFICA 6.5
NIVELES PORCENTUALES EN LA PRACTICA ANTICONCEPTIVA
DE ACUERDO AL NIVEL DE ESCOLARIDAD, MEXICO
(1976-77 A 1987)



Fuente: Cuadro 6.4

CUADRO 6.4

MUJERES USUARIAS DE ALGUN ANTICONCEPTIVO DE ACUERDO
A SU GRADO DE ESCOLARIDAD, MEXICO (1976-77 A 1987)

Grado de Escolaridad	PERIODO		
	EMF (1976-77)	END (1982)	ENFES (1987)
Sin escolaridad			
Usan	19.30	40.83	28.89
No Usan	80.70	59.17	71.11
Total	100.00	100.00	100.00
	(810)	(747)	(751)
Primaria			
Usan	39.95	57.72	60.17
No Usan	60.05	42.28	39.83
Total	100.00	100.00	100.00
	(2546)	(2894)	(2821)
Secundaria			
Usan	69.70	69.63	82.50
No Usan	30.30	30.37	17.50
Total	100.00	100.00	100.00
	(567)	(1070)	(863)
Preparatoria y +			
Usan	74.77	76.07	83.18
No Usan	25.23	23.93	16.82
Total	100.00	100.00	100.00
	(187)	(280)	(428)
Diferencias Porcentuales entre los Diferentes Niveles de Educación:			
	EMF (1976-77)	END (1982)	ENFES (1987)
Sin Esc./Primaria	106.99	41.37	108.27
Primaria/Secundaria	74.47	20.63	37.11
Secund./Prepa. y más	7.27	9.25	0.82

Fuente:

Información de 1976-77.- SPP, Encuesta Mexicana de Fecundidad, Primer Informe Nacional, 1987.
Datos de 1982 y 1987.- Cálculos propios obtenidos con base a la END y ENFES.

Análisis por Grupos Quinquenales de Edad.

En la Gráfica 6.6 (Cuadro 6.5) se muestran los niveles de práctica anticonceptiva por edad de dos países que ya completaron su transición de alta a una baja fecundidad, Estados Unidos y la Gran Bretaña. Si consideramos que México se encuentra en esta etapa de transición, se esperaría que sus patrones de anticoncepción de los diferentes subgrupos de edad, al paso del tiempo, fueran asemejándose cada vez más, a las curvas que se muestran en esta gráfica, es decir, altos niveles de uso para todas las edades, si bien ligeramente menores para las edades extremas. También se puede apreciar poca diferencia entre las proporciones de uso entre los distintos grupos de edad. La Figura 6.1 muestra la prevalencia anticonceptiva en México en los tres períodos considerados junto con los niveles observados en la Gran Bretaña y Estados Unidos donde se puede apreciar que, efectivamente, la práctica anticonceptiva mexicana, desde 1976-77 a 1987 ha evolucionado hacia altos niveles de uso, con poca diferenciación entre los grupos de edad, y niveles ligeramente menores en las edades extremas. A continuación se dará cuenta de esta evolución en detalle.

3 La información correspondiente a los porcentajes de uso de anticonceptivos para Estados Unidos, incluye a todas las mujeres de diverso status marital, ya que éstos fueron los únicos datos disponibles por grupos quinquenales de edad para este país. Por otro lado, ambos países sólo consideran a las mujeres de 15 a 44 años cumplidos.

Los datos arrojados por las tres encuestas (Cuadro 6.6, Gráfica 6.7.), mostraron que en las mujeres más jóvenes existe una importante tendencia de incremento en cada quinquenio considerado, es decir, se refuerza la hipótesis de que existe una propensión, cada vez mayor, de espaciar los nacimientos.

En el caso de las mujeres de edad más avanzada (40 a 49 años), encontramos dos comportamientos diferentes ya que pese a que en ambos grupos quinquenales de edad se observa un constante incremento de uso de anticonceptivos al paso del tiempo, éstos son significativamente más intensos en el caso de las mujeres de 40-44 años, siguiendo una tendencia muy semejante a la experimentada por las de 15 a 19 años.

En cuanto a las mujeres de 20 a 39 años, es posible distinguir un patrón muy semejante (Gráfica 6.7, Cuadro 6.6), donde el mayor aumento en el porcentaje de usuarias se verifica de 1976-77 a 1982, permaneciendo los niveles casi constantes para 1987.

En la Figura 6.2, se alcanza a distinguir que en 1976-77, aunque no existe un patrón claramente definido, el primer punto de inflexión (mayores proporciones de uso), donde empieza a descender la práctica anticonceptiva, se localiza en el grupo 25-29 años, aunque ciertamente no hay un descenso muy pronunciado sino a partir del grupo 35-39 años. En 1982, este punto de quiebre se ubicó en el grupo 30-34, que dado el período que media entre las dos encuestas (5 años), corresponde a las mismas mujeres que en 1976-77 tenían 25-29

años y, que para 1982, probablemente ya habían desarrollado una conducta controlista. Como en el período anterior, la caída más importante se dá a partir de los 40 años. En 1987 el punto de quiebre lo marcan las mujeres de 30-34 años, pero de manera similar a los dos casos anteriores, no son sino las mujeres de 40 a 44 años quienes muestran niveles de uso muy por debajo de los observados para el resto de la población femenina.

Frente al diferente comportamiento observado en las mujeres de los grupos extremos del ciclo reproductivo, podría hipotetizarse que las más jóvenes han asimilado más efectivamente las pautas de planificación familiar, ya que han aumentado significativamente su uso de anticonceptivos, a diferencia de las mujeres mayores cuya incorporación al control natal ha sido menos intensa.

En el Cuadro 6.6. (Figura 6.2), se puede observar un incremento global en todos los grupos de edad de 1976-77 a 1987, donde la mayor concentración de usuarias se localizó en las edades medias (de 25 a 39 años). Si atendemos a la forma de las curvas y se considera que a mayor convexidad o irregularidad, mayor diferencial entre los niveles de uso de los diferentes grupos de edad, se puede observar que independientemente de que para 1982 se incrementan los porcentajes de uso, hay un mayor diferencial entre grupos, que los observados para 1976-77. Si en la curva de la Gráfica III de la misma figura, se omite el porcentaje de las mujeres de 45-49 años,

se observará una importante tendencia a formar una línea recta, es decir, la variable edad pierde importancia como diferencial de comportamiento sobre el uso de anticonceptivos.

Los cinco años que median entre cada una de las encuestas, posibilitan un breve análisis sobre la evolución de los patrones de práctica anticonceptiva para cinco generaciones. En la Gráfica 6.7a. se observa que todas las generaciones experimentaron un importante ascenso en su práctica anticonceptiva de 1976-77 a 1982. Las curvas que corresponden a las dos generaciones más jóvenes (1958-62 y 1953-57), muestran una tendencia similar ya que después del elevamiento general experimentado para 1982, posteriormente, para 1987, aunque se desacelera este incremento, encontramos que un buen número de mujeres continúan sumándose al uso de métodos anticonceptivos. En cuanto a las tres generaciones más viejas, 1948-52, 1943-47 y 1938-42, no obstante el importante ascenso experimentado de 1976-77 a 1982, los niveles de uso decaen para 1987 en un 0.9%, 2.9% y 25.4% respectivamente. Como se puede apreciar, este descenso es más pronunciado sobre todo para las mujeres de la generación más vieja (1938-42), cuyos niveles descienden por debajo de los que se registraron para 1976-77 (52.4%). En este sentido, se esperaría un mayor uso de anticonceptivos en la población femenina de edades avanzadas, ya que éstas, como fue señalado en su oportunidad, seguramente han concluido la formación de sus familias. Dado que además en promedio continúan en su período fértil (15 a 49 años), se puede

desprender la hipótesis de que, influenciadas por la intensidad con que se llevaron a cabo las primeras acciones de los programas de planificación familiar, estas mujeres, pertenecientes a generaciones más viejas, se incorporaron al control natal tal vez sin un cambio profundo de actitud frente a la fecundidad, por lo que al decrecer la intensidad de dichas acciones, el porcentaje de uso declinó también, es decir, algunas de estas mujeres adoptaron nuevamente el patrón reproductivo que tenían antes de la implantación de la planificación familiar⁴.

Con el objeto de lograr un mayor detalle en el análisis, el Cuadro 6.6. ofrece al lector las diferencias porcentuales (incrementos y decrementos), que se han llevado a cabo en el período de estudio, tanto dentro de los grupos de edad como entre ellos (Páneles B y C).

Como ya se mencionó, desde 1976-77 las mujeres se han incorporado, cada vez más, a la práctica anticonceptiva. Consistentemente a lo mencionado con respecto a las otras variables consideradas, los cambios más intensos (a excepción del grupo 15-19 años), se verificaron de 1976-77 a 1982 (1ra. y 2da. columnas del Panel B). De 1982 a 1987, aunque en general asciende el uso de anticonceptivos, el incremento se desacelera en todos los grupos de edad, excepto en las mujeres

⁴ Un elemento que es difícil de incluir en el análisis es el efecto de selectividad de la mujer debido a la infertilidad, y su asociación al uso de anticonceptivos. Para efectos de la presente investigación, se considerará que se distribuye igualmente en todos los subgrupos de la población.

de 15 a 19 años y las de 40-44 años, quienes muestran un patrón similar, ya que aumentan significativamente sus porcentajes de uso tanto para 1982, como para 1987. De hecho en 1987, la población más joven (15 a 19 años), eleva sus niveles de uso aún más que en 1982 (incrementos porcentuales de 59.6% para 1987 en comparación a un 55.2% para 1982). Por otro lado y en contraposición, en este mismo período (1982-1987), las mujeres de 25 a 29 años disminuyeron sus proporciones de uso en un 1.4%. La población femenina de edades más avanzadas (45-49 años), aunque en magnitudes relativamente bajas, han aumentado gradualmente el control de su fecundidad desde 1976-77.

