

El Colegio de México

Centro de Estudios Demográficos  
y de Desarrollo Urbano

***DIFERENCIALES DE LA PRÁCTICA ANTICONCEPTIVA EN TRES  
REGIONES DE MÉXICO: 1987-1992***

T E S I S

para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN DEMOGRAFÍA

presenta

Silvia María Loggia Gago

México, D.F.

Marzo, 1998

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. DESCENSO DE LA FECUNDIDAD Y LA PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. ....	4
1.1. Caso de México.....	8
1.2. El uso de anticonceptivos.....	10
1.3. La prevalencia anticonceptiva en el ámbito rural-urbano. ....	11
1.4. La práctica anticonceptiva en el ámbito regional.....	15
2. LOS CONTRASTES REGIONALES Y LA PRACTICA ANTICONCEPTIVA.....	20
2.1. La regionalización y su problemática .....	21
3. METODOLOGIA .....	25
3.1. Fuentes de informacion.....	25
3.2. Universo de estudio.....	25
3.3. Definición de las variables.....	26
3.4. Técnica de análisis .....	29
4. NIVELES Y TENDENCIAS DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS, 1987 .....	30
4.1 Cobertura regional de la prevalencia anticonceptiva .....	30
4.2. Conocimiento de algún método anticonceptivo.....	32
4.3. Cobertura regional según métodos anticonceptivos.....	35
4.4. Contraste ente conocimiento y uso de algún método anticonceptivo. ....	37
4.5. Principales características demográficas de la usuarias actuales .....	38
4.6. Principales características socioeconómicas de las usuarias actuales.....	49
4.7. Conclusiones de la práctica anticonceptiva para 1987.....	59
5. NIVELES Y TENDENCIAS DE LA PRACTICA ANTICONCEPTIVA .....	61
5.1. Cobertura de la prevalencia anticonceptiva .....	61
5.2. Conocimiento de algún método anticonceptivo.....	63
5.3. Coberura regional según métodos anticonceptivos.....	66
5.4. Contraste entre conocimiento y uso de algún método .....	68
5.5. Principales características demográficas de las usuarias actuales.....	69
5.6. Principales características socioeconómicas de las usuarias.....	82
5.7. Balance, 1987-1992 .....	93
6. APLICACIÓN DE UN MODELO ESTADÍSTICO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA.....	97
6.1. Niveles de determinación.....	97
6.2. Presentación del modelo .....	98
6.3 Fuentes de Información.....	100
6.4. Variables incluidas en el análisis .....	100
6.5 Resultados.....	104
A MODO DE CONCLUSION.....	112

<b>ANEXO I.....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXO II .....</b>	<b>117</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>123</b>

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.1. Tasa global de fecundidad según diversas encuestas, 1974-1976 .....	9
cuadro 1.2. Porcentaje de mujeres unidas usuarias de métodos anticonceptivos. ....	11
Cuadro 1.3. Porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos según grupos de edad y distribución de usuarias activas, según método usado, 1976-1992 .....	13
Cuadro 1.4. Porcentaje de mujeres unidas que usan métodos anticonceptivos según lugar de residencia, 1976-1992.....	15
Cuadro 1.5. Distribución porcentual de la cobertura regional de la prevalencia anticonceptiva, ENFES 1987.....	16
Cuadro 1.6. Distribución porcentual de las mujeres usuarias al momento de la EDEPAM según método actual para cada una de las regiones .....	18
Cuadro 4.1. Distribución porcentual de mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos según región de residencia, 1987.....	31
Cuadro 4.2 Distribución porcentual de mujeres que conocen algún método anticonceptivo por región de residencia, 1987 .....	34
Cuadro 4.3. Distribución porcentual de usuarias de métodos anticonceptivos según región de residencia, 1987 .....	36
Cuadro 4.4. Distribución porcentual de mujeres usuarias por región de residencia según grupos de edad, 1987 ... .....	41
Cuadro 4.5 Distribución porcentual de mujeres usuarias por región de residencia según número de hijos, 1987 .....	45
Cuadro 4.6 Distribución porcentual de mujeres usuarias por región de residencia según estado civil, 1987 .....	48
Cuadro 4.7 Distribución porcentual de mujeres usuarias por región de residencia según años de escolaridad,1987 .....	52
Cuadro 4.8. Distribución porcentual de mujeres usuarias por región de residencia según tamaño de localidad, 1987.....	55
Cuadro 4.9. Distribución porcentual de mujeres usuarias por región de residencia según condición de actividad, 1987.....	58
Cuadro 5.1 Distribución porcentual de mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos según región de residencia, 1992.....	62
Cuadro 5.2. Distribución porcentual de mujeres que conocen algún método anticonceptivo por región de residencia, 1992 .....	65
Cuadro 5.3. Distribución porcentual de usuarias de métodos anticonceptivos según región de residencia, 1992 .....	67
Cuadro 5.4. Distribución porcentual de mujeres usuarias por región de residencia según grupos de edad, 1992.....	73
Cuadro 5.5. Distribución porcentual de mujeres usuarias por región de residencia según número de hijos, 1992 .....	78
Cuadro 5.6. Distribución porcentual de mujeres usuarias por región de residencia según estado civil, 1992 .....	81
Cuadro 5.7. Distribución porcentual de mujeres usuarias por región de residencia según años de escolaridad, 1992 .....	86
Cuadro 5.8. Distribución porcentual de mujeres usuarias por región de residencia según tamaño de localidad, 1992.....	89

Cuadro 5.9. Distribución porcentual de mujeres usuarias por región de residencia según condición de actividad, 1992.....	92
Cuadro 6.1. Descripción de las variables utilizadas en el análisis, incluyendo las categorías de referencia de las variables categóricas.....	103
Cuadro 6.2. Factores que afectan la probabilidad de usar un método definitivo. Razones de momios obtenidas de la ecuación de regresión logística, para las mujeres unidas que usan un método actual, ENFES 1987.....	105
Cuadro 6.3 Factores que afectan la probabilidad de usar un método definitivo. Razones de momios obtenidas de la ecuación de regresión logística, para las mujeres unidas que usan un método actual, ENADID 1992.....	108
Cuadro 6.4. Factores que afectan la probabilidad de usar un método definitivo. Razones de momios obtenidas de la ecuación de regresión logística, para las mujeres unidas que usan un método actual, ENADID 1992.....	110

### INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 4.1. Cobertura de la prevalencia anticonceptiva en tres regiones de México, 1987.....	31
Gráfica 4.2. Distribución porcentual de método anticonceptivos según región de residencia, 1987,.....	36
Gráfica 5.1. Cobertura de la prevalencia anticonceptiva en tres regiones de México, 1992.....	62
Gráfica 5.2. Distribución porcentual de método anticonceptivos según región de residencia, 1992, 67	

## AGRADECIMIENTOS

Deseo manifestar mi profundo agradecimiento a la profesora Beatríz Figueroa Campos por su infinita paciencia y oportuna crítica en la conducción del trabajo que aquí se presenta, al Dr. Manuel Ordorica Mellado por su amplio apoyo en el transcurso de estos años, a mis compañeras del alma Denise y Georgina que me soportaron durante toda la maestría, a Esther por su comprensión y eficiencia y sobre todo a Ramona Isabel quien con su interés y estímulo me impulsó a concluir este proyecto.

## INTRODUCCIÓN

Mi inquietud por la investigación de la práctica anticonceptiva surgió en un seminario orientado a comprender la dinámica de la fecundidad en el mundo en distintos momentos históricos. Los debates y discusiones en el curso me condujeron al estudio de la anticoncepción como una de las variables más relevantes para entender el descenso de la fecundidad. La intención original era realizar un análisis de la prevalencia anticonceptiva en el México contemporáneo en un marco temporal retrospectivo que cubriera el ámbito regional, empero, las propias fuentes demográficas imposibilitaron esta tarea. La falta de continuidad de un marco regional diseñado en las distintas encuestas en México obstaculizó una investigación más ambiciosa que pretendiera realizar un análisis comparativo más largo a través del tiempo. El diseño de las últimas encuestas regionales elaboradas en México en los últimos años facilitaron los estudios comparativos a nivel regional. Esto me ayudó a delimitar cronológicamente y espacialmente el desarrollo de este trabajo. Los contenidos de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES) y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) elaboradas en 1987 y 1992 respectivamente, me llevaron a plantear el estudio de los niveles y tendencias de la práctica anticonceptiva en México. La preocupación por acercarme a un enfoque de carácter regional obedece a las propias particularidades que presenta México; cuenta con áreas geográficas poblacionales que ofrecen grandes contrastes culturales.

Cabe reconocer que para comprender los factores que intervienen en el descenso de la fecundidad existen dos planos; el más próximo es la anticoncepción y el otro nivel, está situado en la esfera de la sociedad, sobre todo, enraizadas en la economía y la cultura. Estos últimos son fenómenos complejos, los cuales necesitan de un equipo interdisciplinario de trabajo y costosas fuentes de información que arrojen datos cualitativos que se le escapan a una encuesta de tipo cuantitativo, como las que tenemos hoy día a nuestro alcance. Por lo tanto, el desarrollo de esta investigación estará relacionado con el comportamiento de la práctica anticonceptiva a través del estudio de las variables sociodemográficas más importantes.

Para explicar el problema de la anticoncepción y medir su impacto en el contexto interregional, es necesario recurrir al proceso de la transición demográfica que caracteriza la evolución de los componentes demográficos en los países. En este contexto, México se ubica en una etapa intermedia, ya que si bien ha logrado niveles bajos de mortalidad, aún no ha alcanzado disminuir su fecundidad, como los países que han completado la transición demográfica. En este sentido, la información disponible sobre México hacia mediados de los ochenta en materia de fecundidad mostraba que seguía descendiendo aceleradamente en las áreas urbanas más que en las

rurales y, que repercutía directamente sobre la procreación -era de dos a casi tres hijos por mujer-. Varios especialistas en el campo de la población resaltaron la importancia de estos cambios para el avance y el estudio de la transición demográfica para observar el proceso de homologación regional. (Tuirán, 1991).

Este hecho podría explicar el caso mexicano, ya que aún se registran grandes diferencias entre las regiones y se observan enormes contrastes entre los grupos sociales. En otras palabras, lo que se pretende mostrar en este trabajo, es ver cómo el comportamiento de la práctica anticonceptiva marcha hacia un proceso de convergencia regional, o sea, ver hasta qué grado se alcanza la homogeneización de la práctica anticonceptiva como producto de la reducción de la brecha al interior del país. Así, la tarea de la presente investigación será indagar si los patrones (niveles y tendencias) de la práctica anticonceptiva en México, entre 1987 y 1992, están sufriendo un proceso de convergencia regional comparando el noroeste, sureste y centro del país.

Desde esta perspectiva, los datos aportados por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica en 1992 sugieren que hay un incremento de la prevalencia anticonceptiva para el total nacional; sin embargo, no se conocen los niveles y tendencias de la anticoncepción para ver si se está llevando a cabo este proceso de convergencia entre las diferentes regiones del país. En este documento se tratará de esclarecer este hecho y para ello se llevará a cabo un análisis de los diferenciales de la práctica anticonceptiva en México a nivel regional entre 1987 y 1992. Por otra parte, esta investigación también pretende observar algunas de las características sobresalientes del proceso de adopción de anticonceptivos y conocer los factores determinantes en la elección de un método a través de un ejercicio exploratorio mediante un modelo de regresión logística.

Para lograr mi objetivo, esta investigación se ha estructurado en seis capítulos. En el primer capítulo se describe el contexto del descenso de la fecundidad en América Latina y específicamente se analiza el caso de México, poniendo énfasis en la evolución de la práctica anticonceptiva.

El capítulo segundo pone en discusión el marco regional seguido por las encuestas desarrolladas en México para delimitar y justificar las áreas geográficas seleccionadas en esta investigación.

El capítulo tercero, aborda la metodología y las fuentes de información que serán empleadas en este trabajo.

El capítulo cuarto y quinto representan la columna vertebral de la investigación y presenta un análisis descriptivo de los diferenciales de la práctica anticonceptiva para establecer el grado de convergencia regional alcanzado en el país.



El sexto y último capítulo, intenta dar a conocer el grado de asociaciones que existen entre las variables determinantes en la adopción de un método definitivo -para regular la fecundidad- a través de la aplicación de un modelo de regresión logística.

## CAPITULO I

### **1. DESCENSO DE LA FECUNDIDAD Y LA PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.**

Entre los cambios demográficos más notables que tuvo América Latina en los años '60 se encuentra la disminución de la fecundidad. Este fenómeno vino aparejado de un descenso sostenido de la mortalidad, y a pesar de que, la población continuó incrementándose en números absolutos, se pasó de un patrón de fecundidad "natural", que era característico de la mayoría de los sectores de la población en casi todos los países, a un patrón de fecundidad "controlado" (Guzman,1990).

Estas transformaciones fueron el resultado de la modificación económica y social que trajo la postguerra en la región. Durante aquel período, América Latina y el Caribe experimentaron una sostenida expansión económica determinada por los efectos de la industrialización sustitutiva de importaciones que provocó el proceso de concentración de la población en las grandes ciudades. Esta urbanización, el acceso a mejores condiciones de vida de los sectores medios y asalariados de la población, el aumento de los niveles educativos, la creciente inserción laboral femenina en empleos extradomésticos y la erosión de las relaciones tradicionales de género, alteraron los incentivos y desincentivos respecto de las familias de gran tamaño (Arriaga, 1970). Estos elementos facilitaron la disminución de la fecundidad, en tanto, permitió una rápida difusión del sistema educativo, nuevas pautas culturales y de las tecnologías modernas. Este complejo de factores promovió la modificación de pautas y valores en el comportamiento reproductivo y comenzó a generalizarse la idea de una familia más reducida que la tradicional y ésto se logró a nivel de un plano concreto gracias a la disponibilidad de medidas anticonceptivas (Chackiel y Villa, 1993).

Los primeros países latinoamericanos en registrar tasas bajas en su fecundidad fueron Argentina, Uruguay y Cuba, los cuales en los años '60 alcanzaron niveles semejantes a los de Estados Unidos (inferior al 4.0) (Cho, Grabill y Bogue, 1970). Entre las razones, se debió principalmente a que la población estaba compuesta por inmigrantes europeos, los cuales contaban desde un siglo atrás, con una educación en materia de práctica anticonceptiva (Coale, 1970), mientras el resto de los países de la región envueltos en una idiosincrasia diferente quedaron rezagados y para los '60 todavía contaban con niveles de fecundidad muy elevadas (Ochoa, 1981). En realidad, fue hasta mediados de los '70 cuando la mayor parte del área latinoamericana y caribeña empezaron a disminuir sus tasas demográficas. De manera general se observa una tendencia decreciente de la fecundidad, de este modo, el número promedio de hijos alcanzado por una mujer latinoamericana disminuyó de 6 en los años sesenta a 5 al iniciarse el decenio de 1970

(Chackiel y Villa, 1993). Sin embargo, los cambios ocurridos entre 1960 y 1976 no fueron uniformes y como resultado surgieron marcadas diferencias en los niveles de fecundidad entre los países latinoamericanos. Argentina y Uruguay siguieron ocupando el primer lugar en bajas tasas de fecundidad, sobre todo, Argentina que disminuyó a 2.2 hijos por mujer, después, el que alcanzó la reducción más pronunciada fue Chile de 3.1 a 2.7, Cuba de 4.7 a 3.5 y Costa Rica que descendió de 4.8 a 3.5. Por su parte, Panamá, Colombia, Brasil y Venezuela presentaron tasas inferiores a 5.0, mientras que Perú, República Dominicana y México, observaron tasas menores a 6.0. Sin embargo, los países correspondientes al área centroamericana: Guatemala, Salvador y Honduras, e inclusive Bolivia, mostraron tasas similares a las observadas en los años '60, cercanas o superiores a 6.0, respecto al resto de los países latinoamericanos. Tal comportamiento, podría estar relacionado con el bajo ingreso per cápita, el predominio de áreas rurales, la falta de instrucción y la presencia de servicios sociales inadecuados (Ochoa, 1981) (Zavala de Cosío, 1990).

Para fines de la década de los '70 el descenso de la fecundidad había alcanzado a la mayoría de los países del área y dentro de éstos, desde los sectores de más alta instrucción de zonas urbanas a aquellos menos instruidos en las áreas rurales. En este período, los proyectos de planificación familiar auspiciados por los gobiernos latinoamericanos y del Caribe cobraron fuerza y empezaron a desarrollarse los estudios relacionados con las variables que directa o indirectamente afectaron al comportamiento reproductivo, tales como el tipo de unión, la edad a la que se producen las primeras uniones, las pautas que rigen las relaciones sexuales dentro de las uniones, los factores que afectan la exposición a la concepción, incluyendo principalmente, el uso de anticonceptivos, y los factores que afectan al embarazo y al parto. Cabe notar, que estos elementos penetraron de una manera disímil en las creencias y valores de los países del área y tuvieron un impacto diferente en cada uno de ellos.

Para el decenio de los ochenta, a pesar de la crisis que empezó a manifestarse a fines de la década anterior con un alto grado en el deterioro de los niveles de vida y aumento de la pobreza e indigencia, los índices sobre la población y las tasas de fecundidad, continuaron descendiendo, incluso, más intensamente de lo previsto, a pesar de que las cohortes de mujeres en edad fértil se fueron haciendo más numerosas y de la mortalidad infantil que también siguió su curso descendente de años anteriores. Esta situación podría deberse al efecto desfasado de los cambios económicos y sociales ocurridos en años pasados, tales como la extensión de la educación primaria, el mejoramiento en los sistemas de salud, la urbanización, el desarrollo de comunicación masiva, entre otros, (Chackiel y Villa, 1993).

En el periodo 1985-1990, el promedio de la tasa global de fecundidad en América Latina descendió a 3.4 hijos por mujer y, aún cuando los niveles bajaron en todos los países, las

diferencias entre los valores extremos se mantuvieron en 4 hijos por mujer, inclusive, en la primera década de 1990, el número de hijos por mujer excedía a 4 en siete países y en otros seis se situaban por encima de 3. En este sentido, cabe decir, que se continuaron presentando diferencias importantes en los niveles y tendencias de la fecundidad, entre los países latinoamericanos y el Caribe. Si bien, la mayor parte de la población de estos países, se encuentran en pleno proceso de transición demográfica, es decir, con cambios importantes en la mortalidad y la fecundidad, aún quedan en la región, países que mantienen altas tasas de crecimiento debido a su elevada fecundidad. Ellas son las naciones más pobres del continente y del caribe y las más rezagadas en materia del control de las características demográficas de su población: Nicaragua, Guatemala, Honduras, Salvador, Paraguay, Bolivia y Haití. Estos cuentan con una tasa de fecundidad elevada que oscila entre 4.5 y 6 hijos por mujer y este hecho está asociado a condiciones de pobreza y, además, la mayor parte de su población vive en áreas rurales, lo que limita el acceso a la información, a los servicios relacionados con la salud y planificación familiar y a un uso menor de métodos anticonceptivos modernos.

En contraste con ellos, la mayoría de los países del área: República Dominicana, México, Costa Rica, Venezuela, Suriname, Panamá, Colombia, Trinidad y Tobago, Ecuador, Perú, Brasil y Guyana lograron entre 1985-1990, alcanzar tasas moderadas de fecundidad. Estos obtuvieron un descenso del 50% (de 1960 a 1990), si tomamos en cuenta que en la sexta década del siglo, la tasa global de fecundidad era de 6-7 hijos y que en los '90 era de 3-4 hijos. Estos hechos se deben a los progresos en materia de salud y a un proceso acelerado de urbanización que ha permitido un mayor acceso a los medios masivos de comunicación. De esta manera, el conocimiento de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres en edad fértil era prácticamente del 100% y el uso de ellos, superior al 45%, con excepción de Perú y Ecuador, países que tienen la fecundidad más alta del grupo, en el otro extremo, estarían Colombia y República Dominicana que obtuvieron el mayor descenso de 3.9 y 3.6 hijos por mujer, respectivamente. Por otro lado, en la punta del último decenio del siglo, Argentina y Uruguay siguen siendo los países de transición avanzada con niveles bajos de fecundidad desde mediados de siglo sin cambios muy significativos en la década de los '90 (en parte por el hecho de tener una estructura etaria envejecida). En este sentido, hay un gran avance en materia de fecundidad, pues varios países del continente han logrado entrar a esta última fase como Cuba, Bahamas, Chile, Jamaica, Barbados, Martinica, ya que han logrado, en años recientes, un descenso importante de la mortalidad infantil y una tasa global de fecundidad entre 2 y 3 hijos por mujer. Este hecho es sobresaliente, ya que poseen una población relativamente joven, sin tomar en cuenta a Cuba que tiene un crecimiento y una estructura de edades cercanos a la de los países desarrollados (Chackiel y Villa, 1993).

Existe consenso en señalar que, entre los determinantes próximos de la fecundidad, el más asociado con su descenso en América Latina es el uso de los anticonceptivos. La transformación

de las prácticas anticonceptivas de la mujer en América Latina se debió a una diversidad de agentes sociales y económicos, cambios de las actitudes públicas y privadas, ejecución de políticas y mejoramiento de la prestación de servicios( Ochoa y Tsui, 1991). Por su parte, los gobiernos dejaron atrás la política pronatalista en materia de regulación de la fecundidad e impulsaron a partir de la década de los '70, la planificación familiar para regular la natalidad, pese a la oposición manifestada por la Iglesia Católica (Mundigo 1990, Lerner y Quesnel, 1992 y Castro y Njogu, 1994). La tendencia hacia el incremento del uso de anticonceptivos se debió a una motivación cada vez más firme en favor de familias más pequeñas y se ha visto acelerada por el aumento de la prestación de servicios de planificación de la familia mediante una combinación de programas de carácter comercial, público y privado sin fines de lucro, acompañado de un sustancial financiamiento internacional (Townsend y otros,1992). La activa combinación de políticas deliberadas con procesos espontáneos de difusión social contribuyeron a la expansión de los cambios en materia de conducta reproductiva (Castro y Njogu,1994).

Podemos decir, que hay una tendencia ascendente del uso de anticonceptivos a partir de la década de los '60. En 1965, todas las metrópolis latinoamericanas iniciaron un control de la fecundidad que se reflejó en el uso moderado de anticonceptivos. De la información que se encuentra disponible, se ha observado que casi un 10% de las mujeres del continente en edad fértil, iniciaron en las capitales, el uso de métodos anticonceptivos antes de su primer hijo. Para 1964, cuatro eran las ciudades donde las mujeres de edad fértil (entre 15 y 49 años) contaban con el uso difundido de anticonceptivos, en Buenos Aires, Argentina, el 61.8%, en San José, Costa Rica un 43.5%, en Caracas, Venezuela un 42.0% y en menor grado, en Río de Janeiro, Brasil de un 32%, Bogotá, Colombia de un 27.1%, México de un 24.9%, Panamá de un 23.1%, Guayaquil, 26.1% y Quito, Ecuador de un 25.5% (CELADE, 1970). Para 1976, la tendencia del uso de anticonceptivos aumentó de acuerdo a la escala de fecundidad registradas en los países, de esta manera, se incrementó de manera sorprendente en Costa Rica con un 64%, Panamá con el 54% y Colombia: 43% y obtuvieron tasas inferiores República Dominicana: 32%, Perú: 31% y México: 30% (Carrasco, 1980). Para el período 1985-1990 se observó que aquellos países donde la fecundidad era baja, la proporción de mujeres que usaba anticonceptivos era elevada (por lo menos, más de la mitad) y se concentraba en los métodos más modernos<sup>1</sup>, mientras que en los países de alta fecundidad, la proporción de usuarias era baja. Según los últimos datos encontrados, el porcentaje de uso de anticonceptivos modernos era aproximadamente del 55% en Brasil y Colombia; alrededor del 45% en el Salvador, México, República Dominicana y Trinidad y Tobago; 35% en Ecuador y Paraguay, y alrededor del 20% en Bolivia y Guatemala (Demographic and Health Surveys, 1991).

---

<sup>1</sup> . Se consideran métodos modernos la esterilización femenina, la vasectomía, el dispositivo intrauterino y los métodos hormonales.