Si en general se consideran los cambios ocurridos de 1976-77 a 1987, se puede observar que el grupo de edad que aumentó con mayor intensidad su práctica de control natal, fue el de las jóvenes de 15 a 19 años, registrando un incremento porcentual de 147.8% (Panel B, 3ra. columna). Tal situación podría ser indicativa de un cambio en el patrón reproductivo de las nuevas generaciones, que están optando por controlar cada vez más su fecundidad.

En cuanto al análisis entre grupos contiguos de edad (Gráfica 6.7, Cuadro 6.6., Panel C), tenemos que las diferencias más importantes se registran, para 1976-77 y 1982, entre el primer y segundo grupos de edad (15-19 y 20-24 años), con una diferencia porcentual de 69.8% y 71.2% respectivamente. De estos datos puede concluirse que hasta 1982, el paso del

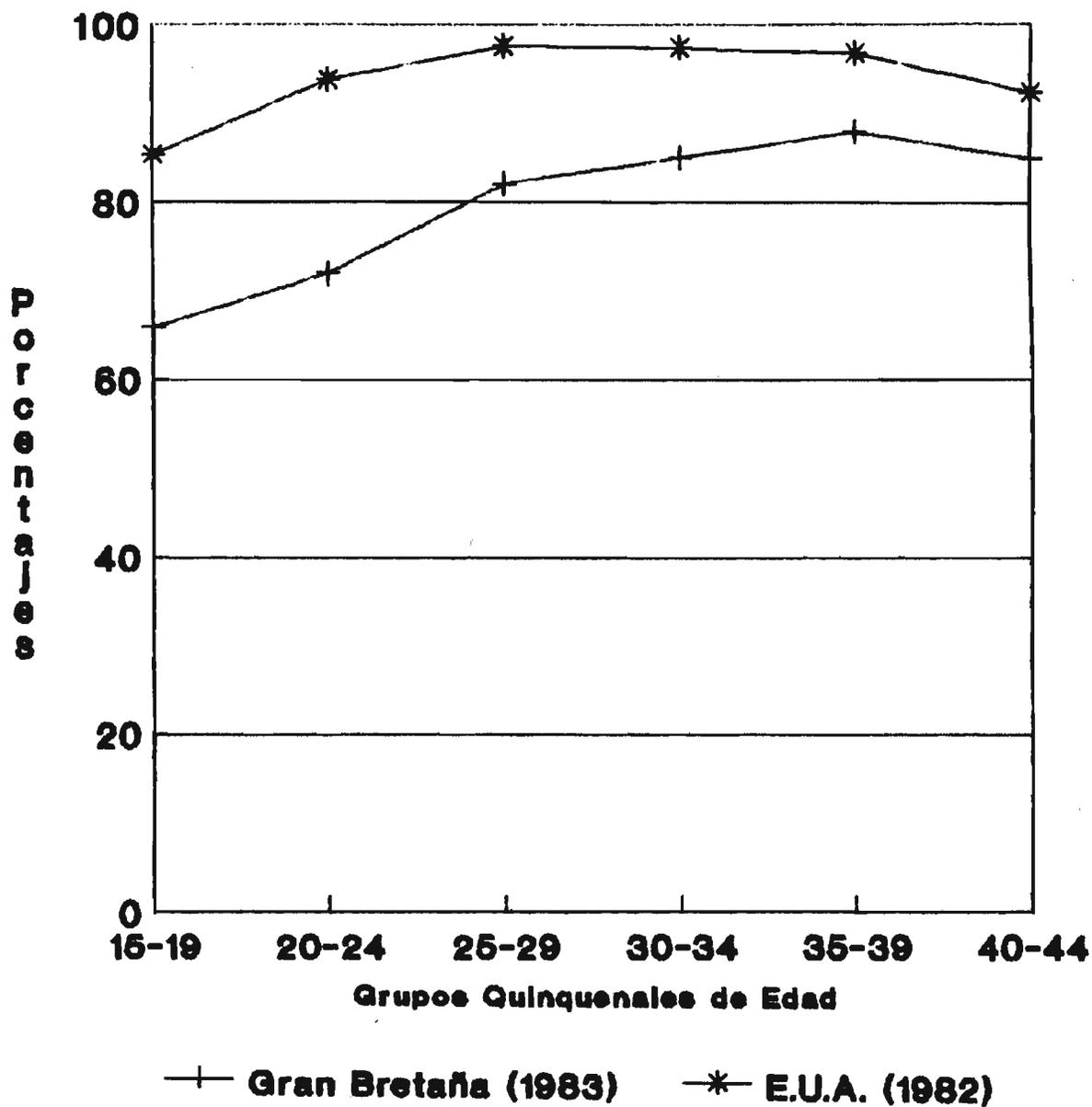
primer grupo de edad al segundo, marcaba un importante diferencial en lo que se refiere a la práctica anticonceptiva. Dicha situación se modifica sustancialmente para 1987 donde, de acuerdo a la información presentada (Panel C del Cuadro 6.6.), los diferenciales existentes entre estos dos grupos de edad (15-19 a 20-24 años), decaen drásticamente a un 12.9%, es decir, para 1987 se hace evidente la mayor incorporación de mujeres jóvenes a la práctica anticonceptiva. Por otro lado, los diferenciales entre los grupos 20-24 a 25-29 años y 35-39 a 40-44 años, disminuyen gradualmente de 1976-77 a 1987.

Pese a que las diferencias porcentuales entre las mujeres de los grupos 25-29 a 30-34, 30-34 a 35-39 y 40-44 a 45-49 años asciende de 1976-77 a 1987, la intensidad de este aumento, comparado con la de los decrementos, permite considerar, en términos generales, que la brecha en cuanto al uso de métodos anticonceptivos se está cerrando entre la mayoría de los grupos contiguos de edad. Otro elemento que fortalece esta hipótesis sobre la reducción de la brecha entre los niveles de uso por edad, son los datos presentados en el Cuadro 6.6a., donde se ofrecen las diferencias porcentuales entre las proporciones de uso más altas y bajas para cada período. Aquí se puede apreciar un decremento en los diferenciales entre los valores máximos y mínimos desde 1976-77 (127.4%) hasta 1987 (77.9%). La excepción de este patrón se ilustra en la Gráfica 6.8., donde llama la atención el aumento

sistemático que desde 1976-77 se verificó en los diferenciales entre los dos últimos grupos de edad (40-44 a 45-49 años). Esto significa que la participación de la población de 40-44 años tiende a ser cada vez mayor que las de 45-49 años.

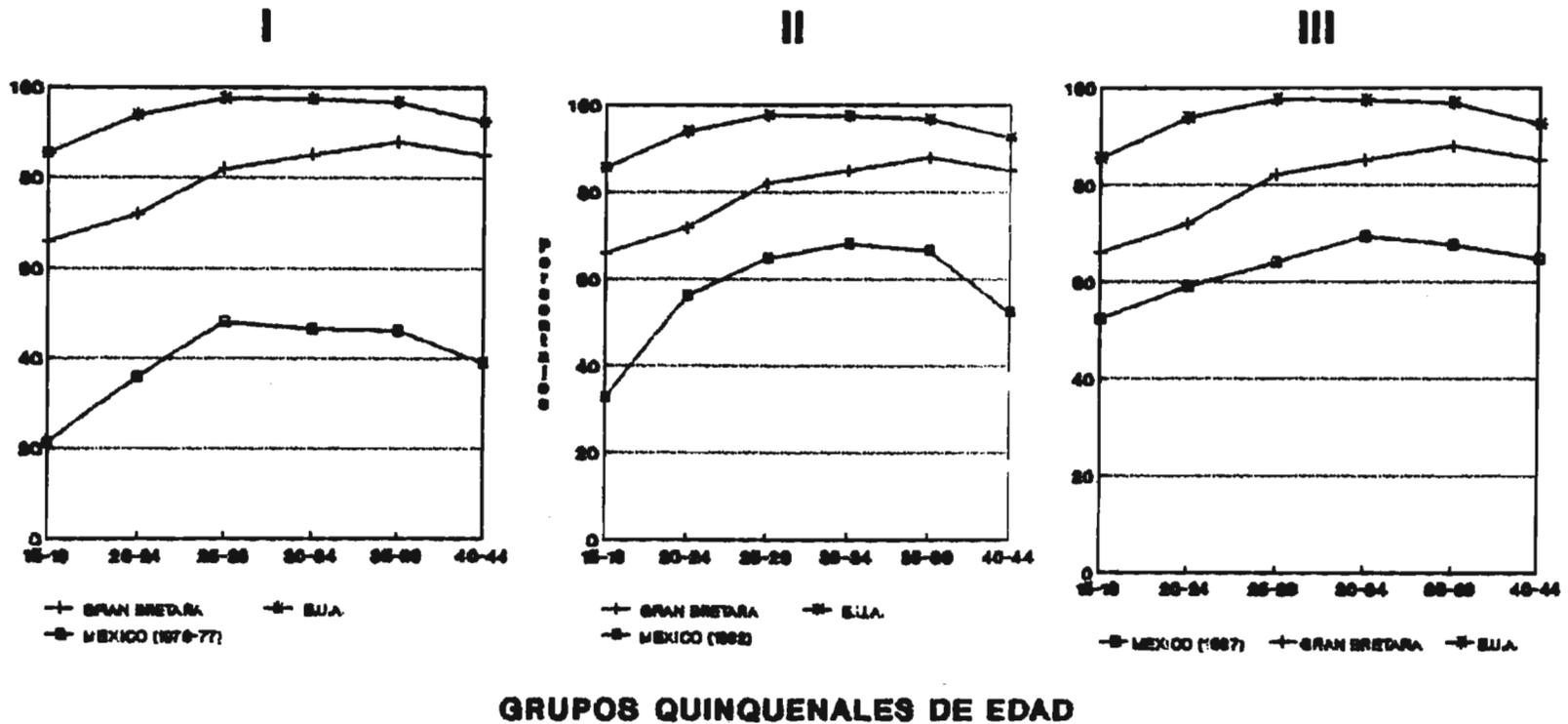
En síntesis, y con base a la información aquí presentada, podría decirse que la planificación familiar, para 1982, centró sus actividades en las mujeres jóvenes de los dos primeros grupos de edad y que, para 1987, pareciera que el criterio predominante es el de ampliar la cobertura de los servicios hacia todos los grupos de edad. Por otro lado, es posible pensar que los patrones culturales se han logrado modificar en cierta medida, ya que se puede apreciar que toda la población, hasta la de edades más avanzadas, está aceptando, cada vez más, el control de su fecundidad.