Por otra parte, se ha observado que los estudios que vinculan el descenso de la fecundidad con el uso de los anticonceptivos son muy pocos (Welti, 1988) y por otro lado, es necesario llegar a una mayor profundización a través de unidades territoriales, en tanto, la declinación de la fecundidad, es un proceso heterogéneo, tanto entre países como al interior de éstos, por áreas geográficas y sectores sociales, debido a que coexisten poblaciones en diversas etapas. Estas diferencias de fecundidad entre grupos reflejan disparidades de los niveles de vida en América Latina que se vieron polarizadas por las crisis económicas que se empezaron a manifestarse en los últimos años de la década de los '70, y a las políticas de ajustes estructurales que afectaron a los servicios sociales. A su vez, esta desigualdad de las condiciones de vida condujeron a una disparidad de posibilidades y oportunidades que acabaron por engendrar diferencias en la conducta en materia de reproducción (Bronfman y otros, 1990). Estas inequidades se vieron reflejadas en niveles de educación dispares, información y comunicación en torno a la sexualidad y conductas reproductivas, en deficiencias en la planificación familiar, etc. que marcaron enormes diferencias a nivel nacional en materia de fecundidad y utilización de anticonceptivos (Naciones Unidas, 1987). De esta manera, el estudio de la fecundidad a nivel nacional o regional, se hace imprescindible. México es un buen ejemplo de ello, por ser un país de contraste en materia socioeconómica y demográfica a nivel regional.

### ***1.1. Caso de México***

En el contexto de América Latina, la transición de la fecundidad en México, aunque es bastante tardía, es una de las más rápidas de la región (Zavala de Cosío, 1990). A fines del siglo pasado y a principios del actual, la fecundidad era sumamente elevada, y presentaba un promedio superior a 6.5 hijos por mujer al final de su vida reproductiva. Durante la fase de lucha armada (1910-1920), se observó una disminución importante de la tasa global de fecundidad, 5.5 hijos por mujer. A partir de 1935 se percibe una estabilidad de la fecundidad durante un período de veinte años y, el valor de la TGF era muy cercano a 6 hijos. Entre 1955 y 1975 se vuelve a experimentar un incremento de la TGF a 6.5 hijos, manteniendo niveles elevados durante todo este período. Este incremento puede ser explicado por la mejor captación de la información contenida en los censos, a las mejoras en la alimentación, al mejoramiento de los servicios de salud y de atención médica (Mier y Terán, 1989). La preocupación del gobierno mexicano se hizo presente y a partir de 1973, modificó su postura oficial, y de una política pronatalista que implícita o explícitamente había mantenido hasta entonces, presentó una propuesta para modificar las leyes de población, otorgando a las personas el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Al mismo tiempo, que el gobierno lanzó amplias campañas publicitarias e integró programas de planificación familiar a los servicios de salud materno-infantil. La consecuencia de esto fue que la

población femenina de mujeres unidas concentradas en las grandes ciudades de manera natural habían comenzado a adoptar nuevos mecanismos para regular su fecundidad, especialmente, las mujeres con mayor grado de instrucción. De esta manera, la fecundidad disminuyó notablemente en el quinquenio 1975-1980, y la TGF descendió a 5 hijos (Mier y Terán, 1988).

De acuerdo a la ENFES, la TGF en México decreció en 1974, de 6 hijos por mujer a 3.8 en 1986, (como se observa en el cuadro 1.1), lo cual significa en términos relativos, un descenso de casi un 40.0%. Si se divide este período en intervalos de cuatro años, se puede observar que los descensos más intensos se dieron en los dos primeros períodos, entre 1974 y 1978 del 17.0%, y entre 1978 y 1982 del 16.0%, mientras que este ritmo de descenso se acentuó en los últimos cuatro años, próximos a un 10.0% (Palma Cabrera y Suárez Morales, 1991).

**CUADRO 1.1. TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGÚN DIVERSAS ENCUESTAS, 1974-1976**

AÑO	EMF	ENP	END	ENFES
1974	6.00	6.13	6.10	6.04
1975	6.03	5.94	5.80	5.86
1976		5.42	5.47	5.54
1977		5.37	4.88	5.32
1978		4.82	4.54	5.03
1979		4.63	4.32	4.82
1980			4.30	4.58
1981			4.38	4.40
1982				4.25
1983				4.16
1984				3.93
1985				3.96
1986				3.84

FUENTE: (Palma Cabrera y Suárez Morales, 1991)

El resultado de los niveles del descenso de la fecundidad en México, se reflejó en las mujeres unidas beneficiadas por los métodos anticonceptivos, ya que estos representaron un medio efectivo para regular los nacimientos. En este sentido, se ha convertido en un hábito hablar de anticoncepción como uno de los factores más importantes de la disminución de la fecundidad en el país (Cervantes Carson, 1989).

## ***1.2. El uso de anticonceptivos.***

En México, se conocía muy poco en materia de anticoncepción, antes del inicio de los programas oficiales de planificación familiar. La información para el área rural era aún más limitada. Según los datos de la Encuesta de fecundidad rural en 1969, solamente el 10.0% de las mujeres habían practicado la anticoncepción; la pastilla y el ritmo eran los métodos más utilizados. Para el ámbito urbano, aunque existía mayor información, también era poca. Para la década de los sesenta y en los primeros años del setenta, llegaron a funcionar dos programas privados que brindaban orientación y servicios acerca del uso de métodos anticonceptivos. La difusión de ellos, era muy reducida, en tanto que en 1964, en la ciudad de México, una de cada cuatro mujeres casadas o unidas usaba un método anticonceptivo. La mitad de ellas usaba métodos tradicionales como el ritmo, el retiro y la ducha, mientras, la tercera parte de las usuarias controlaba su fecundidad con el uso de píldoras (16.0%) o preservativos (14.0%) (Aparicio Jiménez, 1988). Era claro que de manera individual, las mujeres que vivían en la gran ciudad-capital habían tomado decisiones importantes sobre la regulación de su fecundidad, antes que el estado mexicano tomara riendas en el asunto.

El establecimiento de los planes de planificación familiar a partir de 1973 y la realización de las encuestas sociodemográficas permitieron subsanar las limitaciones de información sobre la práctica anticonceptiva y a partir de entonces, fue posible documentar las variaciones existentes en los niveles y patrones del uso de métodos anticonceptivos. Las encuestas arrojaron datos importantes sobre el uso de anticonceptivos y cambios de niveles significativos ocurridos en el ámbito nacional. En 1973 solamente el 15.0% del total de las mujeres unidas maritalmente usaban algún método anticonceptivo. En 1976, dos años después del inicio de la actual política de población en México, una de cada tres mujeres casadas o unidas en edad fértil, regulaba su fecundidad. Este porcentaje se incrementó sustancialmente en los años siguientes y alcanzó en 1982, un nivel de 47.7%, como se observa en el cuadro 1.2. Esta acelerada tendencia en el incremento de la cobertura anticonceptiva se asoció principalmente a la expansión en la oferta de los servicios de planificación familiar y la capacitación del personal de salud. Para 1987 la cobertura se estimó en 52.7%, lo que representó una ligera disminución en el ritmo de crecimiento de la prevalencia anticonceptiva (Palma Cabrera y Suárez Morales, 1991), aún así, para 1992, la tendencia se incrementó a 63.1% en la población de mujeres unidas (CONAPO, 1994).



**CUADRO 1.2 PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS USUARIAS DE METODOS  
ANTICONCEPTIVOS: 1973 - 1992**

AÑO	%
1973	15.0
1976	30.2
1979	37.8
1982	47.7
1987	52.7
1992	61.3

FUENTE: 1973: Estimación de los datos de Gallegos y la Encuesta Mexicana de Fecundidad.

1976 - 1982: CONAPO, 1985; 1987: Cabrera Palma y Suarez Morales, 1991; 1992: CONAPO, 1994.

Este proceso fue acompañado por un constante incremento en la demanda por métodos anticonceptivos modernos, los cuales empezaron a desplazar el uso de métodos tradicionales comúnmente aceptados por las mujeres mexicanas como son el ritmo y el retiro. Así se tiene que en 1976, el 69.7% de las usuarias estaban protegidas por un método eficaz y moderno, el 7.0% usaban un método local (preservativos y espermaticidas) y todavía un número considerable de mujeres (23.3%) acostumbraban utilizar prácticas tradicionales. Esta distribución se transformó de manera significativa en 1992 y fue hasta la presente década cuando los anticonceptivos modernos se generalizaron entre las mujeres mexicanas (82.8%) y empezaron a desplazar los métodos locales ( 5.0%) y tradicionales (12.2%) como puede observarse en el cuadro 1.3.

Al inicio de la práctica anticonceptiva en México, los hormonales orales se convirtieron en el método más popular entre la población e invadieron el mercado hasta principio de los años ochenta. En 1976, el nivel de su uso alcanzó el 35.9% entre el total de usuarias en edad fértil, sin embargo, para 1982 había descendido hasta un 29.7%, y por lo tanto, perdió su preponderancia en el perfil de uso de la población. En su lugar, el dispositivo intrauterino fue ganando terreno y se convirtió a fines de los ochenta en el método de mayor aceptación que emplearon una de cada cinco mujeres para regular su fecundidad. Este dejaba atrás a los hormonales inyectables que habían adquirido gran popularidad hacia 1982. Estos cayeron drásticamente durante la década de los ochenta de tal manera que para 1992, sólo una de cada veinte usuarias regulaba su fecundidad por medio de este método. Por su parte, en la misma fecha, el uso del DIU descendió ligeramente en un 17.7%, no obstante, continuó ocupando el segundo lugar entre los métodos más empleados en el país. Fue la práctica de la esterilización femenina la que se ubicó en primer lugar, la cual fue

conquistando terreno paulatinamente, en 1976, sólo el 8.9% de usuarias usaron la oclusión tubaria bilateral, más tarde, en 1987 alcanzó el 32.6% y en 1992 se incrementó al 43.3%. Este método se convirtió en el más efectivo por el efecto acumulativo en el total de usuarias, mientras que por razones culturales, la esterilización masculina, la vasectomía se situó desde 1987 hasta 1992 sobre una tendencia muy baja del 1.4% (CONAPO, 1994).

**CUADRO 1.3 PORCENTAJE DE MUJERES QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y DISTRIBUCIÓN DE USUARIAS ACTIVAS, SEGÚN MÉTODO USADO: 1976-1992**

<b>USO ENTRE TODAS LAS MUJERES</b>	1976	1979	1982	1987	1992
MÉTODOS MODERNOS	N.D	21.1	26.3	29.0	35.3
CUALQUIER MÉTODO	N.D	25.2	30.2	33.9	40.2
<b>USO ENTRE MUJERES UNIDAS</b>					
MÉTODOS MODERNOS	23.1	32.0	41.5	44.8	55.0
CUALQUIER Métodos	30.2	37.8	47.7	52.7	63.1
<b>DISTRIBUCIÓN DE USUARIAS ACTIVAS ENTRE EL TOTAL DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL</b>					
PASTILLAS	35.9	33.0	29.7	18.2	15.3
DIU	18.7	16.1	13.8	19.4	17.7
OCLUS. TUB. BIL.	8.9	23.5	28.1	36.2	43.3
VASECTOMÍA	0.6	0.6	0.7	1.5	1.4
INYECCIONES	5.6	6.7	10.6	5.3	5.1
PRESERVATIVO	7.0	5.0	4.1	4.7	5.0
MET. TRADICIONALES	23.3	15.1	13.0	14.7	12.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>PORCENTAJE DE USO POR EDAD ENTRE MUJERES UNIDAS</b>					
15-19	14.2	19.2	20.8	30.2	36.4
20-24	26.7	37.4	45.7	46.9	55.4
25-29	38.6	44.5	56.5	54.0	65.7
30-34	38.0	49.6	59.8	62.3	70.1
35-39	25.1	33.3	42.9	60.2	67.4
40-44	37.9	42.8	57.6	61.3	72.6
45-49	11.8	16.3	22.1	34.2	50.5
FUENTE: CONAPO, 1994.					

### ***1.3. La prevalencia anticonceptiva en el ámbito rural-urbano.***

En México, se cuenta con información para medir la prevalencia anticonceptiva a partir del Programa de Encuestas de Fecundidad de América Latina (PECFAL), aplicado en 1964 para el área urbana y, en 1969 para el ámbito rural. Sin embargo, estas encuestas no alcanzaron representatividad a nivel nacional y los datos obtenidos reflejaron que las mexicanas de los años '60 regularmente no controlaban su fecundidad. A pesar de la pobreza de la información disponible para el ámbito urbano, por lo menos, se conoce que para 1964, apenas en la Ciudad de México un 35.7% de la población femenina tomaba precauciones en materia de anticoncepción y como lo declara la PECFAL-Rural sólo el 10.3% de las mujeres casadas y unidas en el campo habían utilizado alguna vez en su vida, métodos anticonceptivos (García, 1983).

Para los '70, la situación no varió mucho respecto al periodo anterior, la Encuesta Mexicana de Fecundidad que alcanzó en 1976 a cubrir todo el espectro nacional registraba un porcentaje de usuarias todavía muy reducido, sólo el 13.3% de las mujeres del mundo rural regulaba su fecundidad, mientras el número de mujeres prevenidas aumentaba en las localidades urbanas: ascendía a un 37.5%, como se observa en el cuadro 1.4. En este sentido, se podría señalar que en México, el uso de métodos anticonceptivos, al principio fue de carácter urbano y particularmente practicado entre las mujeres más instruidas. Fue hasta 1973 con el cambio de la Ley General de Población y la implantación de los planes de planificación familiar cuando la práctica anticonceptiva se intensificó en México. Para 1987, el porcentaje de usuarias en las áreas rurales se incrementó en un 32.5%, mientras que en las localidades urbanas casi se duplicó el porcentaje de mujeres usuarias que utilizaba algún método anticonceptivo (61.5%). A pesar del fuerte incremento de la cobertura anticonceptiva a fines de los '80, las diferencias entre las áreas rurales y urbanas fueron evidentes y causadas probablemente por las condiciones de vida existentes en cada entorno ya que, las poblaciones rurales tienen menos infraestructura, tanto en el campo de educación como de servicios públicos.

Conforme pasaron los años, la brecha o las grandes diferencias que caracterizaban a las áreas urbanas y rurales empezaron a disminuir. De tal manera, que la cobertura anticonceptiva en las localidades rurales se incrementó durante el quinquenio 1987-1992. Así fue que para 1992, el uso de métodos anticonceptivos en las zonas rurales aumentó a un 44.5% y en el ámbito urbano al 70.1%.

En este contexto, se puede sugerir que la práctica anticonceptiva en México se está extendiendo cada vez más hacia el ámbito regional, por lo tanto, se está alcanzando un proceso de

homogeneización que cubre el ámbito nacional, tanto el contexto urbano como el rural.

CUADRO 1.4. PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA, 1976-1992

	1976	1987	1992
RURAL	13.3	32.5	44.6
URBANO	37.5	61.5	70.1

FUENTE: 1976: Palma Cabrera y Suárez Morales, 1991

1987 - 1992: CONAPO, 1994.

#### ***1.4. La práctica anticonceptiva en el ámbito regional.***

Cabe destacar, que los estudios de la práctica anticonceptiva a nivel regional son pocos y aunque los criterios de selección para delimitar las áreas geográficas son distintos, representan un punto de referencia para explicar la práctica anticonceptiva hacia el interior de ese país, como lo demuestran los trabajos realizados por Cervantes Carson (1989) y Figueroa Perea y otros (1993). El primero, efectúa a través de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987, un estudio del patrón de la cobertura anticonceptiva para el conjunto del país y propone una división a nivel regional, como se muestra en el cuadro 1.5.

**CUADRO 1.5 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA  
COBERTURA REGIONAL(1) DE LA PREVALENCIA  
ANTICONCEPTIVA, ENFES 1987**

REGIONES	%
NOROESTE	70
NORESTE	63
GOLFO	54
CENTRO SUR	51
CENTRO	55
NORTE-CENTRO	46
OCCIDENTE	47
BAJIO	48
SURESTE	33.2

Fuente: Cervantes Carson (1989)

(1). La cobertura regional de la prevalencia anticonceptiva es definida por el autor, como la proporción de usuarias que utilizan algún método anticonceptivo.

(2). Las regiones son establecidas por el marco muestral de la ENFES, 1987.

De este trabajo, resulta interesante rescatar los contrastes socioeconómicos y su relación con la cobertura de métodos anticonceptivos. El primer grupo está compuesto por la región noroeste y noreste; éste se caracteriza por registrar altos porcentajes de la práctica anticonceptiva en relación al promedio nacional. Las dos regiones que la componen comparten la frontera con Estados Unidos, y su posición geográfica ha contribuido a impulsar el desarrollo socioeconómico de éstas; factores que posibilitan que el noroeste tenga una cobertura del 70% y el noreste del 63%. En el segundo grupo se concentran las tres regiones que abarcan de costa a costa la zona norte del Istmo de Tehuantepec: El Golfo, Centro y Centro-Sur. Puede decirse que por las características

socioeconómicas de este grupo, el comportamiento de la prevalencia anticonceptiva (Golfo 54%, Centro Sur 51% y Centro 55%) fue similar al promedio nacional (52.7%). El tercer grupo: Norte-Centro, Occidente y Bajío registró un nivel de anticoncepción bajo en comparación al nacional. La región Norte-Centro tuvo una cobertura del 46%, el Occidente de un 47% y el Bajío de un 48%. El último grupo está compuesto por la región Sureste y se diferencia claramente del resto de México por tener un porcentaje de uso de métodos anticonceptivos notablemente bajo: 33.2%. En esta región, tres de cada diez mujeres unidas practican la anticoncepción, mientras, en el Noroeste siete de cada diez mujeres. Esto muestra que la práctica anticonceptiva no es homogénea en el territorio nacional como producto de las distintas percepciones culturales del fenómeno reproductivo.

Entre los estudios sobre encuestas regionales de la prevalencia anticonceptiva, también es importante mencionar el trabajo de Figueroa Perea y otros (1993). En éste se pretendió analizar algunas de las características de la dinámica del uso de anticonceptivos en México a través de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud y, la Encuesta de los Determinantes de la Prevalencia Anticonceptiva de 1988. En este análisis se determinaron tres regiones y para su delimitación se privilegió los factores socioeconómicos y culturales; así, la región noroeste tiene la peculiaridad de presentar los mejores niveles de desarrollo socioeconómico en el país debido a la influencia socioeconómica y cultural del país vecino, Estados Unidos. La región centro la sitúa en un plano socioeconómico intermedio, predominantemente agrícola, con un amplio sector de la población con una fuerte presencia religiosa, y, por último, el sureste, lo ubica en el nivel socioeconómico más bajo del país.

Además, las áreas regionales propuestas por Figueroa presentan diferencias muy marcadas en el comportamiento reproductivo y anticonceptivo a nivel nacional. Esto se confirma en los resultados de los niveles y tendencias, así como en la estructura de los métodos anticonceptivos en las tres regiones, como lo veremos a continuación.

Figueroa señala la presencia de una tendencia general en el país encaminada al uso de anticonceptivos modernos combinada con los métodos tradicionales y locales. Resalta la preferencia de las mujeres unidas hacia el empleo de la esterilización femenina acompañada de los hormonales orales y en menor grado, del dispositivo intrauterino o de las inyecciones, como es el caso, de las usuarias en el sureste mexicano (9.6%). Asimismo, se puede observar que la aceptación de la esterilización femenina es mayor en el Noroeste que en el centro y en el sureste. Este comportamiento puede ser explicado frente a la situación de que las mujeres que viven en dicha región hacen uso de la salpigonoclasia desde hace varios años atrás, mientras que su práctica es más reciente en el Sureste. Sin embargo, cabe anotar que se puede identificar una fuerte preferencia por el DIU en la región Centro del 20.6%, (en relación al noreste de un 13.9% y del

sureste de un 6.9%) y su inclinación por lo métodos tradicionales. Tanto, la región centro como el sureste son una muestra representativa de ello ya que todavía los registros de las prácticas del ritmo y el retiro tienen peso en las conductas sexuales de las mujeres, en el centro de un 25.9% y, en el sureste del 27.6%, mientras la región noroeste marca la diferencia ya que emplea los anticonceptivos tradicionales en pequeña proporción (13.5%), como se observa en el cuadro 1.6.

**CUADRO No.1.6 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES USUARIAS AL MOMENTO DE LA EDEPAM SEGUN METODO ACTUAL PARA CADA UNA DE LAS REGIONES**

REGION DE RESIDENCIA			
METODO ACTUAL	NOROESTE	CENTRO	SURESTE
OPERACION FEMENINA	46.9	34.7	38.8
PASTILLAS	20.8	10.4	14.8
INYECCIONES	1.4	5.2	9.6
DIU	13.9	20.6	6.9
CONDON	4.7	4.0	2.7
METODOS LOCALES	1.9	1.9	1.1
RITMO	4.6	12.4	9.9
RETIRO	4.2	9.5	15.0
OTROS	1.6	1.6	1.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0

*Fuente: FIGUEROA PEREA, Juan G. Et al. "Seguimiento de algunos eventos reproductivos en tres regiones de México" en Figueroa Perea, Juan G. (Comp.). El entorno de la regulación de la fecundidad en México. México, Secretaría de Salud, Octubre de 1993. Pag.83.*

Estos estudios conforman el marco de referencia para plantear la delimitación del área regional a investigar, en tanto, contemplan un conjunto de estados que son suficientes para explicar la heterogeneidad social, económica y cultural del México multiétnico y aún, cuando la cantidad de los estados indicados, no son representativas de la totalidad del país, ofrecen un



**panorama de algunos de los fenómenos anticonceptivos en las tres regiones más importantes del país, o sea, noroeste, centro y sureste.**

## CAPITULO II

### **2. LOS CONTRASTES REGIONALES Y LA PRACTICA ANTICONCEPTIVA.**

Para entender los contrastes regionales es de vital importancia vincular las características del espacio y la estructura sociodemográfica. Además, el origen de estos efectos están relacionados con ciertos fenómenos de difusión dentro del espacio geográfico y a su vez, la utilización de métodos anticonceptivos con los programas de planificación familiar, los agentes de servicios de salud y la influencia de los medios masivos de comunicación. Por su parte, hay que resaltar que la diseminación de la información hacia el interior de una región no penetra con la misma intensidad como consecuencia de las características propias del medio social y espacial. Además, regularmente, el proceso de difusión se produce de los grandes centros urbanos hacia las periferias, desde las ciudades a las zonas semiurbanas o rurales. Por lo tanto, para explicar las disparidades regionales se debe de tomar en cuenta que el espacio no es un bloque uniforme ya que presenta grandes diferencias de tipo social, cultural y económico. Entre los aspectos sociales, las características individuales de la población juegan un papel determinante ya que pueden contrarrestar una actitud positiva hacia la adopción de un método anticonceptivo. En segundo lugar, se encuentran las brechas de tipo económico, que representan barreras materiales, que hacen que la difusión de la información sea difícil o imposible (Baccaini, 1995).

Los factores culturales también son importantes para explicar el comportamiento reproductivo de una región. Como lo señalan Espinosa y Welti (1983), la fecundidad de la población, tiene como base una realidad social con una dinámica propia que genera una gran cantidad de problemas que "si bien deben ser considerados en su totalidad, tienen su origen en estructuras internas". En este sentido, el análisis regional es considerado precisamente como un instrumento que permite el conocimiento de una de las dimensiones de la estructura de la sociedad.

Para tener una imagen más completa de la regulación de la fecundidad a nivel regional, es necesario tomar en cuenta otro conjunto de factores que inciden en la práctica anticonceptiva como son las variables demográficas y socioeconómicas. En las primeras, las más significativas son la edad de la mujer, su estado civil, el número de hijos, etc. y en el segundo grupo, se pueden mencionar, la educación, la ocupación de la mujer, el ingreso y la localidad de residencia, entre otras.

Entre las variables demográficas, la edad a la unión de la mujer determina el período de exposición al riesgo de concebir hijos ya que una edad más temprana o más tardía influye

directamente sobre la tasa de fecundidad e indudablemente sobre la práctica anticonceptiva. Además, la paridad de la mujer (número de hijos), son factores que influyen en la selección de un método anticonceptivo (García y Garma, 1978). A su vez, la edad a la unión y el número de hijos están relacionados con el componente socioeconómico. También el nivel educativo o el grado de instrucción de la mujer forma parte de este complejo de relaciones ya que es un factor decisivo que influye sobre la prevalencia anticonceptiva (García y Garma, 1989). En este sentido, las investigaciones realizadas sobre la mujer que participa en el mercado de trabajo (aproximadamente un 30.0%) sugieren que ella ha tomado decisiones importantes sobre el tamaño de la familia (Lloyd, 1991) (Instituto Nacional de la Mujer, 1995).

Entre los factores socioeconómicos, el ingreso familiar es otro indicador importante para acceder a una serie de beneficios como los servicios de salud y la educación, que influyen en el proceso de decisiones de la planificación familiar. En la actualidad, la adquisición de este tipo de datos generan problemas, sobre todo, en algunas áreas rurales pobladas por indígenas ya que la percepción del ingreso todavía se realiza en especies. Por las dificultades que se presentan para recoger una información más precisa de la captación del ingreso familiar, se ha decidido omitirlo en este análisis.

Por otro lado, también es importante señalar que las políticas desarrolladas por el Estado en materia de población han influido en la toma de decisiones de las familias mexicanas y por lo tanto, es un factor que no debe dejarse de lado a la hora de analizar la práctica anticonceptiva de la población mexicana, sobre todo, en lo que se refiere a la cobertura alcanzada en la planificación, ya que ha jugado un papel determinante en el campo y apoyado a los grupos de población de escasos recursos.

De lo anterior se deriva que el análisis para observar las diferencias regionales deben someterse al estudio de múltiples factores: el grado desigual de desarrollo alcanzado por cada región, la penetración de la política de población dirigida por el Estado, las diferencias culturales, así como la diversidad de características sociodemográficas que definen el patrón de la práctica anticonceptiva regional.

### ***2.1. LA REGIONALIZACIÓN Y SU PROBLEMÁTICA***

Para realizar un estudio sobre las regiones en México nos enfrentamos al problema de las encuestas ya que se encuentran estructuradas en cada caso con criterios muy diferentes y por lo tanto, no hay una continuidad de cada modelo en el tiempo porque carecen de una evolución de los distintos componentes demográficos. De esta manera, la medición de las comparaciones regionales resulta complicada desde el punto de vista metodológico.

El problema se encuentra presente por las distintas orientaciones que llevaron a las

encuestas a clasificar al país en regiones geoeconómicas y de planeación y, otros enfoques resultaron una traba para los estudios regionales por la carencia de información sobre las divisiones político-administrativas más pequeñas en el país (Manautou, 1982). Este panorama está reflejado en las encuestas realizadas en México a nivel nacional. La primera en el país que tuvo una proyección federal fue la Encuesta Mexicana de Fecundidad realizada en 1976, la cual recurrió a un criterio geoeconómico para dividir al país en regiones<sup>1</sup>. En 1979, la Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos cayó en una regla más simple ya que se aplicó en los estados tomando en cuenta ...“la accesibilidad interna, la facilidad de contratación del personal capacitado para la entrevista, junto con factores intrínsecos que la conforman”...<sup>2</sup>. La tercer Encuesta Nacional Demográfica en 1982 siguió un camino similar a la anterior y se constituyó a partir de un carácter geográfico adyacente o de colindancia entre los estados<sup>3</sup>. Y por último, la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES) aplicada en 1987 al tomar en cuenta la heterogeneidad cultural y la diversidad socioeconómica del país se convirtió en una alternativa por mostrar una visión más profunda sobre las realidades regionales<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup>Región 1, Noroeste: Baja California Norte y Sur, Sinaloa, Sonora y Nayarit.  
Región 2, Noreste: Nuevo León y Tamaulipas.  
Región 3, Norte: Coahuila, Chihuahua, Durango, San Luis Potosí y Zacatecas.  
Región 4, Occidental: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco y Michoacán.  
Región 5, Centro: Distrito Federal, Hidalgo, México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala.  
Región 6, Golfo: Tabasco y Veracruz.  
Región 7, Sureste: Campeche, Quintana Roo y Yucatán.  
Región 8, Pacífico Sur, Chiapas Guerrero y Oaxaca.

<sup>2</sup> La Encuesta Nacional de Prevalencia de 1979 dividió al país en las siguientes regiones:  
Región 1, Baja California Norte y Sur, Durango, Sinaloa, Sonora.  
Región 2, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Tamaulipas.  
Región 3, Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit, San Luis Potosí, Zacatecas.  
Región 4, Guanajuato, Michoacán, Querétaro.  
Región 5, Hidalgo, Puebla, San Luis Potosí, Veracruz.  
Región 6, Hidalgo, México, Morelos, Puebla, Tlaxcala.  
Región 7, Chiapas, Guerrero, Oaxaca.  
Región 8, Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, Yucatán.

<sup>3</sup> Región noroeste: Baja California Norte y Sur, Sinaloa, Sonora, Nayarit.  
Región Noreste: Nuevo León, Tamaulipas  
Región Norte: Coahuila, Chihuahua, Durango, San Luis Potosí, Zacatecas.  
Región Occidental: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán.  
Región Centro: Distrito Federal, Hidalgo, México, Morelos, Puebla, Querétaro, Tlaxcala.  
Región Golfo: Tabasco, Veracruz.  
Región Sureste: Campeche, Quintana Roo, Yucatán.  
Región Pacífico Sur: Chiapas, Guerrero, Oaxaca.

<sup>4</sup>La Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud quedó constituida por las siguientes regiones:  
Región I: Baja California Norte y Sur, Sonora, Sinaloa, Nayarit, Chihuahua y Coahuila.  
Región II: Aguascalientes, Chihuahua, Durango, San Luis Potosí y Zacatecas.  
Región III: Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas.  
Región IV: Veracruz.  
Región V: Colima, Jalisco y Michoacán.

El resultado de este balance mostró una salida para poder establecer relaciones comparativas regionales. Entonces, el plan de trabajo plantea la posibilidad de ajustar tres de las nueve regiones que conforman la ENFES de 1987 con la ENADID de 1992 cuya muestra diseñada a nivel estatal permite reconstruir las regiones propuestas por las ENFES. De esta manera, la investigación tratará de analizar el comportamiento de la práctica anticonceptiva en México a través de tres regiones geográficamente delimitadas por los estudios regionales realizados por Figueroa Perea y otros, en el decenio de los '80. Las regiones son el noroeste, centro y sureste<sup>5</sup>, ya que estas representan una tipificación de la diversidad cultural y de los niveles de desarrollo socioeconómico que existen en México, factores elementales para comprender los contrastes regionales de la práctica anticonceptiva.

a) La región noroeste comprende los estados de Baja California Sur y Norte, Sonora, Sinaloa y Nayarit. Abarca una extensión natural muy variada desde un clima tropical hasta los suelos desérticos. Su economía se caracteriza por una agricultura de tipo comercial -altamente mecanizada- destinada al mercado nacional e internacional, además, posee una extensa red de comunicaciones internas y conectadas con los Estados Unidos. Asimismo, cuentan con centros pesqueros importantes, principalmente en Baja California y con una producción ganadera donde sobresalen Sonora y Sinaloa. En general, el noroeste presenta una baja densidad poblacional mal distribuida con una concentración mayor en los grandes valles agrícolas.

Una peculiaridad que determina el ámbito de los estados norteros es la influencia económica y social ejercida por los Estados Unidos. En este sentido, la cercanía con éste país y las buenas condiciones de las vías de comunicación generan una gran corriente turística y retroalimentan las transacciones comerciales.

b) La región centro constituida por los estados de Guanajuato, Querétaro e Hidalgo presentan características físicas o geográficas muy distintas entre sí. Estos mantienen un gran intercambio comercial con el Distrito Federal, sobre todo, a nivel de productos agropecuarios. Entre ellos, destaca Querétaro por su carácter industrial que lo convierte en uno de los puntos importantes para el desarrollo del país. Esta región presenta una elevada densidad de población rural y también, a su vez, cuenta con centros importantes de población urbana.

c) Finalmente, la región sureste compuesta por los estados de Chiapas, Tabasco, Campeche, Quintana Roo y Yucatán, que por su vasta extensión, es muy difícil determinar los

---

Región VI: Guanajuato, Querétaro e Hidalgo.

Región VII: Chiapas, Tabasco, Yucatán, Campeche y Quintana Roo.

Región VIII: Oaxaca, Puebla y Tlaxcala.

Región IX: México, Morelos, Guerrero y Distrito Federal.

<sup>5</sup>. Para una mayor precisión de las regiones analizadas, en la ENFES, el noroeste corresponde a la región I, el centro a la región VI y el sureste a la región VII como quedó señalado en la cita número cinco.

elementos que la identifican, salvo las zonas montañosas que dificultan el acceso y la ampliación de las vías de comunicación.

En Yucatán, Norte de Chiapas, Campeche y Quintana Roo se localizan algunos núcleos de desarrollo, pero aún predomina la explotación agrícola de tipo tradicional. Es propiedad de este grupo, la baja densidad poblacional, inclusive algunas extensiones se encuentran totalmente deshabitadas. Los niveles de vida son muy bajos y los beneficios de tipo social, sanitario y cultural son casi nulos, sobre todo, en Chiapas donde existen enclavados numerosos sectores del grupo indígena.

Es precisamente esta gran heterogeneidad cultural lo que marcaría los diferenciales en el comportamiento reproductivo de la población y en la actualidad explicaría los niveles y tendencias de la práctica anticonceptiva en México.

## CAPITULO III

### **3.METODOLOGIA**

En este capítulo, los tres grandes apartados que se abordarán son: las características de las fuentes de información utilizadas, -encuestas demográficas- las variables incluidas en el análisis de la práctica anticonceptiva y su medición.

#### **3.1. FUENTES DE INFORMACION**

Las fuentes de información primarias que se utilizarán para el desarrollo de la investigación son dos encuestas de fecundidad: la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES) realizada en 1987 por la Secretaría de Salud y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) que se llevó a cabo en 1992 por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)<sup>1</sup>. Estas fueron diseñadas para obtener información relacionada con la fecundidad del país y tienen la cualidad de ser retrospectivas porque no sólo proporcionan datos sobre el presente sino, además sobre el pasado. Ambas encuestas contienen un módulo sobre anticoncepción que permiten entrelazar y relacionar variables demográficas y socioeconómicas, no obstante, los objetivos de cada una de ellas, tuvieron alcances distintos. La ENFES, como su nombre lo indica, permite profundizar en el comportamiento reproductivo de la población, mientras que la ENADID contribuye a distribuir más equitativamente su orientación hacia el conjunto de las variables demográficas. En este contexto, la amplitud de la información de la primera encuesta permite el estudio de algunas variables que no se encuentran contempladas en la ENADID. A pesar de ello, esta situación no interfiere sobre las líneas de análisis marcadas en el trabajo. Los datos captados en este módulo son los que se utilizarán en la presente investigación.

#### **3.2 Universo de estudio.**

Para un primer acercamiento a la temática en estudio, es necesario perfilar las diferencias regionales entre las usuarias y no usuarias y el nivel de conocimiento que presentan las mujeres ante la práctica anticonceptiva, como un primer indicativo de dicho proceso. Este primer análisis tomará en cuenta a las mujeres unidas -legal o consensualmente-, que permitirá observar el nivel de cobertura y conocimiento y nos ofrecerá una visión sobre el proceso de convergencia. Sin embargo, el proceso de homogeneización de la práctica anticonceptiva en el ámbito regional requiere del estudio de una submuestra conformada por las mujeres unidas -entre 15 y 49 años- que sean usuarias de algún método anticonceptivo, con el fin de comparar su comportamiento

---

1. Las características de las fuentes de información se incluyen en el Anexo II del presente trabajo.

entre las regiones analizadas y observar si existe un proceso de convergencia al respecto. En este sentido, el estudio de las mujeres usuarias conforman la columna vertebral de la investigación.

### ***3.3. Definición de las variables<sup>2</sup>.***

#### *Variable dependiente*

**Práctica anticonceptiva:** Uso de algún método anticonceptivo. La muestra sólo tomará en cuenta el uso actual de métodos anticonceptivos y se partirá de la clasificación de los métodos: temporales y definitivos. Se consideran métodos tradicionales: el ritmo, el retiro y el preservativo, y modernos: el dispositivo intrauterino y hormonales.

Los métodos temporales son medios de control de la fecundidad que tienen la particularidad de ser reversibles, ya que pueden ser abandonados o reemplazados por otros tipos de anticonceptivos; en cambio, la esterilización como método definitivo es irreversible, debido a que las mujeres que se someten a este procedimiento quirúrgico pierden la posibilidad de tener hijos.

Esta clasificación es importante ya que permitirá percibir en cada una de las regiones, el perfil de la actitud de la población hacia la adopción de métodos temporales o definitivos.

Por otro lado, el objetivo de esta reagrupación es establecer cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres según el método anticonceptivo adoptado. Por lo tanto, la variable dependiente tendrá un comportamiento dicotómico considerando la proporción de mujeres que usan un método definitivo o temporal para regular la fecundidad. Para emprender este análisis se recurrirá a un método de regresión logística que permita medir el nivel de asociación que existen entre el tipo de método anticonceptivo y las características demográficas y socioeconómicas que posibilitará comprender el comportamiento diferencial de la prevalencia anticonceptiva en el ámbito regional.

#### *Variables independientes*

Entre las variables independientes se encuentran: la contextual, cognitiva, las demográficas y las socioeconómicas.

**Variable contextual:** lugar de residencia. En este caso, se tomará en cuenta la estructura por regiones establecidas en la ENFES y la muestra por entidad federativa de la ENADID se ajustará al modelo regional de la ENFES.

---

<sup>2</sup>. Las recodificaciones de las variables realizadas en cada una de las encuestas se presentan en el Anexo 1.



**Variable cognitiva:** conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos. El conocimiento es un requisito previo para el control de la fecundidad, en este caso, es muy importante señalar la distancia entre el conocimiento que tienen las mujeres de la prevalencia anticonceptiva y la práctica. En este sentido, nos interesa saber que proporción de mujeres en cada una de las regiones conoce algún método anticonceptivo, comparándola con la proporción de usuarias.

Entre las variables demográficas se encuentran las siguientes: edad de la mujer, número de hijos y estado civil.

**Edad de la mujer:** edad que la mujer declara al momento de la encuesta y se examinará por grupos quinquenales. El supuesto es que una mujer más joven usará un método anticonceptivo reversible, ya que aun no delimita el tamaño de su familia; en tanto que, una mujer que se encuentra en edad madura tiende a utilizar métodos definitivos puesto que ya decidió el número de hijos que iba a tener.

También, la edad determina un efecto de cohorte, y en este sentido, las mujeres de más edad pertenecen a una generación donde la idea del control de la fecundidad, no estaba muy extendida. Es más, esta práctica se iniciaba cuando la formación de la familia estaba ya muy adelantada, es decir, tenía ya un gran número de hijos.

**Número de hijos:** se ha encontrado que es una de las determinantes principales del uso de anticonceptivos. Por otra parte, el número de hijos, sitúa a una mujer en el ciclo de vida familiar y en este sentido, es más probable que una mujer que ha procreado muchos hijos tome sus precauciones y se encuentre interesada en el uso de algún método para regular la fecundidad.

**Estado civil:** esta variable toma en cuenta a las mujeres unidas consensualmente y las casadas -ante la ley-, las cuales tienen una connotación social distinta. Es importante mencionar la distinción de estos dos criterios para el tipo de estudio que proponemos realizar, en virtud de que, por la idiosincrasia mexicana, una mujer casada tiene probablemente una estabilidad mayor en su matrimonio y tiende a una práctica anticonceptiva más continua que la mujer unida.

Entre las variables socioeconómicas, se hallan: nivel de escolaridad, tamaño de localidad y condición de actividad.

**Nivel de escolaridad:** se encuentra asociado con el grado de conocimiento y aceptación de los medios para regular la fecundidad. Por consiguiente, las mujeres que poseen mayor instrucción

escolar es más probable tiendan a planear el tamaño de su familia que las mujeres menos instruidas. Desde luego, el nivel de escolaridad está directamente interrelacionado con otras variables.

Tamaño de localidad: para establecer un análisis más detallado de la práctica anticonceptiva dentro de cada región es necesario definir el tamaño de la localidad de residencia para distinguir entre una zona rural y una de carácter urbano y, observar las diferencias existentes a nivel de la regulación de la fecundidad. De esta manera, las localidades menores de 2500 habitantes se refieren a las zonas rurales y aquellas que tengan 2500 habitantes o más se catalogarán como zonas urbanas.

Condición de actividad: se examinará la participación de la mujer en el mercado de trabajo. A través de esta variable se podrá observar si existe asociación entre la participación laboral femenina fuera del hogar con la adopción de un determinado método anticonceptivo.

### **3.4. Técnica de análisis<sup>3</sup>**

Como ya se ha mencionado, el presente trabajo pretende describir y analizar los patrones de anticoncepción (niveles y tendencias) en las regiones noroeste, centro y sureste de la República Mexicana a través de las encuestas mencionadas. Para ello, se realizarán tablas que contienen información sobre distribuciones porcentuales de variables demográficas y socioeconómicas relacionadas con la práctica anticonceptiva que han sido definidas en el apartado anterior. Por otro lado, para poder establecer relaciones o asociaciones entre variables se aplicará un modelo de regresión logística, ya que la variable dependiente presenta un comportamiento dicotómico. Este tipo de modelos de regresión, como cualquier otro procedimiento de análisis multivariado, permite determinar la importancia de cada uno de los factores, una vez que los efectos potenciales de otras variables han sido controlados. Esta técnica es la más apropiada para el examen de variables dependientes de carácter binario y la combinación de variables dependientes y categóricas (Tuirán, 1990). Este modelo puede ser considerado de la siguiente manera: Si P indica la probabilidad de obtener una respuesta negativa o ambivalente al tipo de preguntas consideradas en el análisis, entonces, el modelo de regresión podría ser expresado de la siguiente manera:

$$\ln(P/1-p)=\alpha+Zbx\dots\dots\dots(1)$$

---

<sup>3</sup>. La elaboración de los cuadros y el análisis estadístico se realizará a través del software SPSS.

donde alfa es la constante, Z es un vector de covariantes y bx es un vector de parámetros a ser estimados. Como se advertirá, este modelo es formulado en términos de la función  $\ln(P / 1 - P)$ , conocido como la transformación logística, y los parámetros corresponden a la escala de los logaritmos naturales. Este modelo puede ser alternativamente expresado en términos de P como:

$$P = \frac{e^{\alpha + Zbx}}{1 + e^{\alpha + Zbx}} \dots\dots\dots(2)$$

La razón  $(P / 1 - P)$  que aparece en la transformación logística de la ecuación (1) es conocida como *Log-odds ratio*, que corresponde al logaritmo de la razón de las probabilidades. Una forma de interpretar los logaritmos bx es a través de su efecto sobre los *odds*. Tomando los antilogaritmos de ambos lados de la ecuación (1) es posible obtener la siguiente expresión:

$$P/1-p = e^{\alpha + Zbx} = e^{\alpha} + e^{Zbx} \dots\dots\dots(3)$$

En el caso de las variables independientes continuas, la relación exponencial de la ecuación (3) implica que cada incremento de una unidad en x produce un efecto multiplicativo de  $\exp b$  sobre los *odds*. En el caso de las variables categóricas del tipo *dummy*, los coeficientes representan el contraste con las categorías de referencia<sup>4</sup>.

---

4. Para una lectura más detallada del modelo consultar el capítulo seis del presente trabajo.

## **CAPITULO IV**

### **4. NIVELES Y TENDENCIAS DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS, 1987**

En este capítulo, se presenta un análisis de los niveles y las tendencias de la práctica anticonceptiva en tres regiones de México por medio de los datos obtenidos en la ENFES en 1987. Asimismo, se estudian algunas de las principales variables básicas que inciden en el comportamiento de la práctica anticonceptiva. Por lo tanto, este primer acercamiento a los datos es puramente descriptivo. Para tal fin, la presentación se ha organizado de la siguiente manera:

- 4.1) Cobertura regional de la prevalencia anticonceptiva.
- 4.2) Conocimiento de algún método anticonceptivo.
- 4.3) Cobertura regional según método anticonceptivo.
- 4.4) Contraste entre conocimiento y uso de algún método.
- 4.5) Principales características demográficas de las usuarias actuales.
- 4.6) Principales características socioeconómicas de las usuarias actuales.
- 4.7) Conclusiones generales de la práctica anticonceptiva para 1987.

Con esta estructura se intentará evaluar de que manera influyen las variables demográficas como factores condicionantes de la anticoncepción y posteriormente, se buscará relacionar las variables socioeconómicas con el uso de métodos anticonceptivos, con el objetivo de indagar hasta dónde el país ha avanzado en materia de anticoncepción en el proceso de convergencia regional.

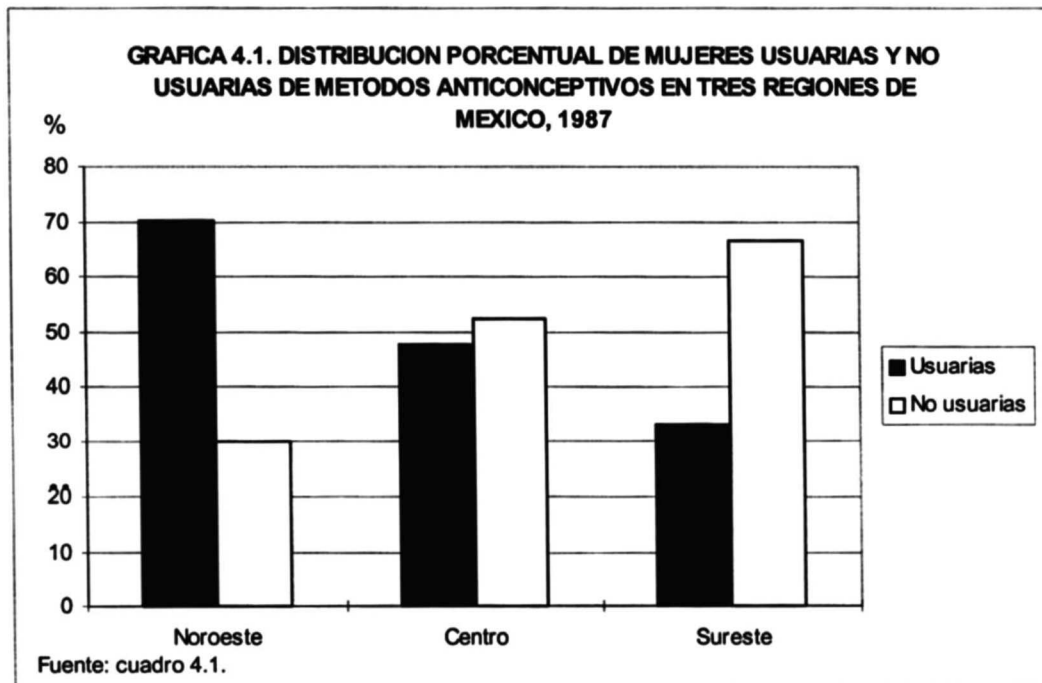
#### **4.1 Cobertura regional de la prevalencia anticonceptiva**

Como ya se había mencionado, la proporción de usuarias actuales de algún método anticonceptivo varía en cada una de las regiones analizadas, como se observa en el cuadro 4.1 y en la gráfica 4.1.

El noroeste del país presentó la mayor cantidad de usuarias (70.1%), y la media le correspondió al centro (47.7%). La región más rezagada fue el sureste con una tercera parte de usuarias (33.3%). Por lo tanto, la proporción de no usuarias fue mayor en el sureste (66.7%), mientras que el centro ocupó una posición intermedia (52.3%) y el noroeste registró el porcentaje más bajo (29.9%). En este sentido, se observa que todavía para 1987 la proporción de no usuarias es muy alta tanto en el centro como en el sureste del país: en más de un 50.0%.

Consideramos, que este comportamiento diferencial es un reflejo del grado de desarrollo socioeconómico y cultural que tiene cada una de las regiones.

CUADRO No 4.1						
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES USUARIAS Y NO USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN REGIÓN DE RESIDENCIA						
REGIÓN DE RESIDENCIA						
	Noroeste	Centro	Sureste			
Usuarías	70.1	47.7	33.2			
No usuarias	29.9	52.3	66.7			
Total %	100.0	100.0	100.0			
Número de casos*	276819	219460	255283			
*Muestra ponderada						
FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE FECUNDIDAD Y SALUD, 1987.						



## **4.2. Conocimiento de algún método anticonceptivo**

Cabe mencionar que para llegar a una mejor comprensión sobre el grado de conocimiento que tienen las usuarias de algún método anticonceptivo, es pertinente dividir los resultados de la encuesta en dos niveles: la población femenina entrevistada que tienen conocimiento de algún método anticonceptivo (como lo señalan las recodificaciones del anexo 1) para confrontar los resultados con las mujeres que definitivamente no saben de la existencia de ellos, tal como se presenta en el cuadro 4.2.