GRAFICA 6.6
PRACTICA ANTICONCEPTIVA POR GRUPOS
DE EDAD, E.U.A. Y GRAN BRETAÑA
(PORCENTAJES)



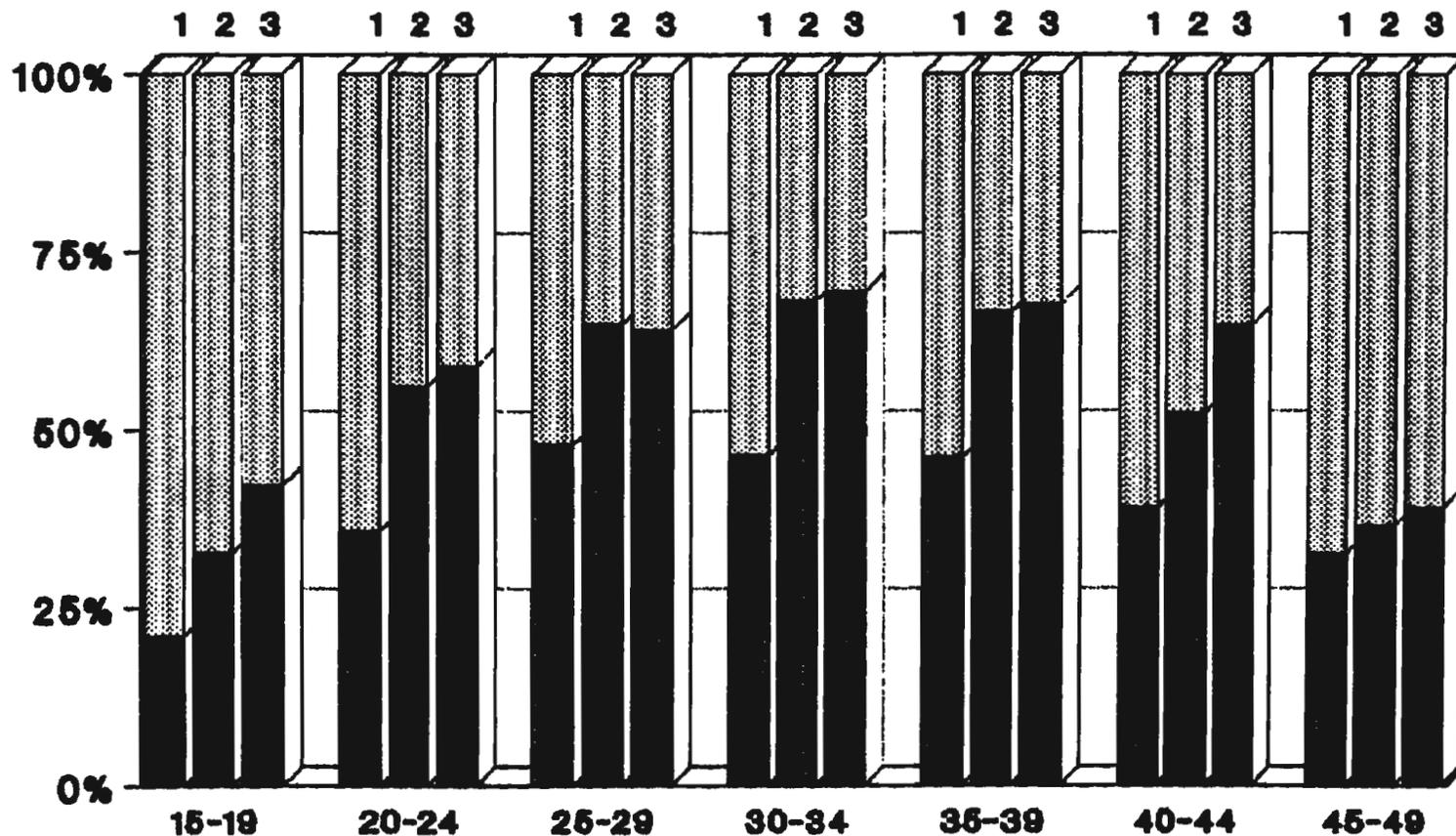
Fuente: Cuadro 6.5

FIGURA 6.1
NIVELES DE PRACTICA ANTICONCEPTIVA POR GRUPOS DE EDAD:
ANALISIS COMPARATIVO ENTRE MEXICO (1976-77, 1982 Y 1987)
ESTADOS UNIDOS (1982) Y LA GRAN BRETAÑA (1983)
(PORCENTAJES)



Fuente: Cuadro 6.

GRAFICA 6.7.
NIVELES DE PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA EN MEXICO POR
GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, MEXICO 1976-87 A 1987

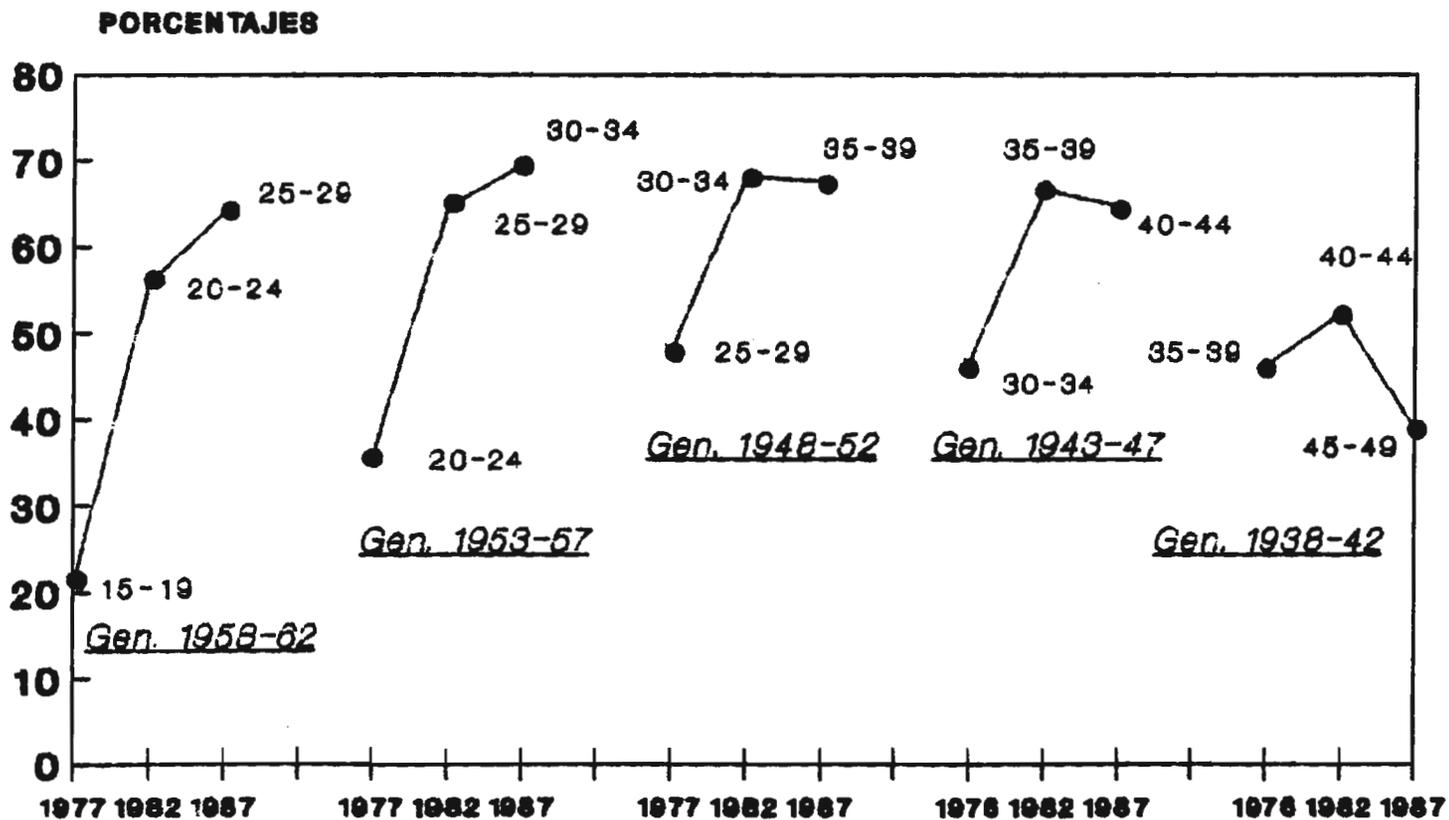


USUARIAS
 NO USUARIAS

Columnas: 1. 1976-77
 2. 1982
 3. 1987

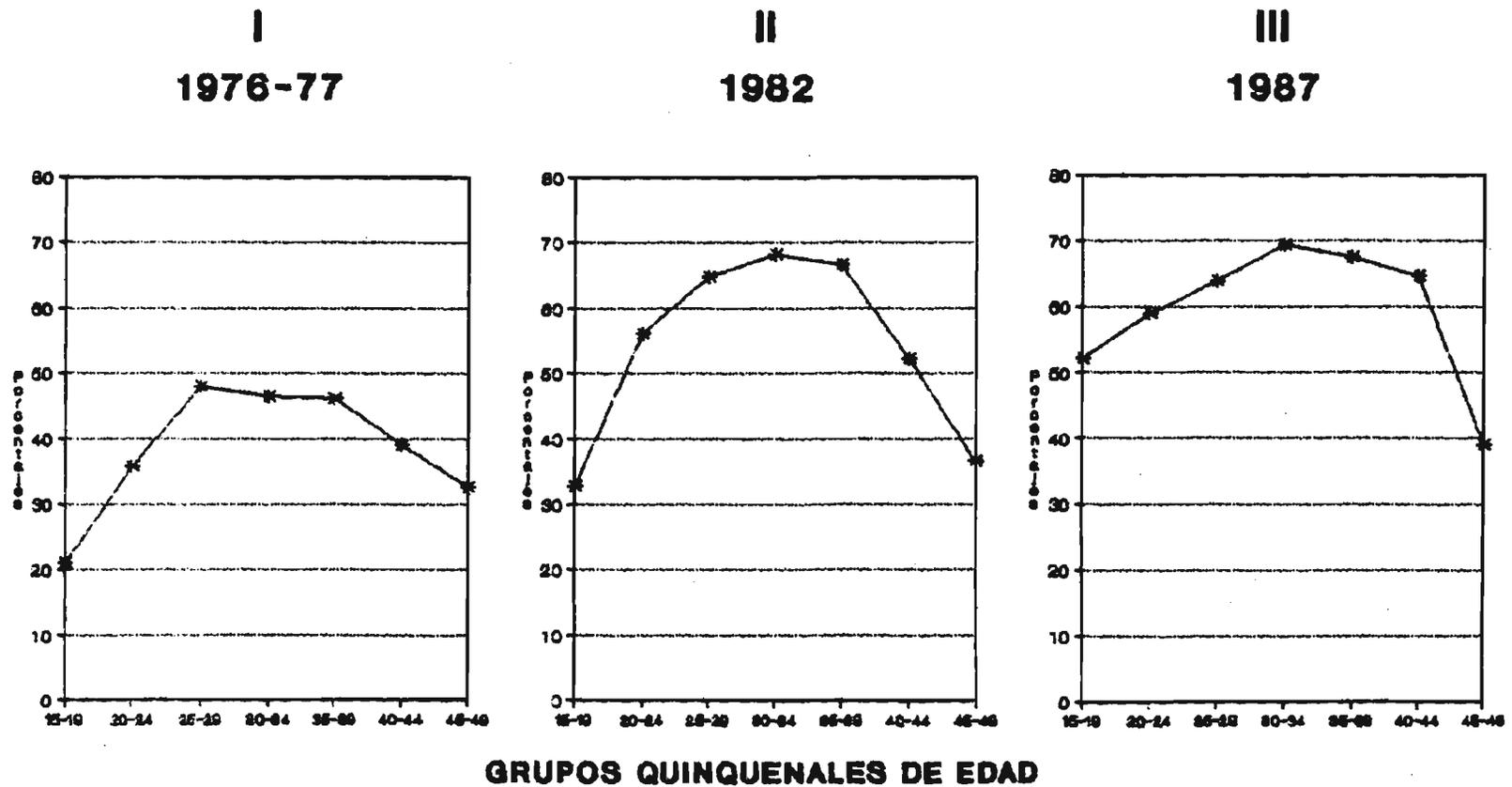
Fuente: Cuadro 6.6

GRAFICA 6.7a.
PRACTICA ANTICONCEPTIVA, COMPARACION ENTRE
GENERACIONES, MEXICO 1976-77 A 1987



Fuente: Cuadro 6.6

FIGURA 6.2
NIVELES DE PRACTICA ANTICONCEPTIVA EN MEXICO
POR GRUPOS DE EDAD
(1976-77 A 1987)



Fuente: Cuadro 6.6

CUADRO 6.6
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES USARIAS DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO
POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y DIFERENCIAS PORCENTUALES, MEXICO
(1976-77, 1982 Y 1987)

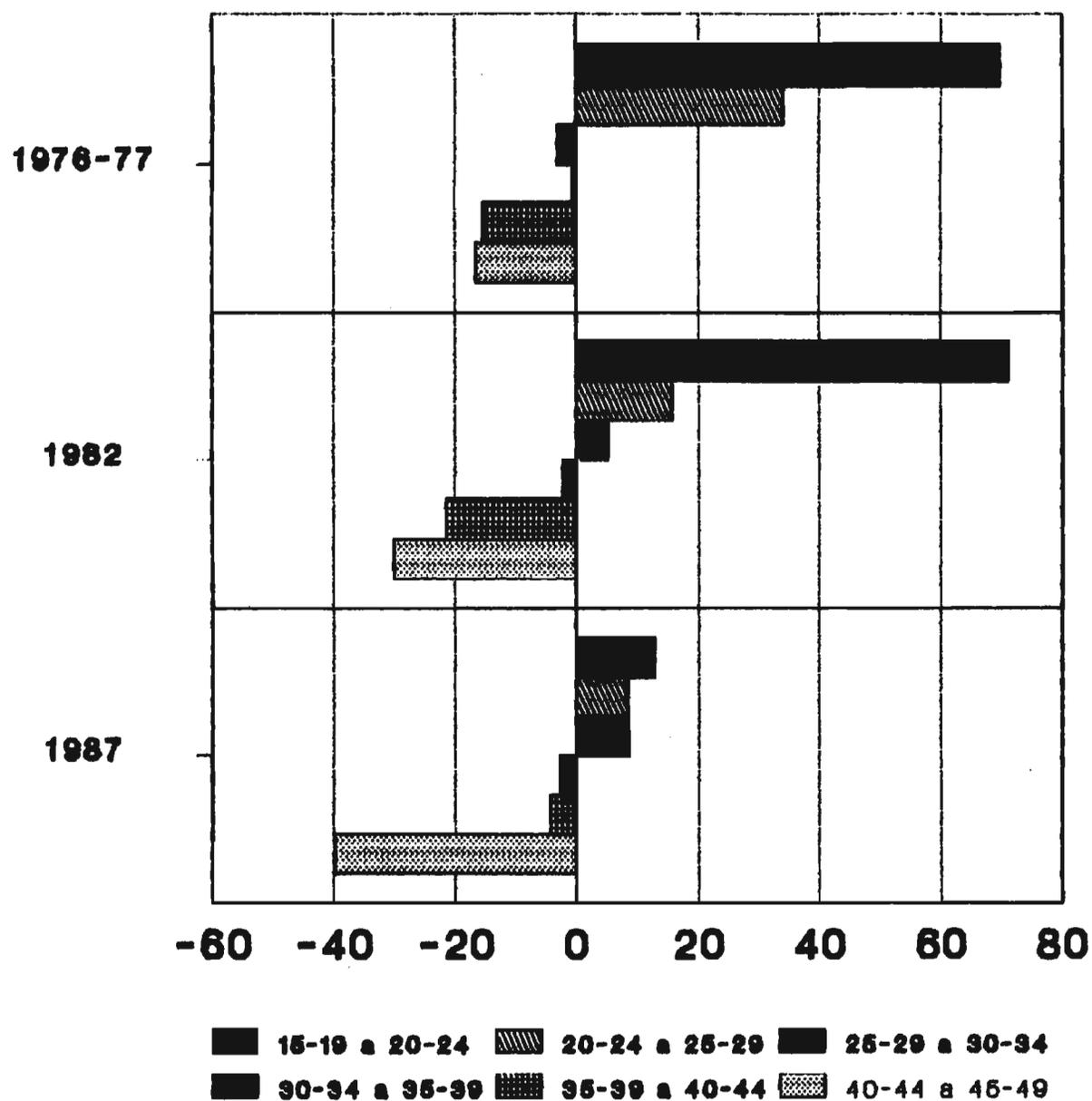
Grupos de Edad	PANEL A			PANEL B			PANEL C		
	Porcentajes de Uso			Diferencias Porcentuales en los Grupos de Edad			Diferencias Porcentuales entre Grupos de Edad		
	EMF (1976-77)	END (1982)	ENFES (1987)	EMF-END	END-ENFES	EMF-ENFES	EMF	END	ENFES
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
15-19									
Usan	21.09	32.74	52.25	55.24	59.59	147.75			
No Usan	78.91	67.26	47.75						
Total	100.00	100.00	100.00						
	(294)	(281)	(284)						
							69.75	71.20	12.88
20-24									
Usan	35.80	56.05	58.98	56.56	5.23	64.75			
No Usan	64.2	43.95	41.02						
Total	100.00	100.00	100.00						
	(772)	(893)	(746)						
							33.99	15.63	8.38
25-29									
Usan	47.97	64.81	63.92	35.11	-1.37	33.25			
No Usan	52.03	35.19	36.08						
Total	100.00	100.00	100.00						
	(912)	(1026)	(1031)						
							-3.04	5.20	8.67
30-34									
Usan	46.51	68.18	69.46	46.59	1.88	49.34			
No Usan	53.49	31.82	30.54						
Total	100.00	100.00	100.00						
	(789)	(1012)	(953)						
							-0.65	-2.27	-2.71
35-39									
Usan	46.21	66.63	67.58	44.19	1.43	46.25			
No Usan	53.79	33.37	32.42						
Total	100.00	100.00	100.00						
	(726)	(801)	(767)						
							-15.36	-21.43	-4.22
40-44									
Usan	39.11	52.35	64.73	33.85	23.65	65.51			
No Usan	60.89	47.65	35.27						
Total	100.00	100.00	100.00						
	(427)	(617)	(621)						
							-16.57	-30.14	-39.67
45-49									
Usan	32.63	36.57	39.05	12.07	6.78	19.68			
No Usan	67.37	63.43	60.95						
Total	100.00	100.00	100.00						
	(190)	(361)	(461)						