En este contexto, se desprende que las mujeres de la región noroeste tienen un mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos, sobre todo, de los modernos y en menor escala, de los tradicionales. En esa región, los más conocidos son: el hormonal oral (99.5%), el DIU (98.9%), la esterilización femenina (97.4%) y los hormonales inyectables (97.0%). En contraste, la proporción más baja la registran los métodos tradicionales, entre ellos, los más comunes son: los preservativos (85.1%), el ritmo (73.3%) y en menor grado, el retiro (54.3%).

Un patrón similar se registró en la región centro. Los métodos modernos son los más difundidos y conocidos. Ocupan el primer lugar, los hormonales orales (95.6%), el segundo, el DIU (95.3%), el tercero, la esterilización femenina (93.3%) y el cuarto, los hormonales inyectables (89.5%), mientras, el resto de los métodos anticonceptivos se podrían considerar como los menos conocidos, como se observa en el cuadro 4.2.

Comparando la región noroeste y el centro podemos afirmar que existe una mínima diferencia en términos de conocimiento de los métodos anticonceptivos. En esta escala, el noroeste ocupa el primer lugar y el segundo lugar, la zona centro del país. En las dos regiones mencionadas, los métodos más conocidos son los hormonales orales, el DIU y la esterilización femenina, mientras, los métodos tradicionales, aunque su distribución es similar, existe un mayor conocimiento en la región noroeste que la región centro.

Por su parte, el sureste tiene un comportamiento semejante al resto de las regiones. También existe un mayor conocimiento entre las mujeres usuarias de los métodos modernos sobre los tradicionales. Entre los primeros, los más conocidos son: los hormonales orales (66.4%), los inyectables (60.0%) y la operación femenina (58.6%), y en menor escala, los métodos tradicionales; la distribución porcentual fue de 33.2% para los condones, 32.5% para el ritmo y 29.7% para el retiro. Sin embargo, a nivel comparativo, el sureste quedó situado en el nivel más bajo en relación al conocimiento que tienen las mujeres sobre algún método anticonceptivo, como se observa en el cuadro 4.2. Es decir, el sureste es la región más atrasada en estos términos.

A pesar de las diferencias, la tendencia general del conocimiento de métodos anticonceptivos en las tres regiones muestra que la modernidad ha alcanzado a México en materia de prevalencia anticonceptiva donde la difusión de los medios de comunicación han jugado un papel importante. No obstante, la cantidad de mujeres que no utilizan anticonceptivos, todavía es muy elevada en el centro y sureste del país. Esto implica que las diferencias a nivel de la práctica anticonceptiva entre regiones muestran una distancia muy grande para alcanzar un punto de convergencia y es un obstáculo para dar un paso hacia etapas más avanzadas del proceso de transición demográfica.

CUADRO No. 4.2

## DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES QUE CONOCEN ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO POR REGIÓN DE RESIDENCIA

## NOROESTE

Proporción total de usuarias

70.1

## Conocimiento de algún método

Método	Esponáneamente	No conoce	%	N*
Pastillas o píldoras	99.5	0.5	100	276819
DIU	98.9	1.1	100	276819
Inyecciones	97.0	3.0	100	276819
Ovulos, jaleas	81.6	18.4	100	276819
Condomes	85.1	14.9	100	276819
Operación femenina	97.4	2.6	100	276819
Operación masculina	77.8	22.2	100	276819
Ritmo	73.3	26.7	100	276819
Retiro	54.3	45.7	100	276819
Otros	5.3	94.7	100	276819

## CENTRO

Proporción total de usuarias

47.7

## Conocimiento de algún método

Metodo	esponáneamente	No conoce	%	No
Pastillas o píldoras	95.7	4.4	100	219460
DIU	95.3	4.7	100	219460
Inyecciones	89.5	10.5	100	219460
Óvulos, jaleas	61.9	38.1	100	219460
Condomes	69.2	30.8	100	219460
Operación femenina	93.3	6.7	100	219460
Operación masculina	72.6	27.4	100	219460
Ritmo	68.4	31.6	100	219460
Retiro	56.0	44.0	100	219460
Otros	16.3	83.7	100	219460

## SURESTE

Proporción total de usuarias

33.3

## Conocimiento de algún método

Método	Esponáneamente	No conoce	%	N*
Pastillas o píldoras	66.4	33.6	100	255283
DIU	54.2	45.8	100	255283
Inyecciones	60.0	40.0	100	255283
Óvulos, jaleas	35.8	64.2	100	255283
Condomes	33.2	66.8	100	255283
Operación femenina	58.6	41.4	100	255283
Operación masculina	37.6	62.4	100	255283
Ritmo	32.5	67.5	100	255283
Retiro	29.7	70.3	100	255283
Otros	16.2	83.8	100	255283

\*Muestra ponderada

FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE FECUNDIDAD Y SALUD, 1987



### **4.3. Cobertura regional según métodos anticonceptivos**

En cuanto a la distribución porcentual según uso de métodos anticonceptivos por región de residencia, para 1987, se presenta un comportamiento diferencial entre regiones, como lo indican el cuadro 4.3 y la gráfica 4.3.

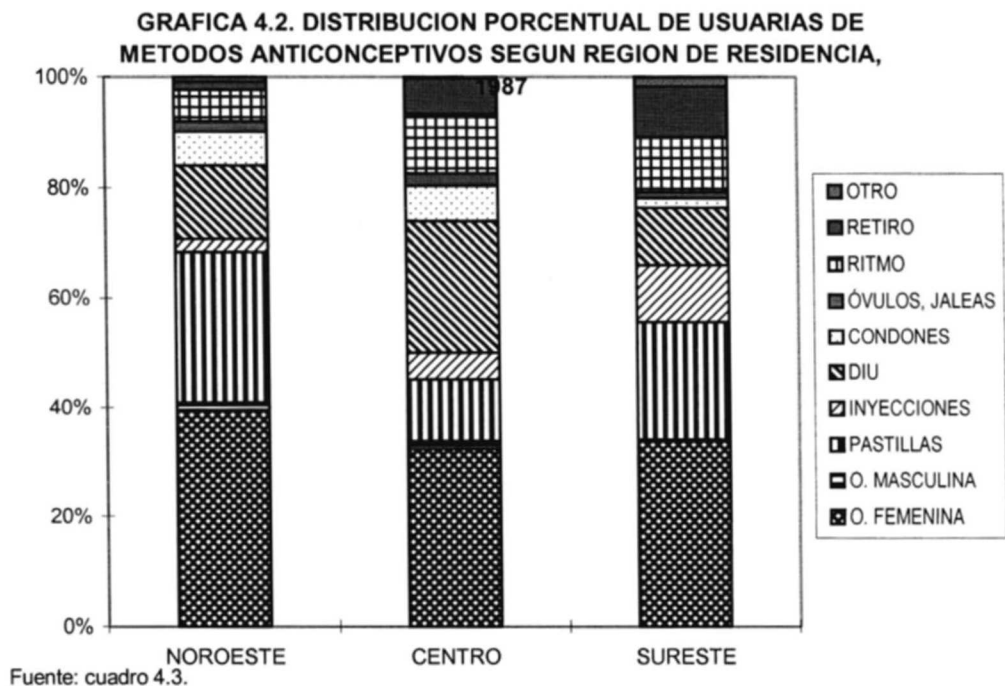
En la región noroeste, los métodos más utilizados por las mujeres entrevistadas fueron la operación femenina (39.5%) y los hormonales orales (27.3%), mientras que tuvieron un menor peso los métodos tradicionales (como el ritmo, retiro y condón que en conjunto representaron un 13.4%).

En la región centro, al igual que en el noroeste, la operación femenina fue el método más utilizado (32.3%), en segundo lugar quedó el DIU (23.9%) y en tercero, los hormonales orales (11.3%). Es importante señalar que el uso de pastillas anticonceptivas disminuyó notablemente en 1987, al grado que su empleo fue menor en proporción a los métodos tradicionales (23.8%).

En la región sureste, al igual que en las regiones antes mencionadas, la operación femenina obtuvo el primer lugar (33.8%), le siguieron en la escala los hormonales orales e inyectables (20.8%) y después el DIU. Estos últimos, representaron los métodos más utilizados y aún los tradicionales tuvieron trascendencia en la práctica anticonceptiva de las usuarias actuales (20.4%). De tal manera que el anticonceptivo más solicitado por las mujeres entrevistadas en las tres regiones fue la operación femenina. Su uso fue mayor en el noroeste y en el sureste y por su parte, los hormonales orales, ocuparon el segundo lugar, mientras, el DIU lo obtuvo en el centro del país. El uso de este último método fue reducido, tanto en el noroeste como en el sureste.

Por otro lado, cabe destacar, la importancia que alcanzó el empleo de la operación femenina, los hormonales orales y el DIU en cada una de las regiones estudiadas, como producto de la oferta de métodos anticonceptivos modernos ofrecidos por las instituciones de salud y las privadas. Por el contrario, a pesar de su escasa difusión, los métodos tradicionales están aún presentes como medio anticonceptivo en la población del centro y sureste del país como se observa en el cuadro 4.3. De lo anterior, podemos decir que la región noroeste fue la que presentó un panorama más moderno de la práctica anticonceptiva, en relación al centro y sureste del país.

CUADRO No.4.3						
PROPORCIÓN DE USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN REGIÓN DE RESIDENCIA						
REGIÓN DE RESIDENCIA			NOROESTE	CENTRO	SURESTE	
PROPORCION TOTAL DE USUARIAS			70.1	47.7	33.3	
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS						
OPERACIÓN FEMENINA			39.5	32.3	33.8	
OPERACIÓN MASCULINA			1.4	1.5	0.3	
PASTILLAS			27.3	11.3	21.4	
INYECCIONES			2.4	4.8	10.3	
DIU			13.4	23.9	10.5	
CONDONES			6.2	6.5	1.7	
ÓVULOS, JALEAS			1.8	2.2	1.1	
RITMO			5.7	10.8	10.0	
RETIRO			1.5	6.5	9.2	
OTRO			0.8	0.2	1.7	
TOTAL %			100,00	100,00	100,00	
Número de casos*			194093	104776	85001	
*Muestra ponderada.						
FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE FECUNDIDAD Y SALUD, 1987.						



#### **4.4. Contraste ente conocimiento y uso de algún método anticonceptivo.**

En teoría se puede señalar que un mayor conocimiento de los métodos para regular la fecundidad influye sobre la práctica o tiende hacia el uso más generalizado de los anticonceptivos.

Desde esta perspectiva, se puede indicar que las regiones con mayor conocimiento de métodos anticonceptivos son aquellas que registraron una alta proporción de usuarias, como se muestra en el cuadro 4.2. En este sentido, como se mencionó anteriormente, la región noroeste tiene un mayor conocimiento de los distintos métodos, por lo tanto, se puede observar que casi tres cuartos de la población entrevistada fueron usuarias de algún método anticonceptivo. Asimismo a pesar de que el centro en comparación con el noroeste no registró fuertes contrastes a nivel del conocimiento de los métodos, en la primera región, la proporción de usuarias es mucho menor, sólo un 47.7%, es decir, casi la mitad de las mujeres del centro utilizó un método anticonceptivo. Este resultado podría apuntar a que un menor conocimiento sobre los anticonceptivos influye de manera determinante en el uso de los métodos. Esta misma hipótesis se confirmó en la región sureste donde la proporción de usuarias fue muy baja (33.3%) como consecuencia de los bajos niveles de conocimiento.

No obstante, la relación no es tan lineal y esto se constata al analizar el conocimiento y uso de anticonceptivos en cada una de las regiones donde se pueden observar las diferencias como se muestran en el cuadro 4.2 y 4.3. Así, en la región noroeste, los hormonales orales fueron el método más conocido, y el segundo método más utilizado hasta 1987. Por su parte, la esterilización femenina, fue el más utilizado y ocupó el tercer lugar entre los más conocidos y el DIU se ubicó en el segundo lugar entre los métodos más conocidos y el tercero entre los más utilizados por la población entrevistada.

Esto mismo aconteció en el centro, el método más conocido fueron los hormonales orales y en la práctica, ocupó el tercer lugar entre los métodos más empleados. Por su parte, el DIU se ubicó en el tercer lugar sobre los métodos más conocidos y ocupó la segunda posición en la proporción de uso. La esterilización femenina fue el tercer método más conocido y llegó a ser el más utilizado.

En la región sureste, las pastillas también fueron las más conocidas, y fue el segundo método más empleado. La esterilización femenina fue el más usado y también se encuentra entre los métodos más conocidos. De estas observaciones confirman que los métodos más conocidos, en realidad fueron los más utilizados en las tres regiones y consideramos que esto se ha debido principalmente a la influencia ejercida por las políticas gubernamentales en la difusión de los anticonceptivos modernos.

#### **4.5. Principales características demográficas de la usuarias actuales**

##### *Uso de métodos anticonceptivos según grupos quinquenales de edad.*

Al analizar en la región noroeste, la proporción total de usuarias en cada grupo de edad, encontramos que fueron las mujeres de 15 y 19 años, las que registraron la menor cantidad de usuarias (3.2%). Esto podría explicarse porque se trata de mujeres recientemente unidas que comenzaron a introducirse al mundo de la planificación familiar para controlar su fecundidad y que por lo tanto, su conocimiento sobre los anticonceptivos era aún reducido. Entre los 20 y 39 años esta proporción fue mayor, entre el 18.0% y el 22.0%. Es interesante señalar que en estos grupos de edad fue donde se produjo un incremento en el uso de los distintos métodos anticonceptivos. A partir de los 40 años, la proporción de usuarias comenzó a descender: entre los 40 y 44 años fue de 13.7% y entre 45-49 años fue de 5.6%. Esto obedece a que la mujer comienza a entrar en el proceso de menopausia o fin del ciclo reproductivo, lo cual disminuye la probabilidad de usar un método anticonceptivo.

Por su parte, en el centro, la proporción de usuarias entre 15 y 19 años (2.4%) y de 20 y 24 años (16.3%) fue menor en relación al noroeste, mientras que, entre los 25 y 34 años fue mayor en el centro (osciló de un 22.4% al 23.9%); al igual que el noroeste, a partir de los 40 años las mujeres emplearon menos anticonceptivos. Así la proporción de usuarias entre los 40 y 49 fue de alrededor de un 15.0%.

Las mujeres usuarias de anticonceptivos de la región sureste tuvieron una actitud semejante a las otras regiones. Entre los 15 y 19 años alcanzaron un 3.0% y entre los 20 y 34 años osciló de un 20.0% a un 24.0%, cifras muy parecidas a la región noroeste. Además, un poco antes que las mujeres del centro y el noroeste, las usuarias del sureste dejaron de usar anticonceptivos. Desde los 35 años disminuyó el número de usuarias y alcanzó el 14.0% para el grupo de edad 35-39, el 10.1% entre los 40-44 años y el 7.9% entre los 45-49 años de edad.

Por su parte, cuando se analizó la distribución porcentual según métodos anticonceptivos utilizados entre las mujeres (véase el cuadro 4.4), se encontró que en la región noroeste, las usuarias más jóvenes utilizaron métodos temporales. Así, las usuarias entre 15 y 19 años emplearon el DIU (51.1%) y los hormonales orales (49.9%).

Entre 20 y 29 años, las mujeres usuarias del noroeste regularon su fecundidad a través de una variedad de métodos anticonceptivos como se demuestra con el grupo de edad 20-24 años, donde las usuarias continuaron empleando métodos modernos como el DIU (33.4%) y los hormonales orales (31.7%), mientras que entre los 25 y 29 años se elevó al 38.0%. Asimismo, ambos grupos de edad incorporaron a las prácticas anticonceptivas, aunque en menor grado, el uso de métodos tradicionales; entre los 20 y 24 años representó un 14.0% y para los 25 y 29 años se incrementó al 18.1%. Cabe destacar que la mujer del noroeste a edad muy temprana utilizó la operación femenina. Entre los 20 y 24 años la proporción de usuarias fue de 11.0% y se elevó entre los 25-29 años al 21.6%.

A partir de los 30 años, la mujer del noroeste prefirió los métodos modernos y en especial, el método definitivo, como se observó en el grupo de edad 30-34, donde un 50.0% de las mujeres se sometieron a la oclusión tubaria bilateral, cifra que alcanzó un 64.0% entre las mujeres de 35 y 39 años de edad y que descendió entre los 40 y 49 años (57.4%); quizás esto se deba a que las mujeres ya habían decidido para esta edad su tamaño ideal de familia. Por su parte, las pastillas continuaron ocupando el segundo lugar, entre los 30 y 34 años de edad de un 31.4%, entre los 35-39 años un 17.5% y entre 40-44 un 12.5% y entre los 45-49 años un 19.9%. Por su parte, aunque los hormonales orales fueron desplazados por la esterilización femenina continuaron ocupando el segundo lugar.

Por otro lado, entre la región centro y el noroeste se presentaron algunas diferencias. Si bien, la tendencia fue hacia el uso de los métodos modernos, las mujeres del centro, desde edad temprana utilizaron una combinación de métodos modernos y tradicionales. Entre ellos, el DIU fue uno de los más preferidos por las usuarias. Entre las mujeres de 15 y 19 años, alcanzó una distribución elevada (del 54.9%), y en menor grado, las inyecciones (16.0%) y las pastillas (15.5%) y tuvieron una importancia relativa los métodos tradicionales (20.0%).

La tendencia entre los 20 y 24 años fue semejante, el DIU ocupó el primer lugar (31.2%) y las pastillas (26.6%) el segundo lugar, mientras que fue mayor la proporción de uso de los métodos tradicionales (29.6%) y entre ellos, el más importante fue el retiro (23.1%). Al igual que en el norte, la operación femenina comenzó a emplearse y alcanzó el 7.8%.

Entre los 25 y 29 años, el DIU conservó su posición como el primer método preferido por las usuarias del centro (29.8%), mientras que fue considerablemente menor el uso de las pastillas (10.3%). Los métodos tradicionales siguieron ocupando el tercer lugar (23.6%), y la oclusión tubaria bilateral fue más alta (21.9%).

A partir de los 30 años las mujeres perdieron interés por el DIU y se inclinaron por los métodos tradicionales. Así, entre el grupo de edad 30 - 34 años ocuparon el 29.8%, mientras el DIU, el 28.3% y fue más grande la proporción de mujeres que empleó la esterilización femenina (27.0%). En este grupo de edad la operación femenina no tuvo tanto impacto en las mujeres del centro como ocurrió en el noroeste. Fue a partir de los 35 años cuando las usuarias del centro le dieron mayor importancia al método definitivo y comenzaron a perder su fuerza los métodos tradicionales. Desde entonces, la esterilización femenina ocupó el primer lugar. Así, entre los 35 y 39 años, tuvo una tendencia del 52.1%, entre los 40-44 años del 57.3% y entre los 45 y 49 años se elevó al 66.7%. Por su parte, los métodos tradicionales siguieron ocupando el segundo lugar entre las mujeres de 35 a 44 años<sup>1</sup>, mientras el DIU perdió fuerza y se utilizó en menor medida entre los 35 y 39 años de edad; sólo alcanzó el 14.1% y entre 45 y 49 años se empleó en mayor proporción (15.4%).

La experiencia en el sureste fue muy distinta. Entre las mujeres más jóvenes tuvieron gran importancia los métodos modernos, entre el grupo de edad 15-19 los hormonales inyectables ocuparon el primer lugar (67.5%), y el resto de las usuarias utilizaron las pastillas y el dispositivo

intrauterino. A partir de los 20 años los hormonales orales desplazaron a las inyecciones (17.0%). Entre los 20 y 24 años las pastillas fueron las más empleadas por las mujeres (43.1%) y, empezaron a cobrar importancia los métodos tradicionales (16.4%) y la operación femenina (13.8%). En la medida en que las mujeres del sureste alcanzaron la mayoría de edad, ocuparon los métodos tradicionales un espacio especial en la regulación de su fecundidad; su empleo fue de 27.4% entre las usuarias de 25-29, mientras que los hormonales inyectables siguieron una tendencia a la baja (10.8%). En segundo lugar quedaron los hormonales orales (21.1%), el tercero lo ocupó la operación femenina (19.7%), y el cuarto, el DIU (14.4%).

Al igual que en el centro y noroeste a partir de los 30 años se utilizó más la esterilización femenina. Entre los 30-34 se practica considerablemente (41.1%) y las pastillas siguieron una tendencia descendente (12.5%). Por su parte, los métodos tradicionales conservaron una buena posición del 33.1% entre las mujeres usuarias. La disposición hacia el uso del método definitivo se puede equiparar con las otras regiones. Es considerable su uso entre el grupo de edad 35-39 años (60.0%), mientras, el DIU y los métodos tradicionales perdieron fuerza (del 13.9% y 10.6% respectivamente). El peso de la oclusión tubaria bilateral siguió su curso y ocupó una posición privilegiada entre los grupos de edad avanzada. Entre los 40-44 años del 52.7% y entre los 45-49 años del 76.4%.

De lo dicho anteriormente se pueden hacer algunas generalizaciones en torno a las tres regiones. Entre los 15 y 29 años, el uso de métodos temporales estuvieron muy difundidos entre las mujeres jóvenes y, a partir de los 30 años, el uso de un método definitivo cobra importancia, - una vez que se encontraba delimitada la procreación familiar-. También se puede observar que en los primeros grupos de edad, el DIU tuvo un impacto mayor tanto en el centro como en el noroeste y, en menor escala, los hormonales orales. En contraste, en la región sureste fueron los inyectables, sin embargo, estos tuvieron un empleo menor entre las mujeres de mayor edad<sup>2</sup>. La importancia de los métodos modernos en cada una de las regiones se debe al favorecimiento de las políticas oficiales hacia determinados anticonceptivos.

Sobresale el hecho de que la cobertura anticonceptiva para 1987 en las tres regiones se inclinó hacia los métodos modernos, aunque todavía conservaron los tradicionales un peso relativo en el centro y sureste del país (alrededor del 20.0% y 27.0%) entre las mujeres jóvenes.

En conclusión, el comportamiento de las usuarias en relación al empleo de métodos anticonceptivos de acuerdo a los grupos de edad reflejan una tendencia similar en las tres regiones. Esto implica que a nivel de la transición demográfica, las regiones se encuentran en la misma posición, no obstante, para avanzar en este proceso se requiere de un mayor control de la fecundidad entre el grupo de edad más joven e incrementar el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres de los últimos grupos de edad.

---

<sup>1</sup>. Entre 35 y 39 del 16.5% y entre 40 y 44 años del 21.4%.

<sup>2</sup>. En general el uso de los hormonales inyectables es mínimo y esta alta proporción se debe al efecto del porcentaje, es decir como son pocos casos, un aumento en 4 o 5 casos incrementa fuertemente la distribución porcentual.