Fuente:

Información de 1976-77.- SPP, Encuesta Mexicana de Fecundidad, Primer Informe Nacional, 1987.

Datos estimados de 1982 y 1987.- Cálculos propios obtenidos con base a la END y ENFES.

GRAFICA 6.8
DIFERENCIAS PORCENTUALES EN LA PRACTICA ANTICONCEPTIVA
ENTRE LOS GRUPOS CONTIGUOS DE EDAD, MEXICO
1976-77 A 1987



Fuente: Cuadro 6.6.

CUADRO 6.6a.
 DIFERENCIAS PORCENTUALES ENTRE VALORES
 MAXIMOS Y MINIMOS DE NIVELES DE USO
 PARA CADA PERIODO

Fuente	Grupos de Edad	Porcentaje de Uso	Diferencia Porcentual
EMF	25-29	47.97	127.45
	15-19	21.09	
END	30-34	68.18	108.25
	15-19	32.74	
ENFES	30-34	69.46	77.87
	45-49	39.05	

Fuente: Cuadro 6.6

CUADRO 6.5
 MUJERES EN EDAD FERTIL USUARIAS
 DE ALGUN ANTICONCEPTIVO
 GRAN BRETANA (1983) Y E.U.A. (1982)

Grupos de Edad	Porcentajes de Uso	
	E.U.A. 1978	Gran Bretana 1983
15-19	85.40	66.00
20-24	93.80	72.00
25-29	97.60	82.00
30-34	97.40	85.00
35-39	96.80	88.00
40-44	92.40	85.00
45-49		
Total	74.10	83.00

Fuentes:

Rauta, I., 1983 y U.S. Department of
 Health and Human Services, 1982.

Análisis por Paridad.

En la Gráfica 6.9 (Cuadro 6.7), se pueden observar algunas tendencias generales por paridad, de acuerdo a los datos arrojados por las encuestas. Sin duda lo que atrae primero la atención en los tres períodos, es el abrupto elevamiento entre el porcentaje de uso de las mujeres sin hijos y las que tienen uno, es decir, las mujeres al tener un hijo, empiezan significativamente a controlar sus nacimientos en relación a aquellas que no han empezado a formar su descendencia. En la Gráfica 6.10 (Cuadro 6.7a.), donde se ofrecen las diferencias porcentuales entre las paridades, sobresale la diferencia entre las mujeres de paridad cero y uno. El hecho de que las mujeres que no han tenido hijos presenten bajos niveles de uso de anticonceptivos, parece responder a la misma lógica establecida anteriormente con respecto a las mujeres de 15 a 19 años, es decir, su muy baja participación en la práctica anticonceptiva, seguramente tiene que ver con el hecho de que se encuentran iniciando la formación de sus familias, y en este caso particular, no parece extraño que las mujeres que carecen de hijos deseen tener al menos uno y, por lo tanto, muestren bajos niveles de control de su fecundidad. Pese a ello, este diferencial del uso de anticonceptivos entre la población femenina de paridad cero y uno, presenta una tendencia a la baja para 1982, y una mayor intensidad para 1987, lo que conduce nuevamente a plantearse la hipótesis de

que las mujeres posiblemente estén iniciando un patrón de prolongación de su intervalo protogenésico.

Si se hace caso omiso de las barras que corresponden al diferencial 0 a 1 hijos, se observa que de la paridad uno a la dos, existe una diferencia no desdeñable que, semejantemente al diferencial 0-1 hijos, disminuye con el tiempo. Al respecto podría pensarse que las mujeres de baja paridad, no sólo están limitando sus nacimientos, sino también espaciándolos. En términos generales, al observar globalmente los tres conjuntos de barras, es posible apreciar que los diferenciales para 1987, son bastante menos pronunciados que los registrados para 1976-77 y 1982, lo que nos permite reiterar la observación que hasta ahora se ha venido señalando con respecto al cambio en los patrones de control natal a partir de la implantación de la planificación familiar, es decir, parece que el uso de anticonceptivos, de 1982 a 1987, está siendo menos selectiva, en este caso, con respecto al número de hijos sobrevivientes. En otros términos, parece que la variable "paridad" cada vez explica menos el que la población sea o no usuaria de anticonceptivos.

La Gráfica 6.11. (Cuadro 6.7a.) nos muestra, a través de diferencias porcentuales, los cambios ocurridos en las mujeres de acuerdo a su fecundidad, de un momento a otro. Como se puede apreciar por los porcentajes positivos de la primera sección de la gráfica, en todas las paridades se experimentó un incremento en la práctica anticonceptiva de 1976-77 a 1982.

En el segmento inferior de ésta se observa que de 1982 a 1987, las mujeres desde cero hijos a 3 hijos aumentaron su uso, a diferencia de las mujeres con 4 hijos y más, que bajaron, aunque en diversa medida, sus niveles de prevalencia. Al respecto se puede hipotetizar que las mujeres de paridades bajas y medias (de cero a 3 hijos), aún antes de la distribución masiva de anticonceptivos generada por la implantación del programa de planificación familiar, ya tenían cierta disposición para controlar su fecundidad y una vez que tuvieron los medios disponibles para hacerlo, se han incorporado a la práctica anticonceptiva desde 1976-77, logrando restringir sus nacimientos al número deseado. En contraposición, las mujeres de alta paridad (más de tres hijos), en un primer momento, influenciadas por las intensas acciones de los programas de planificación familiar, aumentaron su control natal para 1982. Sin embargo, pareciera que no cambiaron en esencia su conducta reproductiva ya que, cuando las acciones de la planificación familiar parecen menos intensas (1982-1987), estas mujeres disminuyen su porcentaje de uso, lo que implica, probablemente, un retorno a su patrón inicial de alta fecundidad.

CUADRO 6.7
MUJERES EXPUESTAS USUARIAS DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO DE
ACUERDO A SU PARIDAD EN TRES MOMENTOS EN EL TIEMPO
MEXICO, 1976-77 A 1987

Período	1976-77			1982			1987		
	Usan	No Usan	Total	Usan	No Usan	Total	Usan	No Usan	Total
0	12.68	87.32	100.00 (237)	18.37	81.63	100.00 (245)	30.14	69.86	100.00 (219)
1	37.76	62.24	100.00 (495)	52.98	47.02	100.00 (738)	61.63	38.37	100.00 (701)
2	48.94	51.06	100.00 (660)	67.51	32.49	100.00 (834)	70.45	29.55	100.00 (961)
3	46.66	53.34	100.00 (613)	64.60	35.40	100.00 (839)	71.49	28.51	100.00 (863)
4	46.18	53.82	100.00 (537)	67.83	32.17	100.00 (687)	67.40	32.60	100.00 (635)
5	41.06	58.94	100.00 (451)	71.07	28.93	100.00 (484)	58.96	41.04	100.00 (502)
6	42.90	57.10	100.00 (331)	54.57	45.43	100.00 (361)	48.26	51.74	100.00 (344)
7 y +	38.95	61.05	100.00 (783)	47.89	52.11	100.00 (804)	47.65	52.35	100.00 (638)

Fuente:

Información de 1976-77.- SPP, Encuesta Mexicana de Fecundidad,
 Primer Informe Nacional, 1987.

Datos estimados de 1982 y 1987.- Cálculos propios obtenidos con base a la END y ENFES.

CUADRO 6.7a.

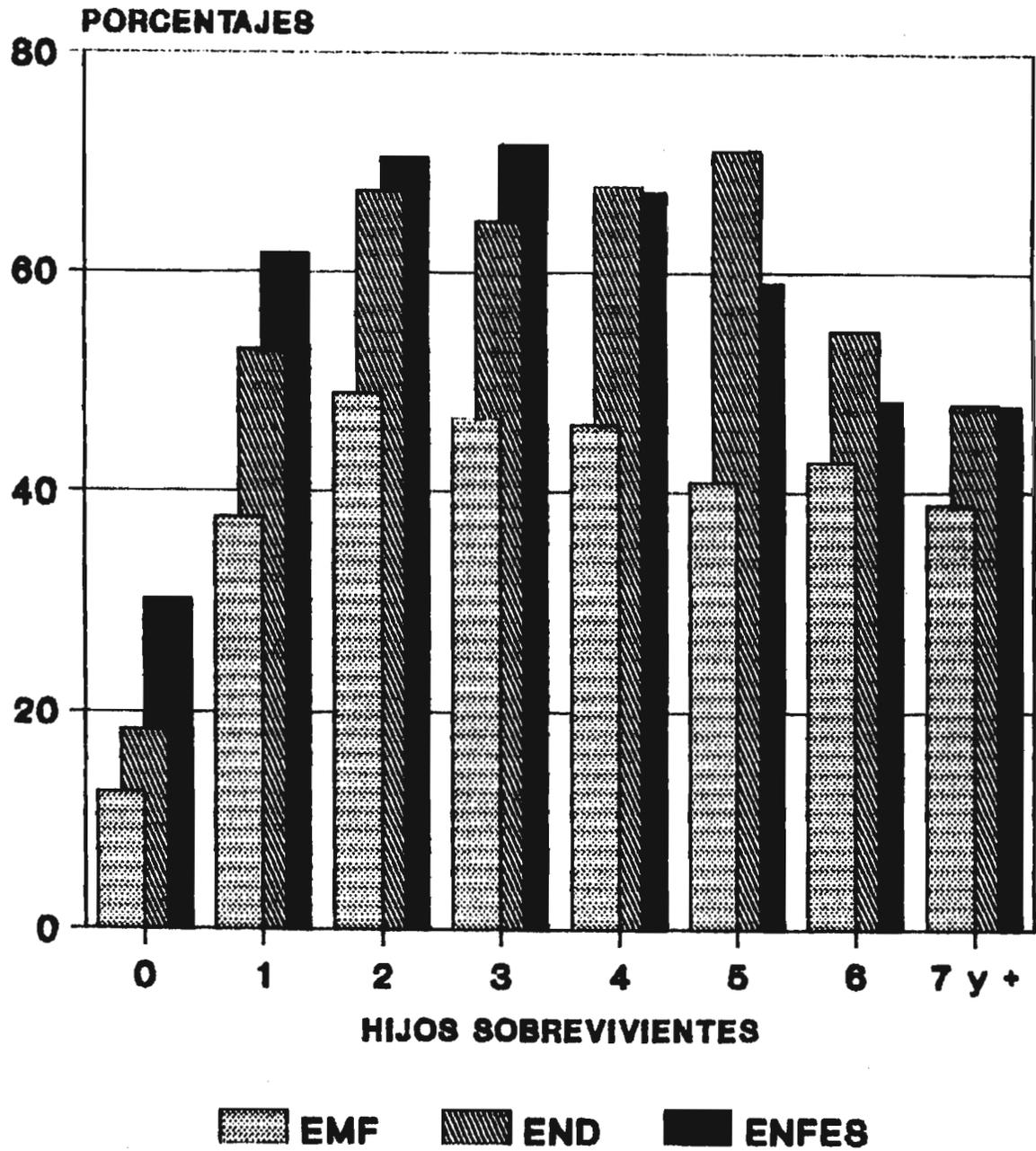
DIFERENCIAS PORCENTUALES POR PARIDAD, MEXICO 1976-77 A 1987

Diferencias Porcentuales dentro de las Paridades:								
Período	Paridad							
	0	1	2	3	4	5	6	7 y +
ENF-END	44.84	40.32	37.93	38.45	46.89	73.12	27.19	22.95
END-ENFES	64.08	16.32	4.36	10.67	-0.63	-17.04	-11.57	-0.49
Diferencias Porcentuales entre Paridades:								
	0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6- 7 +	
ENF	197.75	29.62	-4.66	-1.03	-11.09	4.50	-9.23	
END	188.45	27.42	-4.30	5.00	4.78	-23.22	-12.25	
ENFES	104.49	14.31	1.49	-5.73	-12.52	-18.16	-1.26	

Fuentes: Cuadro 6.7

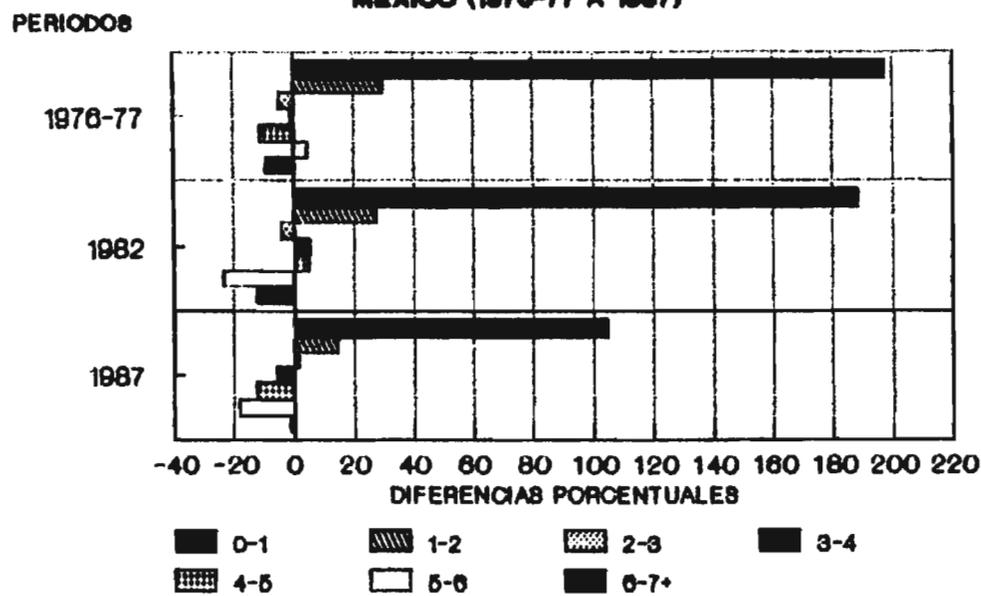
GRAFICA 6.9 PRACTICA ANTICONCEPTIVA DE ACUERDO A LA PARIDAD DE LAS MUJERES, MEXICO

(1976-77 A 1987)



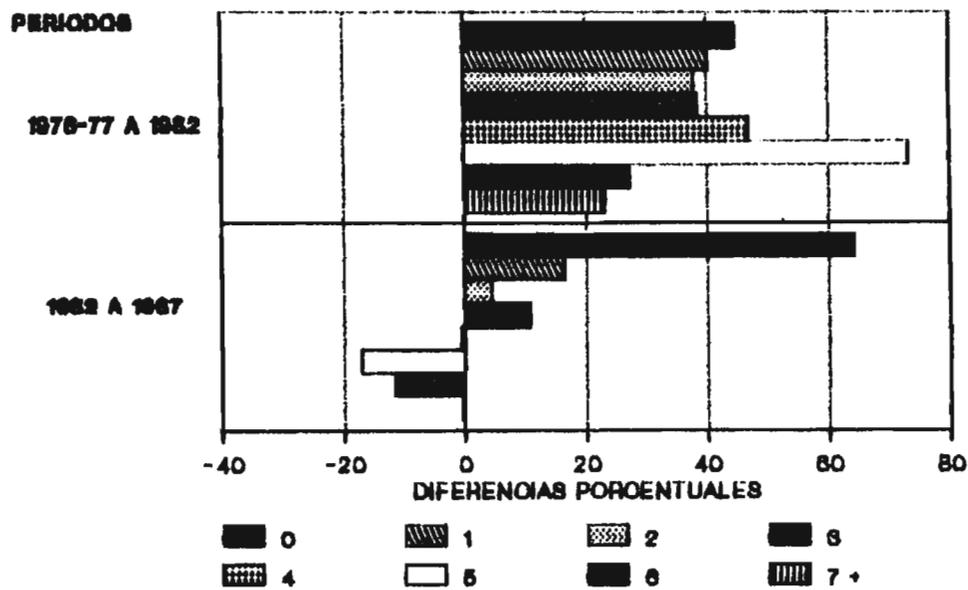
Fuente: Cuadro 6.7

GRAFICA 6.10
DIFERENCIAS PORCENTUALES ENTRE LAS MUJERES USUARIAS
DE ALGUN ANTICONCEPTIVO DE ACUERDO A SU PARIDAD
MEXICO (1976-77 A 1987)



Fuente: Cuadro 6.7a

GRAFICA 6.11
DIFERENCIAS PORCENTUALES DE LAS MUJERES USUARIAS DE ALGUN
ANTICONCEPTIVO DENTRO DE LAS PARIDADES
MEXICO (1976-77 A 1987)



Fuente: Cuadro 6.7a.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se ha comenzado por presentar un panorama global sobre el origen de varios métodos anticonceptivos, con el fin de subrayar que desde la antigüedad existían ya ciertas inquietudes por desarrollar algunos mecanismos para controlar los nacimientos, es decir, el uso de anticonceptivos no es un fenómeno contemporáneo, aunque sí lo es su utilización masiva.

El segundo apartado del primer capítulo muestra algunas características de la práctica anticonceptiva previas a la implantación del Plan Nacional de Planificación Familiar. Se incluyó esta sección con el fin de brindar al lector algunos antecedentes que permitieran interpretar en forma más completa el análisis que se ofrece en el último capítulo, ampliando la información disponible.