CUADRO N° 4.4. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES USUARIAS POR REGION DE RESIDENCIA SEGUN GRUPOS DE EDAD								
NOROESTE		Grupos de edad						
Proporción total de usuarias		3.2	18.1	18	22	19.3	13.7	5.6
Método		*15-19	*20-24	*25-29	*30-34	*35-39	*40-44	*45-49
Operación femenina		0	11	21.6	49.8	64	51.4	57.4
Operación masculina		0	0	0	0.0	1.9	3.8	8.5
Pastillas		49.9	31.7	38	31.4	17.5	12.5	19.9
Inyecciones		0	7.4	2.2	0.9	1.6	0	3.7
DIU		50.1	33.4	10.1	7.1	5	8.3	5.5
Condomes		0	5.5	10.1	2.3	4.5	14.5	0
Ovulos, jaleas		0	2.1	0	0	0	8	4.9
Ritmo		0	8.9	8.1	6.3	5.5	1.5	0
Retiro		0	0	7.2	0.9	0	0	0
Otro		0	0	2.7	1.2	0	0	0
Total %		100	100	100	100	100	100	100
Número de casos*		6279	35155	34923	42697	37545	26632	10862
CENTRO		GRUPOS DE EDAD						
Proporción total de usuarias		2.4	16.3	22.4	23.9	15.4	15.6	4.1
Método		*15-19	*20-24	*25-29	*30-34	*35-39	*40-44	*45-49
Operación femenina		0	7.8	21.9	27	52.1	57.3	66.7
Operación masculina		0	0.9	4.5	1.3	0	0	0
Pastillas		15.5	26.6	10.3	4.1	12.8	6	9.4
Inyecciones		16	3.7	4.3	9.5	2.5	1.5	0
DIU		54.9	31.2	29.8	28.3	14.1	8	15.6
Condomes		0	4.2	13.5	11.5	0	0	0
Ovulos, jaleas		0	0	4.6	0	2	5.8	0
Ritmo		5.6	23.1	5.1	9.7	2.8	18.5	3.8
Retiro		8	2.3	5	8.6	13.7	2.9	4.5
Otro		0	0	1	0	0	0	0
Total %		100	100	100	100	100	100	100
Número de casos*		2484	17027	23537	25027	16121	16331	4248
SURESTE		GRUPOS DE EDAD						
Proporción total de usuarias		3	19.7	25.8	24.4	14	10.1	2.9
Método		*15-19	*20-24	*25-29	*30-34	*35-39	*40-44	*45-49
Operación femenina		0	13.8	19.7	41.1	60	52.7	76.4
Operación masculina		0	0	0	0	1.9	0	0
Pastillas		18.6	43.1	21.1	12.5	7.7	26.6	3.5
Inyecciones		67.5	17	10.8	2.9	5.9	5.8	0
DIU		13.9	8.6	14.4	8.1	13.9	5	8.9
Condomes		0	0.3	0	6.6	0	0	0
Ovulos, jaleas		0	1.2	0	2.4	0	0.6	9.3
Ritmo		0	4.2	12	18.9	4.4	7.9	1.9
Retiro		0	11.9	15.4	7.6	6.2	1.5	0
Otro		0	0	6.4	0	0	0	0
Total %		100	100	100	100	100	100	100
Número de casos*		2529	16776	21910	20758	11930	8610	2487
*Muestra ponderada								
FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE FECUNDIDAD Y SALUD, 1987.								

### *Uso de métodos anticonceptivos según número de hijos*

Como resultado de una cobertura anticonceptiva más amplia, las mujeres de la región noroeste tuvieron un mayor control de su fecundidad. En este sentido, la cuarta parte de la población usuaria (40.4%) que había tenido un hijo practicaba la anticoncepción; el porcentaje de usuarias que habían dado a luz 4 y más hijos era de 24.9%, y en menor proporción regulaban su fecundidad las mujeres que habían tenido dos (14.1%) y tres hijos (11.1%). Entre las mujeres que todavía no tienen hijos se registró el menor número de usuarias (9.5%), como se observa en el cuadro 4.5.

Por su parte, la región centro se encuentra en una posición intermedia. Más de la tercera parte de las mujeres usuarias (34.6%) que tenían un hijo emplearon un método anticonceptivo. Por su parte, las mujeres que habían procreado cuatro y más hijos, regulaban su fecundidad en un 27.3% y esta proporción era menor entre las mujeres que dieron a luz dos (16.5%) y tres hijos (14.2%). Un porcentaje menor de usuarias se encontró entre las mujeres que no habían tenido hijos (7.1%). En términos generales el centro no alcanzó la tendencia tan elevada que registró el noroeste en materia de cobertura, sobre todo, en las mujeres que nunca habían tenido un hijo, y las que habían tenido el primero. No obstante, el porcentaje de usuarias de aquellas que tuvieron dos y tres hijos, fue mayor en el centro en relación al noroeste, lo que puede indicar un cambio hacia un mayor empleo de anticonceptivos en las mujeres de esta región. Es decir, las mujeres del noroeste empezaron más temprano a regular su fecundidad que las del centro, sin embargo, éstas no se quedaron tan atrasadas como las del sureste.

En el sureste las mujeres que habían tenido un hijo, regulaban en menor proporción su fecundidad (31.7%) en relación al noroeste y centro del país, asimismo, las mujeres que habían procreado cuatro y más hijos, tenían un mayor control de su fecundidad (28.9%) que el noroeste y centro del país. Por su parte, la proporción de usuarias que habían tenido dos hijos (15.9%) fue menor que en el centro y mayor que el noroeste. Asimismo, el porcentaje de mujeres usuarias que procrearon tres hijos fue un poco más alta en el sureste (13.2%), que en el centro. Cabe destacar que en el sureste, hay más mujeres sin hijos que regularon su fecundidad (10.2%), posiblemente sea un indicador de cambios en el comportamiento de las prácticas sexuales de las generaciones más jóvenes.

De lo anterior se confirma que las mujeres que no habían tenido hijos en las tres regiones controlaron mínimamente su fecundidad, por el contrario, la mayor concentración de usuarias se registró en aquellas mujeres con un hijo. Este fenómeno señala que las mujeres que ya tuvieron un hijo regulan con mayor ahínco su fecundidad, lo cual está indicando que la anticoncepción tiende a utilizarse para espaciar los nacimientos más que para retrasar el primer hijo.

Cuando se analiza la distribución porcentual de usuarias de algún método según el número de hijos, se observa en la región noroeste que los métodos más demandados de las mujeres que no tuvieron hijos son: los hormonales orales (36.5%), el DIU (16.4%) y la operación femenina



(14.1%), mientras, los métodos tradicionales, se mantuvieron en una proporción relativamente alta (29.0%). Es interesante resaltar este hecho ya que en el noroeste son muy poco usados. Por su parte, la operación femenina, fue otro de los métodos más recurridos (14.1%) por las mujeres que no quieren tener hijos<sup>3</sup>.

Los hormonales orales, entre las mujeres que tuvieron un hijo mantuvieron al principio una posición ventajosa sobre la esterilización femenina; sin embargo, su empleo fue menor (33.0%) frente a la oclusión tubaria bilateral. Esta última ganó terreno debido a que más de una cuarta parte de la población usuaria optó por ella, una vez que habían dado a luz un hijo, además se inclinaron por el DIU (19.9%) y los métodos tradicionales (13.3%). Para aquellas mujeres que tuvieron dos hijos, la salpingoclasia se convirtió en una moda para más de la mitad de las usuarias (53.9%), quizás porque ya habían cumplido con el tamaño ideal de familia. Esto mismo sucedió con las mujeres que tuvieron entre tres y cuatro hijos (como se observa en el cuadro 4.5). También fueron importantes las pastillas, aunque su relevancia decreció en la medida que aumentó el número de hijos.

En la región centro, los métodos tradicionales tuvieron un lugar privilegiado en las mujeres que todavía no habían tenido hijos (41.2%), siguió en orden de importancia, el DIU y por último, las inyecciones (18.6%). Por su parte, los hormonales orales y la operación femenina alcanzaron una proporción similar de un 10.4% y 10.2% respectivamente.

En el caso de las mujeres con un hijo, el DIU se transformó en el primer método utilizado (33.5%), en segundo lugar, la esterilización femenina (25.6%) y el tercero lo ocuparon los métodos tradicionales (19.1%), mientras, los hormonales orales quedaron rezagados (12.1%). La preferencia de las usuarias del centro hacia el uso de un método definitivo quizá puede explicarse porque las mujeres que tuvieron un hijo decidieron el tamaño ideal de familia, mientras que, la mayor parte de las usuarias estuvieron inclinadas hacia los métodos temporales porque deseaban tener más hijos.

En el caso de las mujeres con dos hijos, la operación femenina alcanzó una proporción muy alta de mujeres usuarias (41.5%). El DIU pasó a un segundo término (28.3%), mientras los hormonales orales quedaron rezagados al tercer lugar (13.7%) y por último, los métodos tradicionales (8.6%).

En el caso de las mujeres con tres hijos, la práctica hacia el uso de métodos tradicionales se ubicó en primer orden (50.2%) y por lo tanto, la esterilización femenina alcanzó un porcentaje menor (del 17.8% ) entre las mujeres. Sin embargo, no todo quedó en los métodos tradicionales, el DIU ocupó el segundo lugar (21.2%) y los hormonales orales fueron poco empleados (8.4%).

Finalmente para las mujeres con cuatro y más hijos, los métodos tradicionales y el DIU fueron los más solicitados (como se observa en el cuadro 4.5) y la esterilización se situó en una posición privilegiada (48.7%) ya que suponemos que el número de hijos llegó a su límite .

---

<sup>3</sup>En este caso, como se trata del 9.5% de las usuarias sin hijos, pudo suceder que los porcentajes reflejen un número elevado de usuarias que en la realidad no es tal. Además estas mujeres pertenecen a diferentes grupos de edad, que están por finalizar su período reproductivo.

Por último, en la región sureste, las pastillas adquirieron el mayor peso entre las mujeres sin hijos (42.8%) y en menor escala el DIU (17.6%) y los métodos tradicionales (16.4%). En el caso de la esterilización femenina sólo una mínima proporción de usuarias recurrió a ella (11.2%), al igual que la región noroeste y centro.

En el caso de las mujeres con un hijo, los métodos tradicionales cubrieron a la tercera parte de las mujeres usuarias (31.2%) y un cuarto de ellas se inclinó por la esterilización femenina (25.8%). La otra mitad de las mujeres utilizaron el DIU (14.7%), los hormonales inyectables (14.6%) y los orales (12.1%).

En el caso de las mujeres con dos hijos, la esterilización femenina fue el método más utilizado (32.8%) y en segundo orden, las pastillas (29.3%), mientras que, el DIU y los métodos tradicionales ocuparon el tercer y cuarto lugar, como se observa en el cuadro 4.5.

Para las mujeres con tres hijos, las pastillas tuvieron el primer lugar (29.4%) y la operación femenina ocupó el segundo (27.1%), en tercero se colocaron los métodos tradicionales (20.9%).

Finalmente, se incrementó la esterilización femenina entre las mujeres con 4 y más hijos, ésta fue muy solicitada ya que más de la mitad de las usuarias recurrieron a ella (54.3%), mientras que disminuyeron los hormonales orales y los sistemas tradicionales fueron menos utilizados, (16.1% y 14.0% respectivamente) después de que ya habían tenido demasiado hijos.

De lo anteriormente analizado, se puede destacar que hay una alta proporción de mujeres que no se han esperado a tener hijos y se sometieron al empleo de un método definitivo. En el caso de las mujeres con un hijo, la distribución porcentual de las usuarias que se esterilizaron resultó ser semejante en las regiones estudiadas. Esto indica que casi un cuarto de las mujeres optaron por un hijo único como ideal de familia, mientras que la tendencia fue muy distinta en cada una de las regiones para las mujeres usuarias que se decidieron por dos hijos. En la región noroeste representó el 53.9%, en el centro un 41.5% y en una proporción menor el sureste, 32.8%. Esto quiere decir que las mujeres mexicanas de manera voluntaria disminuyeron su fecundidad y delimitaron el tamaño ideal de familia con uno o dos hijos. Cabe anotar, que este comportamiento reproductivo de la población muestra un punto de convergencia de la práctica anticonceptiva hacia el interior del país.

En el caso de la región noroeste, el porcentaje de mujeres esterilizadas se mantuvo casi constante en aquellas mujeres que tuvieron tres, cuatro y más hijos, mientras que en la región centro, esta proporción descendió entre las mujeres con tres hijos y se incrementó fuertemente en las mujeres de cuatro y más hijos. Este mismo proceso sucedió en la región sureste. Por lo tanto, podemos observar que el número de hijos afectó de manera importante sobre la elección de un método anticonceptivo. En las tres regiones, la operación femenina adquirió mayor importancia cuando la mujer tuvo su segundo hijo. Por otra parte, los métodos tradicionales fueron más importantes entre las mujeres que aún no habían tenido hijos. Por su parte, el DIU fue preferido en la región centro, mientras que los hormonales orales fueron reemplazados en la región sureste. Es importante destacar que el uso de métodos anticonceptivos contribuye a cambiar las conductas

reproductivas, en tanto se observa que entre un nacimiento y otro, hay períodos más largos, aunque todavía no se retrasa el nacimiento del primer hijo.

CUADRO N° 4.5. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES USUARIAS POR REGION DE					
RESIDENCIA SEGUN NUMERO DE HIJOS					
NOROESTE			NUMERO DE HIJOS		
Proporción total de	9.5	404	14.1	11.1	24.9
Método	0	1	2	3	4 +
Operación femenina	14.1	27.1	53.9	56.5	53.3
Operación	0	0	3.7	0	3.4
Pastillas	36.5	33	25.2	20.8	18.7
Inyecciones	0	4.8	2.2	1.9	0
DIU	16.4	19.9	9.8	3.8	8.2
Condomes	8.7	6.2	0	1.9	10.7
Ovulos, jaleas	4.1	0	2.5	0	4.1
Ritmo	16.6	4.7	2.6	15	0.8
Retiro	3.7	2.4	0	0	0.8
Otro	0	1.9	0	0	0
Total %	100	100	100	100	100
Número de casos*	18348	78422	27429	21623	48270
CENTRO			NUMERO DE HIJOS		
Proporción total de	7.1	34.8	16.5	14.2	27.3
Método	0	1	2	3	4 +
Operación femenina	10.2	25.6	41.5	17.8	48.7
Operación	0	1.3	6.2	0	0
Pastillas	10.4	12.1	13.7	8.1	10.2
Inyecciones	18.6	3.9	1.7	2.7	5.5
DIU	19.6	33.5	28.3	21.2	11.5
Condomes	13.1	8.4	4.8	12.9	0
Ovulos, jaleas	0	3.8	0	0	3.3
Ritmo	28.1	6.7	2.3	20.8	11.6
Retiro	0	4	1.5	16.5	9.2
Otro	0	0.7	0	0	0
Total %	100	100	100	100	100
Número de casos	7438	36433	17328	14844	28588
SURESTE			NUMERO DE HIJOS		
Proporción total de	10.2	31.7	15.9	13.2	28.9
Método	0	1	2	3	4 +
Operación femenina	11.2	25.8	32.8	27.1	54.3
Operación	0.6	0.7	0	0	0
Pastillas	42.8	12.1	29.3	29.4	16.1
Inyecciones	5.7	14.6	5.5	15.5	7.4
DIU	17.6	14.7	16.5	7.1	1.8
Condomes	0.5	3.2	3.7	0	0
Ovulos, jaleas	5.7	0.9	0.4	0	0.7
Ritmo	12.4	18	7.5	3.5	4.7
Retiro	3.5	10	4.3	17.4	9.3
Otro	0	0	0	0	5.7
Total %	100	100	100	100	100
Número de casos	8696	26925	13537	11249	24594
*Muestra ponderada					
FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE FECUNDIDAD Y SALUD, 1987					

### *Uso de métodos anticonceptivos según tipo de unión*

En México, aún hoy día, la mayor parte de las usuarias son mujeres casadas<sup>4</sup>. Esto quedó demostrado en la ENFES; en el noroeste representaron el 83.7% y una proporción similar apareció en el sureste (83.2%) y fue aun mayor en el centro del país (92.8%). Esto indica que las pautas culturales tienen un peso específico en materia de anticoncepción. Por su parte, el carácter legal de las uniones garantiza una mayor duración y estabilidad en las parejas, mientras, los prejuicios sociales influyen sobre las uniones consensuales<sup>5</sup> y por esta razón, surgen en menor escala. Los resultados así lo confirman para las tres regiones donde existieron más usuarias casadas que en unión libre: en el noroeste hubieron 16.8% de usuarias en uniones consensuales, en el sureste se presentó la misma proporción (16.8%) y fue menor en el centro 7.2%.

Cabe anotar que el tipo de unión no incide en la selección de un método anticonceptivos pues el riesgo de embarazo es el mismo en ambos casos, como se observa en el cuadro 4.6. Tal como lo indica el porcentaje de usuarias casadas o en unión libre en la región noroeste, pues resultó que ambas utilizaron un método definitivo en proporción similar: las casadas el 38.7% y las unidas el 43.4%. De manera semejante, se comportaron las usuarias de los hormonales orales donde la diferencia fue mínima; el consumo de las casadas fue de 27.2% y el de las unidas 27.7%. Por su parte, el DIU adquirió una mayor importancia entre las mujeres casadas (14.7%) y en menor grado (7.2%) la emplearon las usuarias en unión libre.

Los métodos tradicionales, también estuvieron presentes en las prácticas sexuales de las mujeres del noroeste, aunque en pequeña proporción y con una distribución mayor entre las casadas (14.3%) y menor (8.1%) entre las usuarias en unión libre debido a la poca seguridad que ofrecen ese tipo de anticonceptivos.

Un patrón parecido se presentó en el centro del país; el uso de la operación femenina fue el más solicitado por las usuarias y no obstante, su empleo fue mayor entre las mujeres casadas (32.6%) y relativamente menor entre las unidas (28.1%). El DIU fue el segundo método más empleado y alcanzó una distribución similar entre las casadas (23.4%) y entre las unidas (29.5%). Los efectos de una relación libre o legal estuvieron presentes en el centro. Esta región ocupó el nivel más bajo (7.2%) de usuarias en unión consensual y las consecuencias de una relación inestable y por lo común, efímeras, sin ninguna protección legal, influyó en el centro del país ya que se dio una diferencia marcada en el uso de algunos métodos anticonceptivos. Un número considerable de mujeres casadas (24.0%)

---

<sup>4</sup>Las mujeres casadas son aquellas que se encuentran unidas legalmente.

<sup>5</sup>Las mujeres que se encuentran en unión consensual o libre son las parejas que viven o cohabitan sin establecer un contrato legal de por medio.

utilizó métodos tradicionales para regular su fecundidad, mientras que un cuarto de las mujeres en unión libre se protegieron con inyecciones (25.3%).

También en la región sureste se dieron algunas semejanzas con las otras dos regiones en el uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas y en unión libre. Así, el método más usado en el sureste fue la esterilización femenina; no obstante, alcanzó un porcentaje mayor entre las casadas (34.4%) y su empleo fue menor entre las mujeres unidas (31.2%). Una distribución semejante ocurrió con las pastillas (el 21.3% para las casadas y el 22.1% para las unidas), el DIU y las inyecciones, aunque este último fue más utilizado por las mujeres en unión libre, como se observa en el cuadro 4.6. Entre las usuarias del sureste se observó el mismo patrón de comportamiento que las del centro donde un número elevado de las mujeres casadas (22.8%) se inclinó por los métodos tradicionales.

En general se puede destacar que el tipo de unión no es una variable que se traduce en diferencias drásticas en el uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, se presentaron algunas diferencias. Es interesante destacar que las usuarias del noroeste usaron en menor proporción los métodos tradicionales sobre los modernos. El uso de los métodos tradicionales fue más importante entre las mujeres casadas y principalmente en el centro y sureste del país. No obstante, los anticonceptivos modernos no fueron desplazados por los tradicionales. En este caso, la esterilización ocupó un sitio privilegiado, especialmente, para las mujeres en unión libre del noroeste del país.

La región centro y sureste presentaron un comportamiento similar en el uso de anticonceptivos. Sin embargo, esta tendencia se perdió con los hormonales orales que acercó más al noroeste con el sureste, mientras que se utilizó en menor proporción en el centro. En contraste, fue más importante el uso del DIU en el centro que en las otras regiones.

También cabe destacar que se presentó una tendencia homogénea en las tres regiones a nivel de distribución de anticonceptivos entre las mujeres casadas y unidas, no obstante, se presentó en 1987 una diferencia muy grande en la cobertura de anticonceptivos según el tipo de unión. Esto implica que las mujeres unidas tienen que incrementar el uso de métodos anticonceptivos para avanzar en el marco de la transición demográfica.

## UADRO No.4.6

## DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES USUARIAS POR REGION DERESIDENCIA SEGUN SITUACIÓN CONYUGAL

NOROESTE		<i>Situación Conyugal</i>					
Proporción total de usuarias		83.2	16.8				
Método		<i>Casada</i>	<i>Unión libre</i>				
Operación femenina		38.7	43.4				
Operación masculina		1.1	2.9				
Pastillas		27.2	27.7				
Inyecciones		1.6	7.0				
DIU		14.7	7.2				
Condomes		6.8	2.9				
Ovulos, jaleas		1.6	2.6				
Ritmo		5.9	5.0				
Lactancia		1.6	1.2				
Otro		0.9	0.0				
Total		100.0	100.0				
Número de casos*		162442	31651				
CENTRO		<i>Situación Conyugal</i>					
Proporción total de usuarias		92.8%	7.2				
Método		<i>Casada</i>	<i>Unión libre</i>				
Operación femenina		32.6	28.1				
Operación masculina		1.6	0.0				
Pastillas		11.9	2.5				
Inyecciones		3.2	25.3				
DIU		23.4	29.5				
Condomes		6.7	3.2				
Ovulos, jaleas		2.1	4.3				
Ritmo		11.5	2.2				
Retiro		6.6	4.9				
Otro		0.2	0.0				
%		100.0	100.0				
Número de casos*		97283	7493				
SURESTE		<i>Situación Conyugal</i>					
Proporción total de usuarias		83.2	16.8				
Método		<i>Casada</i>	<i>Unión libre</i>				
Operación femenina		34.4	31.2				
Operación masculina		0.3	0.0				
Pastillas		21.3	22.1				
Inyecciones		9.9	12.0				
DIU		9.3	13.5				
Condomes		2.0	0.0				
Ovulos, jaleas		1.4	0.0				
Ritmo		12.0	0.0				
Retiro		8.8	11.3				
Otro		0.0	9.9				
%		100.0	100.0				
Número de casos*		70742	14259				
*Muestra ponderada							

FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN ENCUESTA NACIONAL SOBRE FECUNDIDAD Y SALUD, 1987.

#### **4.6. Principales características socioeconómicas de las usuarias actuales**

##### *Uso de métodos anticonceptivos según escolaridad.*

El uso de anticonceptivos depende en buena parte del grado de educación. Esto se observa claramente en las regiones analizadas; a mayor instrucción, las mujeres controlan mejor su fecundidad, inclusive con selección de medidas menos drásticas. A menor grado de educación, disminuye la aceptación de los anticonceptivos entre mujeres. De esta manera, se encontró que la región potencialmente más desarrollada, -el noroeste-, presentó la proporción más baja de usuarias sin ninguna instrucción escolar (4.4%), mientras que el sureste, la zona más atrasada del país, registró el porcentaje más alto (16.7%) y el centro ocupó una posición intermedia (12.6%).

La proporción de usuarias es mayor en cada una de las regiones entre las mujeres que estudiaron la primaria y que la dejaron inconclusa. El número de usuarias fue en el sureste (29.7%) y en el noroeste (29.5%), porcentajes muy similares en comparación al centro donde se concentró el mayor porcentaje de usuarias (32.1%) con el grado de primaria incompleta.

En el caso de las mujeres que terminaron sus estudios primarios, el noroeste registró la cifra más alta (34.1%), en segundo lugar quedó el centro (24.2%) y por último, el sureste (17.5%).

La mayor proporción de usuarias que han se registró en el noroeste (34.1%). El segundo lugar lo ocupan las mujeres con secundaria y más, las cuales representan el 32%.

Consideramos que las mujeres de secundaria y más grado de instrucción, tienen mayor interés en regular su fecundidad, por lo tanto, en la región más atrasada, el sureste (36.5%), las usuarias que más utilizaron anticonceptivos fueron las que tuvieron mayor nivel de escolaridad, lo mismo sucedió en el noroeste (32.0%) donde se registró una tendencia similar en comparación a las usuarias con nivel primario completo e incompleto y este patrón de comportamiento se repitió con las usuarias del centro (31.2%). Esto quiere decir, que en estas regiones hay un nivel de conciencia más alto en torno a la práctica anticonceptiva en comparación al sureste. Esto es resultado de la influencia de los medios masivos de comunicación sobre el control de las prácticas anticonceptivas ya que ha logrado penetrar en la conducta reproductiva de las mujeres con instrucción elemental. La brecha entre las mujeres instruidas y las que tienen menor grado de educación se está reduciendo, lo que implica un efecto mayor sobre el control de su fecundidad y una convergencia entre las regiones como resultado de la prevalencia anticonceptiva. Esto anuncia un paso adelante hacia el proceso de transición demográfica.

Al analizar el tipo de métodos anticonceptivos utilizados y el nivel de escolaridad resultó que la oclusión tubaria bilateral fue el método más utilizado en la región noroeste y su uso fue menor entre las mujeres con mayor grado de instrucción. Por lo tanto, las que más recurrieron a este método fueron las que carecieron de una educación formal (62.3%), en menor grado, las de primaria incompleta (55.6%), después las que concluyeron el ciclo de la primaria (41.8%), y les siguieron las de secundaria (alrededor de un 19.0%). Esto implica que las mujeres más instruidas no tienden a tomar medidas tan drásticas en comparación a las otras. Por su parte, los hormonales orales, se constituyeron en el segundo método más utilizado principalmente para las mujeres de la

primaria (32.5%), también para las que no acabaron este nivel educativo (27.0%), en tercer lugar, para las mujeres sin escolaridad (23.6%), y por último, para las de secundaria y más nivel educativo (22.6%).

El DIU, adquirió mayor importancia entre las mujeres de mayor instrucción (27.5%) y su preferencia quizás obedece a que su empleo requiere de un mayor conocimiento en su funcionamiento, como se observa en el cuadro 4.7.

El uso de los métodos tradicionales fue más empleado entre las mujeres con más grado de escolaridad (23.4%), en tanto que su práctica no produce efectos colaterales en la salud de la mujer. Por su parte, las mujeres sin escolaridad no se inclinaron por este tipo de métodos; fueron pocas las usuarias con primaria incompleta (4.9%) que los utilizaron en sus prácticas anticonceptivas y aún en mayor grado, las mujeres de la primaria (13.2%). Esto responde a que los métodos tradicionales requieren de una mayor cooperación de la pareja en sus prácticas sexuales y quizás el factor cultural entre las mujeres con menos grado escolar sea un obstáculo para lograr este fin.

En la región centro al igual que en el noroeste, la esterilización femenina, fue el método más utilizado por las mujeres, especialmente en aquellas sin escolaridad (60.2%) y decreció su empleo entre las usuarias que tenían más años de escolaridad. Sin embargo, la tendencia que siguió se registró de manera inversa a la del noroeste ya que después, este método fue más importante para las mujeres de mayor instrucción (32.0%), le siguieron, las usuarias de la primaria (29.3%) y por último las que no terminaron su primaria (29.3%).

El DIU fue el segundo método más utilizado en esta región ya que su empleo fue muy elevado (alrededor del 20.0% como se observa en el cuadro 4.7). El hecho de que no existan diferencias según los años de escolaridad entre las usuarias, se debe a las políticas oficiales que han desarrollado un papel importante en la difusión y oferta de este método.

El uso de las pastillas en el centro tuvieron poca importancia tanto para las mujeres de nivel secundario y más grado educativo (9.8%) como para las de primaria incompleta (14.5%) y las que terminaron su primaria (14.6%). Se podría decir, que el DIU reemplazó a los hormonales, y el empleo de éste en la región centro marcó una diferencia con respecto al noroeste donde la importancia del DIU fue menor.

En cuanto a los métodos tradicionales, la región centro se distinguió del noroeste ya que no presentó una tendencia de acuerdo a los años de escolaridad. De esta manera, el empleo de los sistemas tradicionales fueron más importantes entre las mujeres con primaria incompleta (32.6%) y en menor medida para las usuarias de secundaria y más grado de instrucción (20.9%) y por último, para las mujeres que concluyeron la primaria (17.8%).

También en la región sureste, la operación femenina fue el método más utilizado y no existieron grandes diferencias entre las mujeres según el nivel de escolaridad. Al igual que en el centro, las políticas de planificación han influido en la difusión de este método con la intención de frenar la procreación, en tanto la región sureste se caracteriza por tener un alto índice de natalidad



por lo que el uso de un método definitivo se convierte en una necesidad familiar para controlar de una manera más efectiva la fecundidad.

En el caso de los métodos hormonales orales, no se puede señalar una tendencia general según el nivel de escolaridad. Por lo tanto, la mayor demanda de las pastillas fue consumida por las mujeres que no terminaron la primaria (31.4%), en segundo lugar, las mujeres que concluyeron el ciclo primario (22.4%), el tercero lo ocuparon las usuarias de mayor instrucción (15.8%) y por último, las que no poseen ningún grado escolar (14.8%).

Para las mujeres de la región sureste, el DIU tuvo poca importancia, en contraste con el centro, donde adquirió una relevancia mayor. Las mujeres de secundaria o más grado de instrucción fueron las que más emplearon este método (17.1%) al igual que las mujeres sin escolaridad (11.5%), como se observa en el cuadro 4.7.

Con respecto a los métodos tradicionales, en el sureste, el empleo de éstos adquirió mayor importancia tanto en las mujeres sin escolaridad (30.5%) como en aquellas usuarias con un elevado nivel de instrucción (23.0%).

La tendencia general para las tres regiones la constituyó la esterilización femenina como el método más utilizado, no obstante, se presentaron diferencias que fueron señaladas en cada región. Resalta el hecho de que el noroeste presentó un comportamiento acorde con los años de escolaridad, mientras no se observó una constante en las regiones centro y sureste.

Por su parte, los hormonales orales fueron más importantes en la región noroeste y en el sureste del país, y perdió un lugar privilegiado en el centro donde fue reemplazado por el DIU. En la región noroeste, el DIU mostró una tendencia creciente con el aumento de la escolaridad, mientras que en el centro, su difusión abarcó a todas las mujeres sin importar el nivel educativo.

En un balance general se podría señalar que los métodos tradicionales fueron significativos para las usuarias del noroeste, como centro y sureste. Asimismo, se observó que las mujeres que presentaron un alto nivel de escolaridad se inclinaron por métodos temporales y las usuarias con menor escolaridad o sin educación formal, prefirieron el método definitivo.

A pesar de las preferencias entre las usuarias por algún método según la región, el consumo de anticonceptivos se generaliza cada día más entre las mujeres sin importar el nivel de escolaridad. Como se dejó asentado anteriormente, este hecho contribuye al proceso de convergencia regional.

CUADRO N° 4.7. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES USUARIAS POR REGION DE RESIDENCIA SEGUN AÑOS DE ESCOLARIDAD

<b>NOROESTE</b>					
<i>Años de escolaridad</i>					
Proporción total de usuarias	4.4	29.5	34.1	32.0	
Método	<i>Sin Escolaridad</i>	<i>Primaria Incompleta</i>	<i>Primaria Completa</i>	<i>Secundaria y más</i>	
Operación femenina	62.3	55.6	41.8	19.0	
Operación masculina	0.0	3.4	0.0	1.1	
Pastillas	23.6	27.0	32.5	22.6	
Inyecciones	6.2	1.5	1.5	3.8	
DIU	7.8	4.5	8.8	27.5	
Condomes	0.0	3.6	6.0	9.6	
Ovulos, jaleas	0.	2.2	2.2	1.2	
Ritmo	0.0	0.0	4.9	12.7	
Retiro	0.0	1.3	2.3	1.1	
Otro	0.0	0.9	0.0	1.5	
Total %	100.0	100.0	100.0	100.0	
<b>Número de casos*</b>	8587	57276	66141	62089	
<b>CENTRO</b>					
<i>Años de escolaridad</i>					
Proporción total de usuarias	12.6	32.1	24.2	31.2	
Método	<i>Sin Escolaridad</i>	<i>Primaria Incompleta</i>	<i>Primaria Completa</i>	<i>Secundaria y más</i>	
Operación femenina	60.2	23.9	29.3	32.0	
Operación masculina	0.0	1.0	0.0	3.8	
Pastillas	0.0	14.5	14.6	9.8	
Inyecciones	8.2	2.8	4.4	5.9	
DIU	24.6	21.7	22.9	26.6	
Condomes	0.0	9.6	10.3	2.9	
Ovulos, jaleas	0.0	2.8	4.2	1.0	
Ritmo	0.0	13.3	7.5	15.2	
Retiro	7.0	9.7	6.7	2.8	
Otro	0.0	0.7	0.0	0.0	
Total %	100.00	100.0	100.0	100.0	
<b>Número de casos</b>	13160	33585	25334	32695	
<b>SURESTE</b>					
<i>Años de escolaridad</i>					
Proporción total de usuarias	16.7	29.7	17.5	36.5	
Método	<i>Sin Escolaridad</i>	<i>Primaria Incompleta</i>	<i>Primaria Completa</i>	<i>Secundaria y más</i>	
Operación femenina	34.8	36.4	38.3	29.1	
Operación masculina	0.0	0.7	0.0	0.2	
Pastillas	14.8	31.4	22.4	15.8	
Inyecciones	8.5	4.4	16.7	12.9	
DIU	11.5	6.0	3.6	17.1	
Condomes	3.1	0.0	0.0	3.2	
Ovulos, jaleas	0.0	0.8	1.2	1.9	
Ritmo	5.0	10.5	7.9	12.9	
Retiro	22.4	4.2	9.9	6.9	
Otro	0.0	5.6	0.0	0.0	
Total %	100.0	100.0	100.0	100.0	
<b>Número de casos</b>	14162	25257	14911	30671	

\*Muestra ponderada

FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE FECUNDIDAD Y SALUD, 1987.

### ***Uso de anticonceptivos y tamaño de localidad.***

Si analizamos el tamaño de las localidades de las regiones se observa que existe una tendencia favorable para la difusión y empleo de la práctica anticonceptiva, en tanto las tres regiones registraron una alta concentración de mujeres usuarias en zonas urbanas. De esta manera se mostró que la mayor parte de las usuarias habitaban en ciudades. En la región noroeste el 70.7%, en el centro una proporción semejante (70.5%) y en el sureste se localizó la mayor cantidad de usuarias (78.6%). En contraste, una tercera parte de las usuarias vivía en las zonas rurales, en el noroeste alrededor del 30.0%, una cifra semejante en el centro (29.5%) y en menor proporción en el sureste (21.4%). Desde esta perspectiva observamos que para 1987, la mayor proporción de usuarias se encontraron concentradas en las ciudades más que en el campo, es decir, que hay una enorme distancia de los resultados de la práctica anticonceptiva a nivel de las localidades lo que implica que en este ámbito, el proceso de convergencia está lejos de alcanzarse. En este sentido, las políticas de planificación familiar tienen un gran reto por alcanzar en materia de anticoncepción en las zonas rurales.

Al analizar la distribución porcentual de anticonceptivos de las usuarias según el tamaño de localidad, se muestra que la operación femenina en la región noroeste fue el método más utilizado tanto en las áreas rurales (50.7%) como en las zonas urbanas (34.8%). Por su parte, los hormonales orales, ocuparon el segundo lugar y la distribución porcentual por tipo de localidad fue más o menos semejante, el 27.7% para las zonas rurales y 27.1% para las urbanas, como se observa en el cuadro 4.8.

El DIU fue menos apreciado y su empleo fue mayor en las zonas urbanas (15.9%) que en las localidades rurales (7.5%). Al parecer en 1987, en la región noroeste, el DIU competía con los métodos tradicionales. Por su parte, éstos últimos se emplearon más en las zonas urbanas (14.5%) que en las rurales (10.5%) y quizá obedezca a que las mujeres que habitan en las localidades más grandes tengan un mayor conocimiento del impacto de los anticonceptivos sobre la salud y prefieran el uso de métodos menos nocivos.

En la región centro, también la esterilización femenina ocupó el primer lugar y no se manifestaron grandes diferencias entre las zonas rurales (32.2%) y urbanas (32.4%) como sucedió en el noroeste. En contraste con esta última región, el DIU en el centro se constituyó en el segundo método más preferido por las usuarias y no se presentaron enormes divergencias entre ambos tipos de localidades, el 25.0% de usuarias para las zonas rurales y el 23.4% para las urbanas. También los métodos tradicionales compitieron con el DIU en la región centro a través de una demanda mayor que en la región noroeste. De esta manera, casi una cuarta parte de la población femenina emplearon métodos tradicionales tanto en las localidades urbanas (22.9%) como en las rurales (24.2%). Por su parte, los hormonales orales tuvieron menor relevancia en las zonas urbanas (11.9%) y en las rurales (9.8%).

En la región centro, sin duda, la diferencia en el uso de métodos anticonceptivos fue menor entre las localidades urbanas y rurales en relación al noroeste. Al parecer, las políticas de población penetraron de manera más homogénea en el centro del país que en la región noroeste.

Por su parte, la región sureste presentó algunas peculiaridades. También el uso de la oclusión tubaria se constituyó en el principal método y al igual que en el centro, las diferencias entre localidades fueron mínimas; en el sureste el 34.7% de las usuarias en las áreas urbanas utilizaban la esterilización femenina y una proporción similar de mujeres (el 30.7%) en las áreas rurales. Por su parte, los hormonales orales quedaron en segundo lugar y adquirieron mayor peso en las localidades menores de 2500 habitantes (32.4%) que en las localidades urbanas (18.5%). Los métodos tradicionales, ocuparon el tercer lugar y fue mayor su demanda en las zonas urbanas (22.5%) y menor en las rurales (15.0%). Las inyecciones en el sureste tuvieron poca importancia y su uso fue semejante, tanto en el área rural como en la urbana, (10.0% y 10.4%, respectivamente). Por su parte, el DIU fue el que tuvo el menor peso en las zonas rurales del 4.2% y fue considerablemente más alto su empleo en las localidades urbanas (12.2%).

Del análisis anterior se destaca que todavía para 1987 existía una brecha importante entre las usuarias de las zonas rurales y urbanas en cada una de las regiones. Esto también se refleja en términos de distribución porcentual de métodos anticonceptivos donde los contrastes más fuertes se dieron en el sureste y noroeste. Cabe resaltar que la región centro presentó un comportamiento bastante similar entre las localidades urbanas y rurales y esto significa un avance en el proceso de convergencia de la práctica anticonceptiva, a nivel particular, es decir, únicamente alcanzado por las usuarias del centro del país.

CUADRO No. 4.8 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES SEGÚN TAMAÑO DE LOCALIDAD POR REGIÓN DE RESIDENCIA, 1987

TAMAÑO DE LOCALIDAD			
<i>Proporción total de usuarias</i>		29.3	70.7
<b>NOROESTE</b>		RURAL	URBANO
<i>Método</i>			
Operación femenina		50.7	34.8
Operación masculina		0.0	1.9
Pastillas		27.7	27.1
Inyecciones		2.1	2.6
DIU		7.5	15.9
Condomes		4.9	6.7
Ovulos, jaleas		1.1	2.0
Ritmo		2.8	7.0
Retiro		3.2	0.8
Otro		0.0	1.1
Total %		100.0	100.0
Número de casos		56838	137255
CENTRO			
TAMAÑO DE LOCALIDAD			
<i>Proporción total de usuarias</i>		29.5	70.5
<i>Método</i>		RURAL	URBANO
Operación femenina		32.2	32.4
Operación masculina		3.5	0.7
Pastillas		9.8	11.9
Inyecciones		5.8	4.4
DIU		25.0	23.4
Condomes		6.6	6.4
Ovulos, jaleas		0.0	3.2
Ritmo		8.8	11.7
Retiro		7.5	6.1
Otro		0.8	0.0
Total %		100.0	100.0
Número de casos		30875	73900
SUERESTE			
TAMAÑO DE LOCALIDAD			
<i>Proporción total de usuarias</i>		21.4	78.6
<i>Método</i>		RURAL	URBANO
Operación femenina		30.7	34.7
Operación masculina		0.0	0.3
Pastillas		32.4	18.5
Inyecciones		10.0	10.4
DIU		4.2	12.2
Condomes		0.0	2.1
Ovulos, jaleas		0.0	1.5
Ritmo		5.6	11.2
Retiro		9.4	9.2
Otro		7.8	0.0
Total %		100.0	100.0
Número de casos		18182	66819
* Muestra ponderada			
FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE FECUNDIDAD Y SALUD. 1987.			

### *Uso de anticonceptivos y condición de actividad.*

En este apartado, se analiza como influye la participación laboral de la mujer en el mercado de trabajo sobre el uso y la elección de un método anticonceptivo. Es importante destacar que para 1987, el número de usuarias que participaron en el mercado laboral se elevó conforme nos desplazábamos de la región noroeste al sureste. De esta manera, el noroeste presentó la menor proporción de usuarias activas<sup>6</sup> (22.6%), aumentó en el centro (32.2%) y sureste (37.9%) del país. Por lo tanto, se observa que la región más desarrollada a nivel económico tuvo menos usuarias con actividades extradomésticas, mientras que en el centro y sureste donde las condiciones de vida son más severas, se incrementó el monto de mujeres que participaron en el mercado laboral. En este sentido, el porcentaje de mujeres “inactivas” fue mayor en el noroeste (77.4%) y disminuyó en el centro y sureste del país (67.8% y 62.1% ) respectivamente.

En cuanto a la distribución porcentual de métodos anticonceptivos según la condición de actividad de las mujeres, en la región noroeste, el método más empleado fue la operación femenina y este fue el más solicitado entre las usuarias que participaron en el mercado laboral (44.6%), ya que el propio ambiente de trabajo requiere de un control mayor de la fecundidad para asegurar la productividad de las mujeres o en algunos casos, su estancia en el trabajo. Mientras que el uso de la oclusión tubaria bilateral fue menor entre las usuarias que no realizaron tareas extradomésticas (37.7%). Después, el método más demandado entre las mujeres del noroeste que realizaban tareas en el hogar (29.5%) fueron los hormonales orales y en menor grado, para las mujeres que se ocuparon como fuerza de trabajo (20.4%). En tercer lugar, las mujeres del noroeste se inclinaron por los métodos tradicionales y fueron valiosos para las mujeres que trabajaron fuera de su hogar (18.5%) que para las mujeres que laboraron en su casa (12.1%). La preferencia de las usuarias “activas” sobre los métodos tradicionales quizás esté relacionado con su grado de instrucción escolar. Ellas lo eligen porque se trata de sistemas naturales que no causan estragos en la salud. Por su parte, el DIU, no tuvo demasiada trascendencia entre las mujeres del noroeste, y su distribución entre ellas, según la condición de actividad resultó muy semejante (el 13.6%) para las usuarias “inactivas” y (el 13.1%) para las activas, como se encuentra registrado en el cuadro 4.9. En este sentido, el comportamiento de las mujeres del noroeste sobre el uso de los anticonceptivos de acuerdo a su condición de actividad fue muy ambiguo aunque en términos de distribución no se reportaron grandes contrastes. Esto implica que las políticas de planificación familiar resultaron eficientes en esta región ya que han penetrado en diversos sectores de la población femenina.

Para 1987, la región centro presentó una proporción de anticonceptivos repartida de manera muy semejante entre las mujeres que laboraron en el mercado de trabajo y entre las que

---

<sup>6</sup> Se consideran activas a aquellas mujeres que participan en el mercado laboral, mientras que las inactivas o no activas son aquellas mujeres consideradas como amas de casa.

permanecieron en el hogar. El método más solicitado fue la operación femenina y, su porcentaje alcanzó el 32.6% para las usuarias que trabajaron en el hogar y el 31.7% para las más “activas”. El DIU fue el segundo método más empleado por las mujeres del centro y tuvo un comportamiento similar entre las amas de casa (24.7%) y las que realizaron actividades fuera del hogar (22.2%). Los métodos tradicionales siguieron conservando su peso específico entre las usuarias y la distribución entre las mujeres según el tipo de actividad tuvo una repercusión semejante (alrededor del 20.0%). Por su parte, en la región centro, los hormonales orales quedaron rezagados frente a la importancia que adquirió el DIU. Como ya se había mencionado, la proporción de empleo de las pastillas fue similar entre las mujeres dedicadas a las labores del hogar (12.2%) y las que participaron en la fuerza de trabajo (9.2%). En este contexto, cabe destacar que se produjo un proceso equivalente al registrado en las usuarias por tamaño de localidad, es decir, que las campañas de planificación penetraron de manera homogénea hacia las mujeres que realizaron actividades en el hogar como en aquellas que trabajaron en tareas extradomésticas ya que no se perfilaron diferencias en la elección de un método anticonceptivo, a pesar de la brecha existente en la proporción total de usuarias.

Por su parte, la región sureste presentó grandes disparidades en el empleo anticonceptivos entre las mujeres activas e “inactivas”. La esterilización femenina fue más significativa entre las mujeres que participaron en el mercado laboral (49.2%), mientras los métodos tradicionales ocuparon el primer lugar entre las prácticas sexuales de las amas de casa (26.2%) y en segundo lugar, se ubicó la oclusión tubaria bilateral (24.8%). Para este tipo de usuarias, los hormonales orales (19.7%) quedaron ubicados en tercer lugar y para las que participaron en el mercado laboral, las pastillas ocuparon el segundo lugar (23.1%) y el tercero, los métodos tradicionales (12.4%). El método menos empleado fue el de las inyecciones, y tuvieron mayor peso entre las usuarias que no realizaron actividades extradomésticas (13.3%).

A manera de conclusión, mientras en el sureste, la distribución de los anticonceptivos se registró de una manera desigual entre las usuarias del hogar y las que trabajaban fuera de la casa, en el centro, no existieron grandes diferencias. Así, la región noroeste quedaría ubicada en una situación intermedia, es decir, los contrastes fueron menores entre las usuarias de acuerdo a su actividad, que en el sureste.

Del análisis sobre el número de usuarias según condición de actividad se desprende que existe una gran divergencia en todas las regiones. Sin embargo, cuando examinamos la distribución porcentual de métodos anticonceptivos entre las amas de casas y las mujeres que realizaron tareas extradomésticas, encontramos un avance hacia el proceso de convergencia, sobre todo, en la región centro, la cual alcanzó una difusión semejante entre las usuarias. En segundo lugar, se ubicó el noroeste donde la distribución según el tipo de actividad todavía mostró algunas desigualdades y como siempre, el sureste se mantuvo con altibajos y a la zaga de las otras regiones.

<b>DRO No.4.9</b>			
<b>DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES USUARIAS POR REGION DE RESIDENCIA SEGUN CONDICION DE ACTIVIDAD</b>			
<b>NOROESTE</b>			
<i>Condición de actividad</i>			
<i>Proporción total de usuarias</i>		77.4	22.6
<i>Método</i>		Inactiva	Activa
Operación femenina		37.7	44.6
Operación masculina		1.8	0.0
Pastillas		29.5	20.4
Inyecciones		2.5	2.3
DIU		13.6	13.1
Condomes		6.6	5.0
Ovulos, jaleas		1.9	1.2
Ritmo		4.2	11.1
Retiro		1.3	2.4
Otro		1.0	0.0
Total %		100.0	100.0
Número de casos*		149697	43681
<b>CENTRO</b>			
<i>Condición de actividad</i>			
<i>Proporción total de usuarias</i>		67.8%	32.2%
<i>Método</i>		Inactiva	Activa
Operación femenina		32.6	31.7
Operación masculina		1.7	0.9
Pastillas		12.2	9.2
Inyecciones		5.4	3.6
DIU		24.7	22.2
Condomes		6.5	6.4
Ovulos, jaleas		1.5	3.8
Ritmo		9.0	14.6
Retiro		6.0	7.6
Otro		0.3	0.0
Total %		100.0	100.0
Número de casos		71019	33756
<b>SURESTE</b>			
<i>Condición de actividad</i>			
<i>Proporción total de usuarias</i>		62.1	37.9
<i>Método</i>		Inactiva	Activa
Operación femenina		24.8	49.2
Operación masculina		0.4	0.0
Pastillas		19.7	23.1
Inyecciones		13.3	5.5
DIU		14.8	3.7
Condomes		1.8	1.5
Ovulos, jaleas		0.8	1.7
Ritmo		10.4	9.5
Retiro		14.0	1.4
Otro		0.0	4.4
Total %		100.0	100.0
Número de casos		52482	32022
<b>*Muestra ponderada</b>			
FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE FECUNDIDAD Y SALUD, 1987.			



#### **4.7. Conclusiones de la práctica anticonceptiva para 1987.**

El desarrollo económico y sociocultural del país influyó en los alcances de la cobertura de la prevalencia anticonceptiva en cada una de las regiones analizadas en 1987. De esta manera, correspondió a la región más avanzada del país, el noroeste, llevar la batuta en este proceso. Esto se tradujo en una actitud más favorable de parte de las usuarias del noroeste hacia la limitación de la progenie ya que alrededor del 70.0% son usuarias de algún método anticonceptivo (mientras el 29.9% no utilizó métodos anticonceptivos). Esta situación fue menos propicia en las regiones centro y sureste donde el 50.0% de la población femenina no fue usuaria de métodos anticonceptivos. Esto indica que para 1987 existía una gran divergencia entre las regiones en materia de prevalencia anticonceptiva y se reflejó en la diferencias sobre el grado de conocimiento que se tuvo al interior del país. Así, la región noroeste presentó el mayor conocimiento de métodos anticonceptivos y el número más alto de usuarias. El centro quedó en una posición intermedia y el sureste registró un conocimiento menor y la proporción más baja de usuarias. También, estas diferencias se presentaron en la cobertura anticonceptiva por la gran disparidad que se encontró en el uso de métodos en las tres regiones. Además, estos contrastes se observaron entre las mujeres unidas y casadas, es decir, para 1987 no se habían generalizado los métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas y por lo tanto, el mayor número de usuarias recayó sobre las casadas. Asimismo, se reportó una distribución desigual de los anticonceptivos por regiones entre las amas de casa y las que laboraron fuera del hogar y por último, está disimilitud entre regiones, está presente entre las usuarias del campo y la ciudad, es decir, la población femenina de las áreas rurales no acostumbra a regular su fecundidad. A pesar de los desajustes regionales frente al proceso de convergencia, se observaron al interior de las zonas, signos positivos. En realidad, la región centro fue la que más logros registró en el proceso de convergencia al reportar un número semejante de usuarias en el campo y la ciudad y entre las amas de casas y las que se emplearon como fuerza de trabajo. Consideramos que estos resultados se debieron a los impulsos de las políticas de control natal auspiciados por el gobierno y las instituciones privadas. El impacto de los medios de difusión repercutieron en la modernización de la práctica anticonceptiva en México. De esta manera, se observa que en la actualidad, los anticonceptivos modernos están ganando cada vez más terreno sobre los métodos tradicionales debido a su efectividad para regular la fecundidad.