En el segundo capítulo se mostró la estrecha relación que ha existido entre los fenómenos socio-económicos y demográficos del país y el cambio operado en las políticas de población. En éste se ha podido constatar que el comportamiento poblacional no ha sido ajeno a los procesos sociales y económicos.

En el siguiente apartado se detalló la evolución del marco jurídico que en un momento determinado asentó las bases

para que se llevara a cabo el inicio del control masivo de la natalidad en México creando e impulsando la ejecución de la planificación familiar en el país.

Posteriormente se presentaron los puntos más sobresalientes específicamente del Programa Nacional de Planificación Familiar relacionados con la práctica anticonceptiva. Los aspectos teóricos que en este apartado se reproducen resultan indispensables para una posterior evaluación de las acciones y resultados generados por dicho programa.

Las características más importantes de los métodos modernos, de mayor efectividad y más utilización en México se muestran en el quinto capítulo. Por su repercusión sobre la salud de la mujer, un conocimiento más preciso sobre las contraindicaciones y efectos secundarios de estos métodos es necesario para evaluar, y en todo caso modificar, los criterios hasta ahora prevalecientes en las actividades y orientación de la planificación familiar.

En el último capítulo, eje central del estudio, se confirmó que en términos generales, el porcentaje de usuarias se ha incrementado desde 1976-77 a 1987. Al interior de este aumento global, experimentado en 10 años, se observó que en el primer período (1976-77 a 1982), el ascenso en los niveles de uso fue singularmente intenso para todas las mujeres consideradas en las distintas variables, sin embargo, en el segundo período (de 1982 a 1987), la práctica anticonceptiva sufrió importantes decrementos entre la población femenina

ubicada en algunos de los rubros considerados.

Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de efectividad mostró una ganancia global desde 1976-77 a 1987. Esta ganancia puede explicarse no solamente porque los métodos más empleados en los tres períodos fueron los que presentan más bajas tasas de falla (la esterilización femenina, la pastilla y el DIU), sino además porque los mayores incrementos de uso se dieron precisamente en estos métodos. Al respecto se mencionó que para 1982, los porcentajes de cambio más importantes se verificaron en la esterilización femenina y el inyectivo. La pastilla, a pesar de seguir siendo uno de los métodos modernos más utilizados, ha perdido popularidad, ya que se observó una tendencia descendiente en su uso a partir de 1982. En su lugar, parece que la población acudió al DIU ya que su uso, que se había mantenido casi constante para 1982, aumentó considerablemente para 1987 (un 52.11%).

En cuanto al análisis presentado por sexo del usuario, los datos mostraron un gran contraste entre la práctica anticonceptiva femenina y la masculina. Las diferencias porcentuales de uso por sexo arrojaron cifras de gran magnitud, alcanzando su máxima disparidad en 1982, donde el uso de métodos femeninos fue 2,705.94% mayor que el uso de métodos masculinos.

Al explorar los patrones de prevalencia anticonceptiva de acuerdo al tamaño de la localidad de residencia de la población, se pudo constatar un comportamiento muy similar

entre las mujeres de las áreas urbanas y las de las zonas metropolitanas ya que, en ambos casos, los niveles de uso presentan una tendencia de ascenso sistemático desde 1976-77. En este sentido, en las áreas rurales, a pesar de que fue donde se experimentó el más importante aumento de 1976-77 a 1982, disminuye el porcentaje de usuarias en un 6.9% para 1987. Sin embargo, pese a este decremento, sus niveles de uso permanecen muy por arriba de los observados en 1976-77. Es decir, aunque parece que una pequeña fracción de estas mujeres abandonó el uso de anticonceptivos, la gran mayoría del sector rural ha continuado el control de sus nacimientos.

El examen realizado por nivel de escolaridad, nos permitió establecer una relación directa entre el uso de anticonceptivos y nivel de educación alcanzado, ésto es, se encontró que a mayor educación, correspondía un mayor porcentaje de uso. Se observó además que el incremento más importante se experimentó de 1976-77 a 1982, entre las mujeres de más baja educación (sin escolaridad y primaria). Los resultados obtenidos para 1987, mostraron elevamientos de diversa magnitud en las proporciones de uso correspondientes a las mujeres de primaria y mayor escolaridad. Al respecto se destacó el importante descenso en la práctica anticonceptiva experimentado por las mujeres sin escolaridad para este mismo año de 1987.

Las altas diferencias porcentuales obtenidas para 1987 en la práctica anticonceptiva entre las mujeres de baja

escolaridad y las de mayor educación, permitieron confirmar el hecho de que el acceso al sistema de educación formal (aunque sea en sus niveles más bajos), marca un diferencial significativo en cuanto a la práctica anticonceptiva.

Con respecto a los patrones de uso de anticonceptivos por edad, los datos mostraron una evolución en los niveles que, al paso del tiempo, se están acercando cada vez más a los patrones de los países cuya transición de una alta a una baja fecundidad ha concluido. Se observó además un incremento importante a lo largo de los dos quinquenios (1976-77 hasta 1987), en las mujeres de 15 a 19 años. Ello nos permitió sugerir la existencia de una tendencia cada vez mayor entre las jóvenes de espaciar sus nacimientos. Tal situación podría ser indicativa de un cambio en el patrón reproductivo de las nuevas generaciones que están optando por controlar cada vez más su fecundidad.

También se destacó que aún cuando el mayor incremento en todos los grupos de edad se verificó de 1976-77 a 1982, las mujeres de 45 a 49 años experimentaron sólo un pequeño ascenso, nada comparable con el de los otros grupos.

Los datos arrojados por las encuestas proporcionaron el siguiente panorama: bajos niveles en las mujeres de 15 a 19 años, aunque con una importante tendencia de aumento en el tiempo, que podría confirmar la formación de un nuevo patrón de fecundidad, donde estas jóvenes efectivamente se encuentran prolongando sus intervalos entre nacimientos. Bajo este

supuesto, se esperaría que en el futuro aumentarían, aún más, sus porcentajes de uso. En segundo lugar, las mujeres de las edades medias (20 a 39 años), presentan niveles de uso bastante elevados, pero con pocos cambios de 1982 a 1987. En este sentido no se esperarían importantes incrementos en el futuro en virtud de que, como ya se mencionó, estas mujeres se encuentran en las edades propicias para formar sus familias.

Los resultados de las edades avanzadas llevan a la hipótesis de que, por un lado, las acciones de planificación familiar no han sido muy efectivas en estas mujeres, pero por el otro, podría pensarse que sus bajos niveles de uso podrían ser explicados por una vida sexual que no es lo suficientemente activa como para necesitar el uso cotidiano de anticonceptivos.

Con base al comportamiento observado en los dos últimos grupos de edad, se esperaría que en los próximos cinco años un mayor número de mujeres se incorporaran a la práctica anticonceptiva en estas mismas edades ya que podría suponerse que, de alguna manera, ya han creado cierta conducta controlista, consolidándola al paso de los años. Por ello, puede suponerse que estas mujeres no la modificarán sustancialmente al llegar a los dos últimos grupos de edad del ciclo reproductivo, cuando la gran mayoría ya concluyó el tamaño de sus familias.

En cuanto a la prevalencia anticonceptiva por generacio-

nes, se señaló que las cinco que se pueden analizar, dado el período de estudio de 10 años, experimentaron un importante ascenso de 1976-77 a 1982. También se indicó que a diferencia de las generaciones más viejas (1948-52, 1943-47 y 1938-52), cuya práctica decayó sustancialmente de 1982 a 1987, las dos cohortes más jóvenes (1958-62 y 1953-57), después del elevamiento general experimentado para 1982, siguieron aumentando en un buen porcentaje, su incorporación al uso de métodos anticonceptivos para 1987.

Al comparar los datos correspondientes a los tres períodos (1976-77, 1982 y 1987), se señaló que no sólo los porcentajes de uso se han elevado al paso del tiempo, sino que los diferenciales entre los grupos de edad, pese a que aumentaron para 1982, disminuyeron considerablemente para 1987, es decir, la variable edad ha perdido peso como factor explicativo en el uso de anticonceptivos.

Los resultados obtenidos por número de hijos sobrevivientes, mostraron que todas las mujeres, independientemente de su paridad, incrementaron sustancialmente sus niveles de uso de anticonceptivos de 1976-77 a 1982. Los ascensos más intensos en este período se verificaron en la población de 4 y 5 hijos.

Para 1987, el patrón de incremento general se modificó, ya que las mujeres de paridades bajas y medias (de 0 a 3 hijos) experimentaron nuevos aumentos, mientras que la población de alta fecundidad (más de tres hijos), disminuyó

sus proporciones de uso por debajo de los niveles registrados para 1982. Este fenómeno sugirió que una fracción de esta población volvió a su patrón inicial de alta fecundidad.

El análisis presentado sobre la información arrojada por la EMF, END y ENFES, nos permitió en síntesis, llegar a las siguientes consideraciones generales. En primer término, se observó que las estimaciones obtenidas parecen indicar que las acciones derivadas del Programa Nacional de Planificación Familiar en sus primeros cinco años, fueron dirigidas fundamentalmente hacia la población femenina, descuidando significativamente la participación masculina.

En segundo lugar, el estudio realizado sobre las diferentes variables socio-demográficas mostró además que dichas actividades privilegiaron la práctica de la esterilización (exclusivamente femenina) y la distribución de inyecciones anticonceptivas; que en una primera etapa, las actividades de planificación familiar concentraron sus esfuerzos sobre las áreas rurales, las mujeres de menor educación, y sobre las mujeres jóvenes de los dos primeros grupos quinquenales de edad.