Un panorama más alentador frente a la práctica anticonceptiva y al proceso de homologación regional lo detectaron las variables demográficas y socioeconómicas. Al interior de la República, el comportamiento de la práctica anticonceptiva entre las usuarias según los grupos de edad fue semejante. El resultado fue efectivo en las tres regiones ya que se alcanzó en 1987 una disminución de la fecundidad y se redujó el tamaño ideal de familia de 1 a 2 hijos. Esto fue consecuencia del aumento de anticonceptivos al interior de las regiones como un mecanismo para espaciar los nacimientos. Sin embargo, todavía en 1987, existen obstáculos para aminorar la marcha del proceso de transición demográfica. Los resultados del grupo de edad y número de hijos

indicaron que faltaba incrementar el uso de anticonceptivos en los primeros años de unión de la mujer y en consecuencia, retrasar el nacimiento del primer hijo para alcanzar niveles más bajos de fecundidad. Asimismo, se observó una tendencia que va cerrando la brecha entre las mujeres instruidas y las menos escolarizadas.

A pesar de los signos promisorios de la cobertura anticonceptiva, aún queda mucho por hacer para alcanzar la convergencia entre regiones. La comparación con la ENADID en 1992 intentará medir el avance de la homologación regional y el impacto de la prevalencia anticonceptiva.

## **CAPITULO V**

### **5. NIVELES Y TENDENCIAS DE LA PRACTICA ANTICONCEPTIVA**

En este capítulo se analizan los niveles y las tendencias de la prevalencia anticonceptiva estableciendo una comparación entre la ENADID y la ENFES para conocer los cambios ocurridos en el nivel de la prevalencia anticonceptiva entre 1987 y 1992 con el fin de señalar: ¿Cuál fue el ritmo del incremento entre las regiones?, ¿Cómo se distribuyó hacia el interior de las áreas geográficas? ¿Qué modificaciones se produjeron según las principales variables demográficas y socioeconómicas?. Estas son algunas de las interrogantes que se intentan resolver en este capítulo.

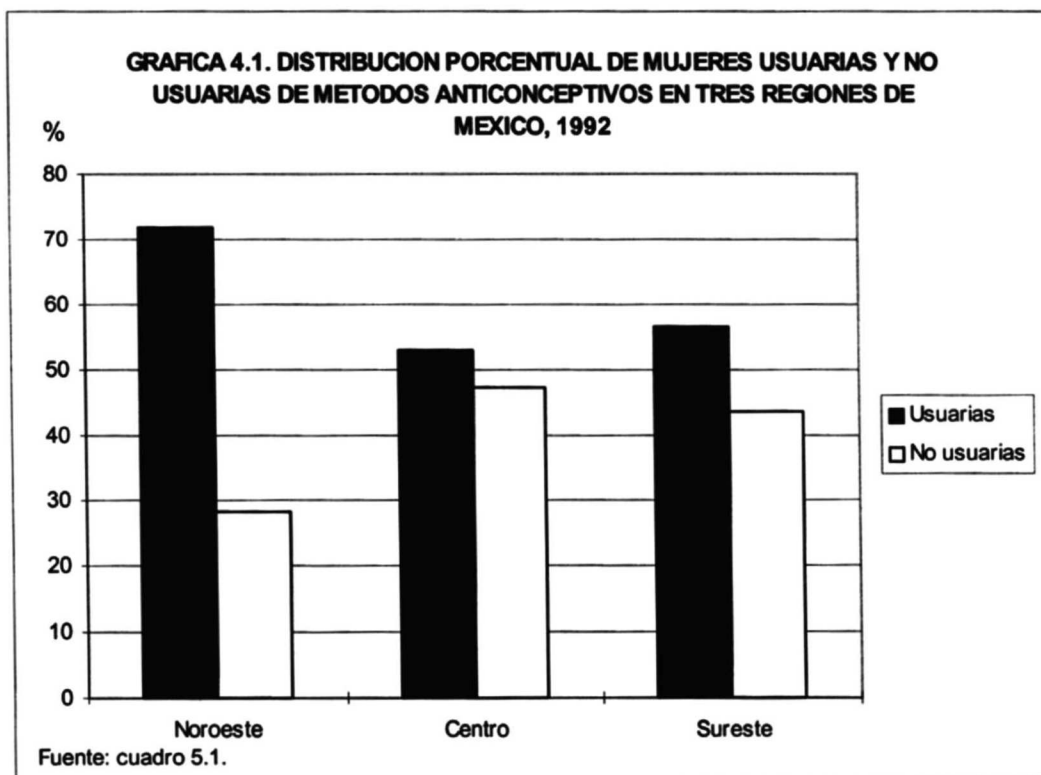
#### **5.1. Cobertura de la prevalencia anticonceptiva**

La configuración espacial de la práctica anticonceptiva tuvo algunas variaciones en 1992. La región noroeste siguió ocupando el primer lugar en el ámbito de la prevalencia anticonceptiva en el país; al igual que en 1987 presentó la mayor cantidad de usuarias pasando de 70.1% a 71.8% (como lo indica el cuadro 5.1), no obstante, el incremento fue muy pequeño. Por su parte, el sureste que fue la región más atrasada en 1987 (alcanzó un 33.2%) se colocó en segunda posición ya que la proporción de usuarias se elevó a un 56.5% en 1992, mientras que el centro pasó a ocupar el lugar más bajo en la escala ( de 47.7% a 52.9%). Sin embargo, hay que añadir, que si bien el noroeste obtuvo una posición alta, el ritmo de incremento fue mayor en el sureste y centro del país. Este hecho confirma la hipótesis del trabajo en torno al proceso de convergencia que tiende cada vez más hacia una homogeneización de la prevalencia anticonceptiva entre las regiones ya que en 1992 presentaron un mayor ritmo de crecimiento las que tuvieron niveles más bajos en 1987. Un efecto de ello, se observó en la disminución de no usuarias en las regiones, sobre todo, en el sureste del país descendió de un 66.7 a un 43.5%, una tendencia menor se manifestó en el centro de un 52.3% en 1987 a un 47.1% en 1992. En el noroeste el descenso fue mínimo de un 29.9% a un 28.2%, debido a la gran cobertura que ya tenía la región en materia anticonceptiva, aunque consideramos que todavía se puede extender más esta práctica.

CUADRO No.5.1						
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES USUARIAS Y NO USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN REGION DE RESIDENCIA						
REGION DE RESIDENCIA						
	Noroeste	Centro	Sureste			
Usuarias	71.8	52.9	56.5			
No usuarias	28.2	47.1	43.5			
Total %	100.0	100.0	100.0			
Número de casos*	1161231	1299194	1185116			

\*Muestra ponderada

FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL DE LA DINAMICA DEMOGRAFICA, 1992



## **5.2. Conocimiento de algún método anticonceptivo**

Entre 1987 y 1992 se presentaron algunas variaciones en el conocimiento de los distintos métodos anticonceptivos. En la región noroeste, se observaron algunos incrementos y decrementos en el nivel cognoscitivo de la población femenina. Los hormonales orales fueron los métodos más conocidos por las mujeres entrevistadas de esa región. En efecto, la distribución porcentual de 1992 (100.0%) superó a la de 1987 (99.5%). No obstante, el DIU, la operación femenina y los hormonales inyectables sufrieron un pequeño descenso. En relación a 1987, el primero disminuyó de 98.9% a 96.7%, en tanto que la segunda pasó de 97.4% a 96.2% y el tercero de 97.0% a 95.4%. Por su parte, el conocimiento sobre los anticonceptivos tradicionales creció en importancia en los tres métodos que lo componen con respecto a 1987. De esta manera, en 1992 aumentó la proporción de mujeres que conocen el condón de un 93.3% sobre un 85.1%, el ritmo se incrementó de un 77.6% sobre un 73.3% y el retiro de un 54.5% sobre un 54.3%.

Cabe destacar que el noroeste fue la región que mayor conocimiento tuvo sobre los distintos métodos anticonceptivos en 1987 y conservó la misma tendencia en 1992.

La región centro también registró algunas modificaciones respecto de 1987. Al igual que el noroeste, los hormonales orales alcanzaron el nivel máximo (100.0 % contra un 95.7%). Asimismo, los inyectables ascendieron al segundo lugar (de 87.7% contra un 89.5%). El DIU y la esterilización femenina quedaron rezagados al tercer y cuarto orden, alcanzando una distribución porcentual de 87.4% contra un 95.3% y de 87.0% a un 93.3%, respectivamente. En cuanto a los métodos tradicionales (condón, ritmo y retiro), registraron un fuerte descenso en el centro del país en relación a 1987 y se ubicaron entre los anticonceptivos menos conocidos: el condón presentó un porcentaje del 75.6% en 1992 contra el 69.2%, el ritmo del 62.4% contra el 68.4% y el retiro de un 44.3% a un 56.0%.

En la región sureste, en contraste con el noroeste y centro, se observó un incremento general en el conocimiento de métodos anticonceptivos. Al igual que en el noroeste y centro, los métodos hormonales alcanzaron de un 66.4% en 1987 al 100.0% en 1992. Esta misma tendencia se dio en las inyecciones, subió de un 60.0% en 1987 a un 83.4% en 1992. Asimismo, la oclusión tubaria bilateral tuvo un aumento importante (de un 58.6% a un 82.8%). Este mismo comportamiento se repitió con el dispositivo intrauterino, el cual ascendió de un 54.2% a un 77.0%. También los métodos tradicionales, presentaron un considerable incremento, sin embargo, es necesario mencionar que se encuentran dentro de los métodos menos conocidos; los condones representaron el 33.2% en 1987 y el 59.6% en 1992, el ritmo pasó del 32.5% a un 50.1% y el retiro de un 29.7% a un 33.2%.

Por lo tanto, el nivel cognoscitivo de las mujeres entrevistadas presentó modificaciones en relación a 1987; los hormonales orales alcanzaron la distribución porcentual máxima, es decir, que fueron los más conocidos por la población en cada una de las regiones analizadas. Esto se debió a la gran difusión que alcanzó y a la atención que recibió dentro de las primeras campañas de la planificación familiar.

El hecho que el noroeste y el centro ofrecieran en 1992 un menor nivel de conocimiento en materia de anticonceptivos obedece a una serie de factores atribuidos a la manera como se han difundido o transmitido el conocimiento de los métodos de control de la natalidad entre las distintas generaciones de mujeres y asimismo, este descenso pudiera entenderse como un problema relacionado con el encuestador, es decir, la inducción de la respuesta o de la información pudo ser distorsionado por el entrevistador.

Hay que resaltar que el noroeste, tanto en 1987 como en 1992 fue la zona donde las mujeres tuvieron mayor conocimiento en materia de anticoncepción, en segundo lugar se ubicó el centro y en último, el sureste. Sin embargo, hay que señalar que el área de conocimiento de los métodos anticonceptivos en la región sureste creció sustancialmente en 1992.

**CUADRO 5.2. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES QUE CONOCEN ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO POR REGION DE RESIDENCIA****NOROESTE**

Proporción total de usuarias

71.8

*Conocimiento de algún método*

Método	Esponaneamente	No conoce	%	N*
Pastillas o píldoras	100	0.0	100	1161231
DIU	96.7	3.3	100	1161231
Inyecciones	95.4	4.6	100	1161231
Ovulos, jaleas	72.3	27.7	100	1161231
Condomes	93.3	6.7	100	1161231
Operación femenina	96.2	3.8	100	1161231
Operación masculina	85.5	14.5	100	1161231
Ritmo	77.6	22.4	100	1161231
Retiro	54.5	45.5	100	1161231
Otros	2.2	97.8	100	1161231

**CENTRO**

Proporción total de usuarias

52.9

*Conocimiento de algún método*

Método	Esponaneamente	No conoce	%	N*
Pastillas o píldoras	100	0.0	100	1299194
DIU	87.4	12.6	100	1299194
Inyecciones	87.7	12.3	100	1299194
Ovulos, jaleas	50.1	49.9	100	1299194
Condomes	75.6	24.4	100	1299194
Operación femenina	87.0	13.0	100	1299194
Operación masculina	67.7	32.3	100	1299194
Ritmo	62.4	37.6	100	1299194
Retiro	44.3	55.7	100	1299194
Otros	2.1	97.9	100	1299194

**SURESTE**

Proporción total de usuarias

56.5

*Conocimiento de algún método*

Método	Esponaneamente	No conoce	%	N*
Pastillas o píldoras	100	0.0	100	1185116
DIU	77.0	23.0	100	1185116
Inyecciones	83.4	16.0	100	1185116
Ovulos, jaleas	38.3	61.7	100	1185116
Condomes	59.6	40.4	100	1185116
Operación femenina	82.8	17.2	100	1185116
Operación masculina	56.0	44.0	100	1185116
Ritmo	50.1	49.9	100	1185116
Retiro	33.2	66.8	100	1185116
Otros	2.5	97.5	100	1185116

\*Muestra ponderada

FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL DE FECUNDIDAD Y SALUD, 1987.

### **5.3. Cobertura regional según métodos anticonceptivos**

Al analizar la proporción de usuarias actuales en la región noroeste se observan algunos cambios en comparación a 1987. La operación femenina presentó un incremento de 5 puntos porcentuales y permaneció en el primer lugar (44.5%). En contrapartida, los hormonales orales sufrieron un descenso de 2.8 puntos porcentuales y continuaron en el segundo lugar (24.5%) y el DIU se mantuvo casi constante y siguió ocupando el tercer lugar (13.0%). Por su parte, los métodos tradicionales presentaron un leve descenso de 11.9% en relación al 13.4% que había alcanzado en 1987. Estos datos significan que el área de influencia de los métodos modernos es cada vez mayor en el noroeste. El predominio de los anticonceptivos modernos es una tendencia de la práctica que ya se mostraba desde 1987 y que se presenta en la actualidad como un rasgo de la región noroeste.

En la región centro, al igual que en el noroeste, la operación femenina también registró un incremento de 7.8 puntos porcentuales en la proporción de usuarias y fue el más utilizado por las mujeres (40.1%). Por su parte, los métodos tradicionales presentaron un descenso del un punto porcentual (22.8%) y superaron al DIU ya que su uso descendió en forma pronunciada, pasando de un 23.9% a un 16.5%. Entre los métodos más empleados, se incluyeron los hormonales que ascendieron a un 1.6 puntos porcentuales y ocuparon la cuarta posición (12.9%).

La región sureste fue la que mayor contrastes presentó en relación a 1987. La operación femenina fue la más empleada (9.7 puntos porcentuales más) entre las usuarias del sureste (43.5%) y sobrepasó en su utilización al noroeste y centro del país. Por su parte, los métodos hormonales (26.9%) tuvieron un decremento de 5.5 puntos porcentuales, aunque lograron mantenerse en la misma posición para 1992. También esta tendencia se registró con los métodos tradicionales pasando de 20.9% a 19.3%. Cabe anotar que el DIU no es un método importante en la práctica anticonceptiva del sureste y esto se puso de manifiesto en 1992 al presentar una disminución en su uso de un 10.5% a un 7.4%, como se observa en el cuadro 5.3.

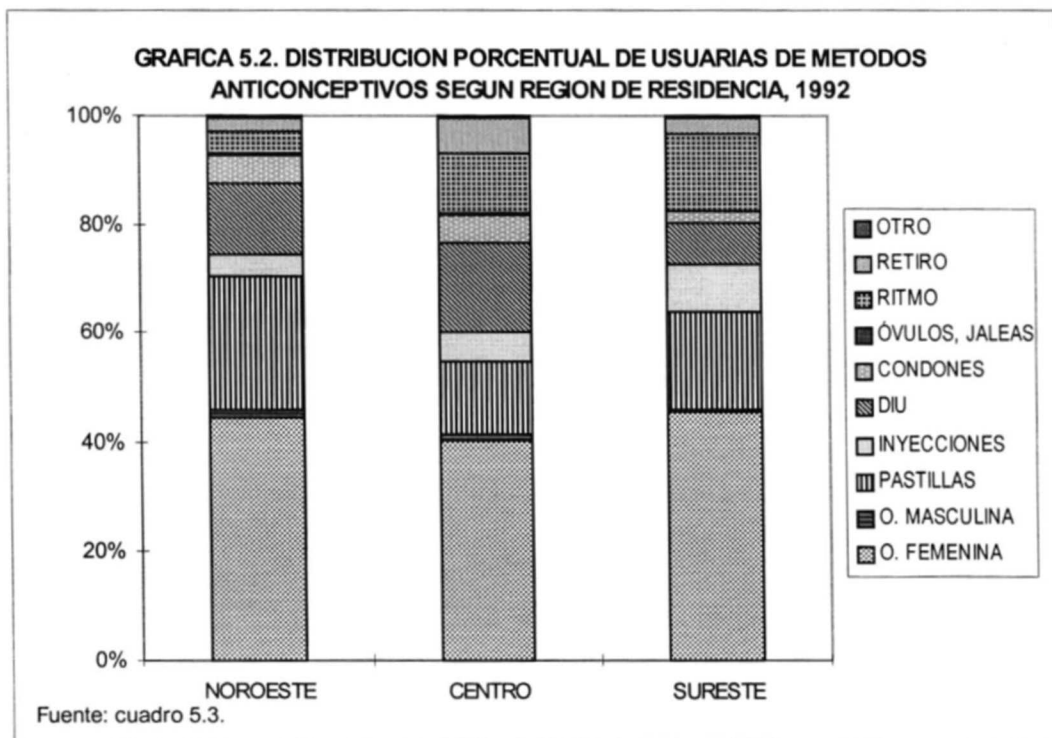
En términos generales se puede señalar que en 1992 se mantuvo la tendencia presentada en 1987, aunque en términos porcentuales hubo algunas variaciones. La operación femenina siguió ocupando el primer lugar entre los métodos anticonceptivos más utilizados; el cincuenta por ciento de la población entrevistada lo empleaba, sobre todo, en la región sureste y noroeste del país.

Por otro lado, el uso de métodos anticonceptivos en la región centro continuó presentando el mismo patrón de adopción que en 1987, ya que el dispositivo intrauterino y los métodos tradicionales fueron de gran importancia entre las usuarias, mientras que en el sureste, lo fueron también los hormonales orales y los métodos tradicionales. Es importante destacar, que en 1992 hubo un fuerte incremento de los sistemas tradicionales en las tres regiones, lo que significa que



las usuarias están tomando conciencia de los posibles transtornos y efectos colaterales que pueden causar los métodos modernos.

CUADRO No 5.3						
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN REGION DE RESIDENCIA						
PROPORCION TOTAL DE USUARIAS			71.8	52.9	56.5	
REGION DE RESIDENCIA			NOROESTE	CENTRO	SURESTE	
METODOS ANTICONCEPTIVOS						
OPERACION FEMENINA			44.5	40.1	45.3	
OPERACION MASCULINA			1.3	1.4	0.5	
PASTILLAS			24.5	12.9	18.1	
INYECCIONES			4.2	5.7	8.8	
DIU			13.0	16.5	7.4	
CONDONES			5.2	5.1	2.2	
OVULOS, JALEAS			0.3	0.3	0.3	
RITMO			4.2	11.1	14.2	
RETIRO			2.5	6.6	2.9	
OTRO			0.3	0.2	0.3	
TOTAL %			100.00	100.00	100.00	
Número de casos*			194093	104776	85001	
*Muestra ponderada.						
FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL DE LA DINAMICA DEMOGRAFICA, 1992.						



#### **5.4. Contraste entre conocimiento y uso de algún método**

Un comportamiento semejante entre las regiones se observó entre 1987 y 1992, con pequeños matices a nivel de conocimiento y prevalencia anticonceptiva. En el caso del noroeste se registró la misma tendencia que en 1987, es decir, fue la región que más conocimiento presentó al mismo tiempo que registró la mayor cobertura anticonceptiva. Por su parte, la región sureste a nivel de la cobertura en 1992, sobrepasó al centro, y esta última, tuvo una mayor proporción de mujeres informadas sobre los métodos anticonceptivos en relación al sureste, como se observa en el cuadro 5.1. No obstante, es importante señalar que en el sureste creció el conocimiento de la población femenina sobre los anticonceptivos. En este sentido, cabría preguntarse ya que se observó un proceso inverso en el sureste ¿Porqué la región centro presentó un mayor conocimiento si la proporción de usuarias fue menor en el sureste? Dicho fenómeno puede ser un efecto de causas múltiples. En primer lugar esta brecha no fue tan amplia (cuatro puntos porcentuales) y podría verse que una pequeña proporción de mujeres haya decidido embarazarse y por lo tanto, el empleo de anticonceptivos descendió, o bien, las campañas de planificación no penetraron en algunas localidades donde todavía persisten estructuras mentales tradicionales muy arraigadas.

Por otra parte, al analizar la distribución porcentual por método en relación al conocimiento, se observó que en la región noroeste, el método más usado fue la operación femenina (44.5%) y, se encontró dentro del grupo de los métodos más conocidos (96.2%). En realidad, los hormonales orales fueron los más conocidos, sin embargo, su proporción de uso fue menor (24.3%). El DIU, ocupó el tercer lugar entre los métodos más conocidos (96.7) aunque su empleo fue casi el mismo (13.0%) de 1987. En el noroeste los métodos tradicionales fueron los menos conocidos y en consecuencia se emplearon en menor proporción.

En la región centro, los hormonales orales fueron los más conocidos (100.0%), aunque, su uso quedó rezagado a la cuarta posición (12.9%). Los métodos más utilizados fueron la operación femenina (40.1%) y el dispositivo intrauterino (16.5%), como sucedió en el noroeste, y se colocaron entre los métodos más conocidos (87.0% y 87.4%) respectivamente. Por otro lado, los métodos tradicionales no fueron los más conocidos, sin embargo, su uso fue bastante importante en esta región, como se observa en el cuadro 5.2 y 5.3.

Respecto a la región sureste, los métodos hormonales fueron los más conocidos (100.0%) y al mismo tiempo se encontraron entre los métodos más utilizados (18.1%) por las mujeres entrevistadas. La operación femenina fue el tercer método más conocido (82.8%), por consiguiente, resultó el más utilizado en esta región (45.3%), además cabe destacar, que las usuarias del sureste se inclinaron tanto por la oclusión tubaria bilateral que crecieron y aumentaron dejando atrás al noroeste y centro del país. Al igual que en el centro, los métodos tradicionales fueron los menos conocidos, sin embargo, ocuparon un lugar importante en la región.

En contraste, el DIU ocupó el cuarto lugar dentro de los métodos más conocidos (77.0%), aunque, su empleo fue muy reducido en la región (7.4%).

### **5.5. Principales características demográficas de las usuarias actuales.**

#### *Uso de métodos anticonceptivos según grupos quinquenales de edad*

En relación a los cambios que ocurrieron entre 1987 y 1992 se observó que en la región noroeste, el grupo de edad 15-19 registró el mayor incremento, (de 3.2% a 3.9%), mientras entre los 20 y 24 años las mujeres usuarias de algún método disminuyó en forma acentuada (de 18.1% a 12.3%). Por su parte los grupos de edad correspondientes al intervalo 25-39 años, se mantuvieron casi constantes (oscilando entre 19.0% y 22.0%), con respecto al período anterior. A partir de los 40 años la tendencia fue similar a lo reportado en la ENFES en 1987. En este sentido, cabe señalar, que el incremento general de la proporción de usuarias, repercutió fundamentalmente entre las mujeres unidas en edades jóvenes que recientemente comenzaron a regular su fecundidad.