En el segundo quinquenio, es decir, de 1982 a 1987, la dinámica se modificó cualitativamente ya que se logró apreciar una homogeneización entre la población usuaria, pues los diferenciales obtenidos entre los diversos rubros de cada variable fueron menores que los estimados en el primer período (1976-77 a 1982).

Por último, vale la pena subrayar que las reducciones experimentadas para 1987 en los porcentajes de uso de la población rural, sin escolaridad, de alta paridad y de las generaciones más viejas, mostraron que una fracción de estas mujeres abandonaron la práctica anticonceptiva, volviendo quizá a sus antiguos patrones de fecundidad no controlada. Al respecto vale la pena señalar que este fenómeno de "retorno", experimentado por un pequeño sector de las mujeres rurales, las de baja escolaridad, de alta fecundidad y en las de las edades y generaciones más viejas, sugiere que aunque pueden modificarse ciertas pautas de conducta temporalmente y bajo la influencia de ciertos agentes externos, ciertos valores no pueden ser modificados radicalmente a corto plazo. En otros términos, las transformaciones de los patrones culturales no se pueden concebir, ni a corto plazo, ni en forma lineal. Sin embargo, no puede dejarse de enfatizar que, con base a los altos porcentajes de uso de anticonceptivos reportados desde 1982 a 1987, comparados con los bajos niveles registrados en 1976-77, puede considerarse que probablemente la gran mayoría de la población femenina se encuentra en una etapa de consolidación, de lo que podría denominarse, una nueva "cultura anticonceptiva", independiente ya de las acciones directas derivadas del Plan Nacional de Planificación Familiar.

BIBLIOGRAFIA

ALBA, Francisco, La Población de México: evolución y dilemas, Ed. Centro de Estudios Económicos y Demográficos, El Colegio de México, México, 1977.

_____, y Potter E. Joseph, "Población y Desarrollo en México: una síntesis de la experiencia reciente", en Estudios Demográficos y Urbanos, Vol. 1, Núm. 1, enero-abril de 1986, Ed. El Colegio de México, México, D.F.

_____, "Población y Desarrollo, Presencia de la demografía en el debate político", en revista Demos, Carta demográfica sobre México, 1988, México, D.F.

BRITO DE MARTI, Esperanza, "Control de la Fecundidad", en revista FEM, enero 1988, México.

BRONFMAN, M., López, E., y Tuirán, R. (1986), Práctica Anti-conceptiva y Clases Sociales en México: la experiencia reciente, Estudios Demográficos y Urbanos, Vol. 1, Núm.2, Mayo-agosto, 1986, El Colegio de México, México, D.F..

CONAPO, Resultados Principales de la Encuesta Nacional Demográfica de 1982, Ed. CONAPO, México, D.F.

CONAPO, Política Demográfica, Nacional y Regional. Objetivos y Metas 1978-1982, México 1984.

CONAPO, Programa Nacional de Planificación Familiar, 1985-1988, s/f.

DIARIO OFICIAL, Tomo XCVII, Núm.52, Sección Segunda, Capítulo II, Artículo 8o., sábado 20 de agosto de 1936, México.

- ECHARRI, C., "Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987: Una evaluación de la calidad de la información", Tesis de Maestría en Demografía, CEDDU, El Colegio de México, 1989.
- GARCIA, B., "Anticoncepción en el México rural, 1969", La Fecundidad rural en México, Ed. El Colegio de México, UNAM, México, 1983.
- GOLDMAN, N., S. Rutstein y S. Singh, "Evaluation of Data Quality in WFS Surveys: Summary of Four Papers", World Fertility Survey 1972-1984, Symposium, Londres, Abril, 1984.
- GORDON, Linda, "La lucha por la libertad reproductiva: tres etapas del feminismo", Patriarcado capitalista y Feminismo Socialista, Ed. Siglo XXI Editores, México, 1980.
- HARTMANN, Betsy, Reproductive Rights and Wrongs, The Global Politics of Population Control & Contraceptive Choice", Harper & Row Publishers, New York, U.S.A., 1987.
- IMSS, ¿Qué es una encuesta?, Jorge Martínez Manautou, México.
- JEJEEBHOY, S., "Measuring the quality and duration of contraceptive use: an overview of new approaches" en Population Bulletin of the United Nations, United Nations, New York, 1989.
- JUAREZ, F., J. Quilodrán y Ma. E. Zavala, "Aparición de Nuevas Pautas Reproductivas en México", documento presentado en la III Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México, Sociedad Mexicana de Demografía, El Colegio de México, Noviembre, 1986 (en prensa).
- _____, et.al. "Changes in Fertility and Contraception in Mexico, 1977-1982", International Family Planning Perspectives, Vol. II, No.2, USA, 1985.
- _____, "Family Formation in Mexico: A Study Based on Maternity Histories from a Retrospective Fertility Survey", Ph.D. Thesis, University of London, Londres, 1983.

- _____, Revisión de los Estudios sobre estimaciones de la fecundidad en México a partir de Encuestas Retrospectivas, Seminario de Fecundidad en México: Cambio y Perspectivas, El Colegio de México, México, 1984.
- _____, (1988), Population Policy, Fertility Regulation and the Status of Women in Mexico, Paper presented in the Course of Development, session "Policy Issues", International Union for the Scientific Study of Population, 15-18 June, 1988, Asker, Oslo, Norway.
- LLERA, S., La Desigualdad de la Mujer ante el Control Natal en México, 1982, Tesis de Licenciatura, México, 1990.
- MORA Bravo Miguel, El Derecho a la Planeación Familiar, Marco Jurídico, Ed. CONAPO, México, D.F., 1984.
- O.N.U., México, Ed. Organización de las Naciones Unidas, Nueva York, 1989.
- NACIONES UNIDAS, Methods of measuring the impact of family planning programmes on fertility: problems and issues, United Nations, New York, 1978.
- _____, Variations in the Incidence of Knowledge and use of Contraception: A comparative analysis of World Fertility Survey results for twenty developing countries, United Nations, New York, 1981.
- _____, Evaluation of the impact of family planning programmes on fertility: sources of variance, United Nations, New York, 1982.
- _____, Studies to Enhance the Evaluation of Family Planning Programmes, United Nations, New York, 1985.
- ORDORICA M. y J.E. Potter, "An Evaluation of the Demographic Data Collected in the Mexican Fertility Survey", World Fertility Survey, Londres (mimeo), 1977.
- PATARRA Neide L. y De Oliveira María Coleta, "Anotaciones Críticas sobre los Estudios de Fecundidad", Reproducción de la población y desarrollo, No. 1, Revisión crítica de los estudios de fecundidad en América Latina, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLACSO, Buenos Aires, Argentina, 1973.

- PALMA, Yolanda, "Niveles y tendencias recientes del uso de anticonceptivos" en revista Demos, 1988.
- POPULATION INFORMATION PROGRAM, "Métodos de Barrera", Population Reports, Serie H, Número 6, Septiembre de 1983, Population Information Program, The John Hopkins University, Baltimore, Maryland, EUA.
- POPULATION INFORMATION PROGRAM, "Esterilización Masculina", Population Reports, Serie D, Número 4, Diciembre de 1984, Population Information Program, The John Hopkins University, Baltimore, Maryland, EUA.
- POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie H, Número 7, Febrero de 1985, The John Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA.
- POPULATION INFORMATION PROGRAM, "Esterilización Femenina", Population Reports, Serie C, Número 9, Marzo de 1986, Population Information Program, The John Hopkins University, Baltimore, Maryland, EUA.
- POPULATION INFORMATION PROGRAM, "Inyectables e Implantes", Population Reports, Serie K, Número 3, Febrero de 1988, Population Information Program, The John Hopkins University, Baltimore, Maryland, EUA.
- POTTER, J., 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 MEXICO, PISPAL, MEXICO, D.F., 1984.
- PULLUM, J., JUAREZ, F., Y CASTERLINE, J., "El Cambio de la Fecundidad en México: Importancia de los factores socio-económicos y las variables intermedias", III Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México, El Colegio de México, 3 al 6 de noviembre de 1986, Sociedad Mexicana de Demografía, SOMEDE, México, D.F., en prensa.
- QUILODRAN, J., "Niveles de Fecundidad y Patrones de Nupcialidad en México", trabajo preparado para la Encuesta Mundial de Fecundidad (World Fertility Survey), (mimeo), 1983.

- ROSS J., ET. AL., Family Planning and Child Survival, 100 Developing Countries, Center for Population and Family Health, Columbia University, New York, 1988.
- SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO, Coordinación General del Sistema Nacional de Información, Encuesta Mexicana de Fecundidad, Primer Informe Nacional, Volúmenes I y II, México, 1979.
- SHAPIRO, R., (1987), Contraception, A Practical and Political Guide, Published by Virago Press Limited, London, 1987.
- URBINA, M., et. al., "Fecundidad, anticoncepción y planificación familiar en México" en revista Comercio Exterior, 1984.
- WELTI, C., "Algunos factores asociados al descenso de la fecundidad en México en un período reciente", Los Factores del cambio demográfico en México, Ed. El Colegio de México, 1984.
- WORLD FERTILITY SURVEYS, Guidelines for Country Report No. 1, WFS Central Staff, International Statistical Institute, Londres, Gran Bretaña, 1980.