En la región centro, al igual que en el noroeste, se registró un mayor aumento entre los 15 y 19 años (de 2.4% a 3.1%) y un descenso de la proporción de usuarias entre los 20-24 años (de 16.3% a 12.9%), hecho que también se observó en el noroeste. Probablemente se debió a que las mujeres abandonaron el uso de anticonceptivos para embarazarse. Entre los 25 y 34 años también se presentó una pequeña disminución (de 22.4% a 19.3% y 23.9% a 21.5% respectivamente), mientras que un proceso inverso tuvo lugar entre los 35 y 39 años (de 15.4% a 21.3%). A partir de los 40 años comenzó una acentuada disminución de la proporción de usuarias, tendencia que también se señaló para 1987.

En la región sureste también se observaron algunas variaciones. Al igual que noroeste y en el centro se dio un incremento de la proporción de usuarias entre los 15 y 19 años (de 3.0% a 3.8%). Por otra parte, los grupos de edad correspondientes a los 20-24, 25-29 y 30-34 años, presentaron un pequeño descenso con respecto al período anterior y su distribución porcentual fue de 19.7% a 14.4%, de 2.8% a 21.4% y de 24.4% a 19.7%, respectivamente. A partir de los 35 años hubo un fuerte incremento de las mujeres usuarias de algún método anticonceptivo y su proporción fue de 14.0% a 20.7% en el grupo de edad 35-39 y de 10.1% a 13.2% entre los 40 y 44 años. Por lo tanto, las mayores modificaciones se registraron en ésta última, y posiblemente se relacione con el fuerte incremento que presentó la región sureste en la proporción de usuarias.

En términos de distribución porcentual de usuarias de algún método anticonceptivo, la región noroeste, registró la misma tendencia que en 1987, es decir, que el empleo de la operación femenina se incrementaba conforme aumentaba la edad de las mujeres. De esta manera, el grupo de edad 15-19 años no tuvo ninguna usuaria que empleara un método definitivo para regular la fecundidad, mientras que a partir del grupo de edad 30-34 años se observó un descenso (de 49.8%

bajó a 44.2%) y alcanzó alrededor del 80.0% entre las mujeres usuarias del grupo de edad 45-49 años al igual que en 1987. Por su parte, los hormonales orales fueron el método más utilizado en los primeros grupos de edad, sobre todo entre los 15 y 19 años (de 49.9% en 1987 pasó a 53.0% en 1992), sin embargo, su empleo disminuyó con el aumento de la edad<sup>1</sup>, precisamente, cuando la esterilización femenina fue ganando terreno entre las mujeres de mayor edad. El DIU también se caracterizó por tener un mayor peso entre los 20 y 29 años de edad; entre los 20-24 años pasó de 33.4% a 45.1% y en el grupo de edad 25-29 se incrementó de un 10.1% a un 21.3%. No obstante, entre los 15 y 19 años de edad el uso del DIU disminuyó en gran medida (de 50.1% a 20.0%). Por su parte, los métodos tradicionales presentaron una tendencia similar, principalmente entre los 15 y 29 años de edad, aumentó el uso de los sistemas tradicionales, alrededor de un 20.1%, (como se observa en el cuadro 5.4).

En la región centro, la distribución porcentual adquirió un matiz distinto. Si bien la esterilización femenina presentó el mismo comportamiento que la región noroeste, su empleo disminuyó, y no se registraron casos en las mujeres de 15-19 años -como sucedió en 1987-, mientras que su uso fue de 66.9% entre las mujeres de 45-49 años de edad, similar a 1987. Por su parte, a pesar de que el uso del DIU disminuyó en relación a 1987, sin embargo, tuvo mayor importancia que los hormonales orales en 1992; en los tres primeros grupos de edad, correspondió a las usuarias entre 15 y 19 años el 28.7% en contraste al 54.9% de 1987, a las mujeres entre 20 y 24 años el 33.7% en relación al 31.2% de 1987 y a las usuarias de 25 y 29 años el 24.0% contra el 29.8% respectivamente. A partir de los 30 años su uso decayó en forma continua tanto en 1987 como en 1992.

A nivel nacional existe una tendencia muy clara hacia la disminución del uso de los hormonales orales, sin embargo, este comportamiento no es tan

lineal y progresivo al analizarlo por grupos de edad, ya que son distintas las necesidades de las mujeres usuarias jóvenes que comienzan a regular su fecundidad de las que tienen experiencia en la utilización de distintos métodos anticonceptivos. El uso de las pastillas entre las mujeres usuarias del centro entre 1987 y 1992 demuestra la afirmación anterior: aumentó entre los 15 y 19 años (del 15.5% al 24.8%), de los 25 a los 29 años (del 10.3% al 19.0%) y de los 30 a los 34 años (del 4.1% al 14.5%), mientras que de los 20 a los 24 años disminuyó del 26.6% a 20.1% en relación a 1987.

En el centro, los métodos tradicionales fueron de gran importancia en 1992 y presentaron un comportamiento similar a 1987 a excepción del primer grupo de edad; mientras entre los 15 y 19 años de edad se incrementó considerablemente (27.3%) en relación a 1987 (13.6%), en los grupos de edad posteriores se mantuvieron casi constantes: entre los 20 y 24 años del 29.6% al

---

<sup>1</sup>Observese que en 1987 el grupo de 35-39 años decreció de 17.5% a 14.2%, entre los 40 y 44 años pasó de 12.5% a 9.0%.

28.9% en 1992, entre los 25 y 29 años del 23.6% al 23.4%, de los 35 a los 39 años, del 16.5% al 18.8% y de los 40 a los 44 años, del 21.4% al 22.0%, mientras que en 1992, de los 30 a los 34 años decreció del 29.8% al 24.1%.

En la región sureste, también se observó la misma tendencia que las regiones antes analizadas, sin embargo, cabe notar que para 1987 no se encontró usuarias de la operación femenina en el grupo de edad 15-19, y para 1992 éstas representaban el 2.0%. Probablemente estas mujeres a muy temprana edad fueron sometidas a la esterilización femenina después de haber tenido varios hijos. Cabe resaltar el aumento progresivo de este método en los siguientes grupos de edad en relación a 1987: entre los 25 y 29 años del 19.7% al 23.3%, de los 30 a los 34 años, del 41.1% al 52.6%, de los 35 a los 39 años, del 60.0% al 62.6%, de los 40 a los 44 años, del 52.7% al 65.3% y por último, entre las usuarias de 45 y 49 años, alcanzó la misma proporción que en 1987 (del 76.4% al 76.1% de 1992), con excepción de los 20 a los 24 años en el que se manifestó una ligera disminución ( del 13.8% al 11.0% en 1992).

Por su parte, los hormonales orales no presentaron una tendencia similar a 1987. Por el contrario se observó un incremento de las pastillas; entre los 15 y 29 años la proporción de usuarias aumentó del 18.6% al 31.2% en 1992, de los 25 a los 29 años de edad se incrementó del 21.1% al 27.1%, de los 30 a los 34 años del 12.5% al 17.4% y de los 35 a los 39 años del 7.7% al 10.9%, y a la inversa, el empleo de las pastillas fue menor de los 20 a los 24 años, del 43.1% bajó al 29.2% en 1992 y de los 40 a los 44 años, del 26.6% en 1987 al 6.3% en 1992.

En el caso del DIU, también se observaron algunos cambios. Cabe anotar que su uso se incrementó en 1992 en los primeros grupos de edad y alcanzó entre los 15-19 años el 16.0% sobre el 13.9% en 1987, registró entre los 20-24 años de edad el 10.2% en relación al 8.6% en 1987. A partir de los 25 años su empleo se redujo de manera gradual: disminuyó del 14.4% en 1987 al 13.0% en 1992 entre los 25 a 29 años, de los 30 a los 34 años, del 8.1% en 1987 al 6.0% en 1992, de los 35 a los 39 años, del 13.9% al 3.8% y de los 40 a los 44 años del 5.0% al 3.4% respectivamente.

A pesar de la importancia que tuvieron las inyecciones en 1987 en los primeros grupos de edad, en 1992 disminuyeron notablemente entre los 15 y 19 años a un 13.4% (sobre el 67.5% en 1987), se dio un ligero aumento entre los 20 y 24 años del 19.6% (sobre el 17.0% en 1987) y se mantuvo constante entre los 25 y 29 años (del 10.5% al 18.8%). Este contraste entre 1987 y 1992 quizás se relacione con la escasa promoción que emprendió la política estatal en las campañas de planificación familiar durante el período posterior a la realización de la ENFES.

Por su parte, los métodos tradicionales, tuvieron un peso importante en 1992 y registraron un incremento en algunos grupos de edad; mientras entre los 25 y 34 años disminuyeron (entre los 25 y 29 años de un 27.4% al 18.2% y de los 30 a los 34 años de un 33.1% al 16.6%); su distribución porcentual fue mayor entre los 15 y 19 años (del 0.0% en 1987 pasó a 37.5% en 1992), aumentó entre 20 y 24 años al 28.2% (en relación al 16.4% que alcanzó en 1987). Lo

mismo sucedió entre los 35 y 39 años de edad cuyo empleo se incrementó de un 10.6% en 1987 a un 17.0% en 1992 y de los 40 a los 44 años de un 9.4% al 15.3%.

En conclusión, el método más importante en las tres regiones fue la esterilización femenina y su empleo fue mayor a medida que aumentaba la edad de las mujeres. En los primeros grupos de edad predominó el uso de los métodos temporales y sobresalieron los hormonales orales, sobre todo, en el noroeste y sureste y, el DIU, en la región central. Por otra parte, es necesario anotar que se registró un incremento importante en el uso de los métodos tradicionales, lo cual indica que existe una mayor preocupación de parte de algunas usuarias por los efectos colaterales que producen los métodos anticonceptivos modernos.

Cabe señalar, que el patrón de uso entre métodos temporales y definitivos, presentó un comportamiento similar en las tres regiones y los resultados en relación a 1987 ponen de manifiesto, el avance del proceso de convergencia hacia el interior del país ya que se elevó la proporción de usuarias entre las mujeres de las primeras edades , y aunque el aumento fue pequeño, esto indica un paso incipiente en el retraso del primer hijo.

CUADRO N° 5.4: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE USUARIAS DE ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO POR REGION DE RESIDENCIA SEGUN GRUPOS EDAD							
NOROESTE							
Grupos de edad							
PROPORCION TOTAL DE USUARIAS	3.9	12.3	20.7	22	18.9	13.8	8.3
Método	*15-19	*20-24	*25-29	*30-34	*35-39	*40-44	*45-49
Operación femenina	0	6.4	23.7	44.2	63.4	75.9	78.9
Operación masculina	0	0.3	0.4	0.6	3	2.5	1.7
Pastillas	53	45.1	33.5	25.7	14.2	9	4.7
Inyecciones	6.9	9.6	4.8	4.8	2.4	1.3	0.6
DIU	20	22.8	21.3	11.7	7.9	4.1	4.7
Condomes	8.9	6.6	7	6.2	2.8	2.9	2.9
Ovulos, jaleas	0	0.3	0.4	0.2	0.6	0.4	0.3
Ritmo	5	4.9	5.5	4.2	3.8	2.4	3.7
Retiro	6.2	3.8	3.1	1.5	1.8	1.4	2.8
Otro	0	0.1	0.2	0.8	0.1	0	0
Total %	100.0	100	100	100	100	100	100
Número de casos*	32275	102894	172296	183540	157905	115405	69471
CENTRO							
GRUPOS DE EDAD							
PROPORCION TOTAL DE USUARIAS	3.1	12.9	19.3	21.5	21.3	12.8	9
Método	*15-19	*20-24	*25-29	*30-34	*35-39	*40-44	*45-49
Operación femenina	0	4.7	23.8	39.7	59.2	60.1	66.9
Operación masculina	0	0.4	1.5	2	1.2	0.5	3.9
Pastillas	24.8	20.1	19	14.5	7.4	7.3	3.1
Inyecciones	19.4	10.5	7.9	4.9	3.9	2	1.2
DIU	28.7	33.7	24	14.8	9.2	7.7	5.2
Condomes	3.1	4.7	8.4	5.5	3.2	6.1	1.7
Ovulos, jaleas	0	1.1	0.1	0	0.3	0.5	0
Ritmo	4.5	15.2	9.9	12	9.6	11.5	10.9
Retiro	19.5	9	5.1	6.3	6	4.4	7.1
Otro	0	0.5	0.3	0.5	0.1	0	0
Total %	100	100	100	100	100	100	100
Número de casos*	21626	88648	132559	148318	146873	88333	62107
SURESTE							
GRUPOS DE EDAD							
PROPORCION TOTAL DE USUARIAS	3.8	14.4	21.4	19.7	20.7	13.1	6.9
Método	*15-19	*20-24	*25-29	*30-34	*35-39	*40-44	*45-49
Operación femenina	2	11	30.3	52.6	62.6	65.3	76.1
Operación masculina	0	0.5	0.3	1	0.7	0.4	0
Pastillas	31.2	29.2	27.1	17.4	10.9	6.3	5.4
Inyecciones	13.4	19.6	10.5	5.6	4.9	8.6	0.3
DIU	16	10.2	13	6	3.8	3.4	1.4
Condomes	5.2	4	2.5	1.3	1.8	1.5	0.9
Ovulos, jaleas	0	1.3	0.3	0.1	0	0.1	0
Ritmo	28.7	18.6	12.9	13.5	13.3	11.6	10.7
Retiro	3.6	5.6	2.8	1.8	1.9	2.2	5
Otro	0	0	0.2	0.7	0	0.7	0.3
Lactancia	100	100	100	100	100	100	100
Número de casos*	25630	96299	143051	131579	138804	87865	46292
*Muestra ponderada							

FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA, 1992.

### *Uso de métodos anticonceptivos según número de hijos*

Al igual que en 1987, las mujeres del noroeste tuvieron un mayor control de su fecundidad. Así fue que en 1992, las mujeres que habían tenido un hijo continuaron en primera fila, el 42.6% se registraron como usuarias de algún método anticonceptivo y aumentaron en relación a 1987(40.4%). También en 1992, las mujeres que habían tenido dos hijos presentaron un incremento en la proporción de usuarias (17.0% sobre el 14.1% en 1987). Este porcentaje fue muy similar al registrado entre las mujeres que habían tenido 4 y más hijos (16.4%). Sin embargo, estas últimas disminuyeron en relación a 1987(24.9%). Entre las mujeres que no habían tenido hijos, en 1992, la proporción de usuarias aumentó y fue de 13.8% en relación al 9.5% en 1987 y en último lugar se colocaron las mujeres que habían tenido tres hijos (la proporción de usuarias fue de 10.1% sobre el 11.1% en 1987). Cabe destacar, que en el noroeste, se presentó un incremento en la proporción total de usuarias entre las mujeres que todavía no tuvieron hijos y entre aquellas que tenían 1 y 2 hijos. En este sentido, el patrón de comportamiento del noroeste es positivo y confirma una vez más que las mujeres tienden a retrasar el primer nacimiento, aunque el aumento sea mínimo, éste es un elemento de primer orden en el proceso de transición demográfica.

Por otro lado, la conducta de las usuarias del centro fue similar respecto a 1987. Para 1992, la mayor parte de las usuarias siguieron concentradas entre las mujeres que habían tenido un hijo (del 35.8% sobre el 34.8% en 1987) y las que tuvieron cuatro y más hijos (del 23.4%), es decir, fue similar a 1987 (27.3%). Cabe mencionar, que estas usuarias fueron las que tuvieron mayor control de su fecundidad. Además, se registraron algunas variaciones en 1992 en el centro del país que indicaron avances en materia anticonceptiva; se elevó el número de usuarias en relación a 1987 entre las mujeres que tuvieron uno y dos hijos (en 1992 fue de 18.0% sobre el 16.5% de 1987) y también entre las mujeres que no habían tenido hijos (10.2% sobre el 7.1% en 1987), mientras que disminuyeron las usuarias que tuvieron tres hijos (12.5% en relación al 14.2% en 1987). La situación de estas usuarias no alteran los resultados sobre los avances en materia anticonceptiva, ya que posiblemente se refiere a la población femenina que entró al período de menopausia o que habían terminado con su etapa reproductiva.

Los alcances en el sureste, en relación a las otras regiones fueron mínimos. Igual que en la región centro y como había sucedido en el sureste en 1987, la mayor parte de las usuarias de esta región en 1992, fueron las que habían tenido un hijo (31.8% en relación al 31.7% en 1987) y las mujeres de cuatro y más hijos (25.3% sobre el 28.9% en 1987). Prácticamente en 1992 no varió la cantidad de usuarias que habían tenido uno y tres hijos (13.8%) en relación a 1987(13.2%). Por el contrario, disminuyó el número de usuarias entre las mujeres que habían tenido cuatro y más hijos (25.3% en 1992 contra el 28.9% en 1987) y las que no tenían hijos (9.2% sobre el 10.2% respectivamente). El único signo positivo se presentó entre las usuarias que tuvieron dos hijos las cuales aumentaron relativamente (19.8%) en relación a 1987 (15.9%).



Por otra parte, al analizar la distribución porcentual de usuarias de métodos anticonceptivos según el número de hijos, se observó en 1992 que en la región noroeste las mujeres que no habían tenido hijos cambiaron sus hábitos en materia de anticoncepción. El método más empleado fue la oclusión tuvaria bilateral (30.3% sobre el 14.1% de 1987), proporción relativamente alta, porque se infiere que estas mujeres ya no podran tener hijos. Los hormonales orales ocuparon el segundo lugar (23.7% contra el 36.5% en 1987) y los métodos tradicionales, el tercero (23.3% sobre el 29.0%). El DIU fue el menos importante entre los métodos empleados (en 1992 alcanzó el 10.2% mientras en 1987 el 16.4%).

Por su parte, las mujeres que tenían un hijo, modificaron muy poco sus hábitos. En 1992, la operación femenina siguió siendo el método más empleado (39.5% contra el 27.1% en 1987), al igual que las pastillas (26.4% contra el 33.0% de 1987). Por su parte, el DIU perdió importancia (16.3% en 1992 sobre el 19.0% en 1987) y los métodos tradicionales (11.5% en relación al 13.4% en 1987). Entre las mujeres que tuvieron dos hijos, se mantuvo el mismo patrón de uso, ya que en 1992, la oclusión tuvaria bilateral fue el método más solicitado (41.0% sobre el 53.9% en 1987) y también los hormonales orales (27.5% contra el 25.2% en 1987), en menor medida el DIU (14.7% en relación al 9.8% en 1987) y por último, los métodos tradicionales (10.4% sobre el 2.6% respectivamente).

Entre las mujeres que tuvieron tres hijos, también se presentó una distribución porcentual parecida a 1987. La esterilización femenina tuvo un sitio de primer orden (52.6% en 1992 contra el 56.5%) y en segundo lugar los hormonales orales (24.2% sobre el 20.8%). Se invirtió la posición de los métodos tradicionales y el DIU. Este último se colocó, en tercer lugar (14.7% en 1992 en relación al 3.8% en 1987) y por último, los tradicionales (10.2% contra el 16.9%). Un proceso de adopción semejante se presentó entre las mujeres de cuatro y más hijos, principalmente se incrementó el uso de la oclusión tuvaria bilateral (68.0% en 1992 en relación al 53.3% en 1987) y aunque disminuyó el consumo de las pastillas se conservó la segunda posición (17.6% sobre el 18.7%). Como en el caso anterior, el orden se invirtió y le tocó a los métodos tradicionales ocupar el tercer lugar (5.6% contra el 12.3%) y el cuarto, al DIU (5.0% en 1992 sobre el 8.2% respectivamente).

En la región centro, entre las mujeres que no habían tenido hijos en 1992, los métodos tradicionales fueron tan importantes (alcanzaron el 30.9%) como en 1987(41.2%). Las diferencias se hicieron evidentes, así en 1992, el segundo método más empleado fue la operación femenina (24.7% sobre el 10.2% en 1987), le siguió el DIU (23.9% contra el 18.6%) y por último, los hormonales orales mantuvieron la misma distribución porcentual que en 1987 (10.4%). Las mujeres que habían tenido un hijo en 1992 se distinguieron de las de 1987. En 1992, la esterilización femenina fue el método más empleado (27.9% sobre el 25.6%), el segundo lugar lo ocuparon los tradicionales (25.4% contra el 19.1%) y el DIU fue desplazado al tercer orden

(21.1% en relación al 33.5%). Al igual que en 1987, las pastillas se colocaron en último lugar (16.7% sobre el 12.1%).

Por su parte, la operación femenina fue el método más empleado entre las mujeres que tuvieron dos hijos tanto en 1987 (41.5%) como en 1992 (37.4%). El uso de los métodos tradicionales aumentaron (25.8% en relación al 9.3% en 1987) y se colocaron en segundo lugar, mientras el DIU (18.7% sobre el 28.3%) y las pastillas (5.4% contra 13.7%) perdieron terreno.

En el caso de las mujeres con tres hijos, el empleo de la oclusión tuvaria bilateral se incrementó en 1992 y ocupó el primer lugar (49.8% en relación al 17.8% en 1987). Los métodos tradicionales perdieron su posición y se ubicaron en el segundo lugar (20.3% contra el 50.2%). En 1992, la distribución porcentual de las pastillas entre las mujeres que habían tenido dos hijos aumentó (12.7% contra el 8.1%) y, por el contrario, el DIU disminuyó (11.1% sobre el 21.2% en 1987).

Entre las mujeres con cuatro y más hijos, la esterilización femenina en 1992 continuó ocupando una posición privilegiada (62.5% sobre el 48.7%) y en menor grado, los métodos tradicionales (14.3% en 1992 en relación al 20.8% en 1987). Ambos ocuparon tanto en 1987 como en 1992, el primer y segundo lugar, respectivamente. Por su parte, las pastillas ganaron terreno (10.3% sobre el 10.2%) y el DIU perdió su posición y se ubicó en cuarto lugar (7.3% contra el 11.5% en 1987).

Por otro lado, la región sureste, se distinguió del noroeste y centro del país en relación a las mujeres sin hijos. Estas hicieron de los métodos tradicionales los más solicitados (26.8% sobre el 16.4% en 1987). En 1992, el empleo de la oclusión tuvaria bilateral se elevó y se colocó en segundo lugar (22.2% contra el 11.2%). Por su parte, los métodos hormonales (19.2% en relación al 42.8%) y el DIU (18.5% sobre 17.6%) perdieron fuerza en relación a 1987. En menor grado, fueron utilizados entre las mujeres sin hijos, los hormonales inyectables (16.2% contra el 5.7%).

Por su parte, las mujeres que tuvieron un hijo emplearon a tal grado la operación femenina que en 1992 se convirtió en el método más utilizado (36.3 en relación al 31.7%), mientras las pastillas se incrementaron sustancialmente en relación a 1987 y se colocaron en segundo lugar (23.5% en 1992 contra el 12.1%). Por su parte, los métodos tradicionales (20.3% sobre el 31.2% en 1987) perdieron fuerza y se ubicaron en el tercero y las inyecciones mantuvieron la cuarta posición (10.2% en 1992 en relación al 14.6%). Por último disminuyó el empleo del DIU (8.3% contra el 14.7%) .

Las mujeres que habían tenido dos hijos en el sureste mantuvieron un patrón de adopción de anticonceptivos similar a 1987. La oclusión tuvaria bilateral continuó siendo muy importante (46.3% en 1992 sobre el 32.8%) y los métodos hormonales se emplearon en segundo orden (19.7% en relación al 29.3% en 1987). Los sistemas tradicionales ocuparon en 1992 el tercer lugar

(16.0% contra el 15.5%), las inyecciones (10.2% sobre el 5.5%) y el DIU (8.1% en relación al 16.5%) quedaron rezagados.

En el caso de las mujeres con tres hijos, la práctica hacia el uso de los métodos anticonceptivos se modificó en 1992. El empleo de un método definitivo se ubicó en primer orden (55.8% sobre el 27.1% en 1987) y los tradicionales ascendieron a la segunda posición (19.1% contra el 20.9%), mientras que las pastillas disminuyeron y quedaron ubicadas en tercer lugar (13.3% en relación al 29.4%). El uso de las inyecciones se redujo (al 8.0% sobre el 15.5%) al igual que el uso del DIU (3.6% contra el 7.1%).

Un patrón similar se presentó entre las mujeres con cuatro y más hijos, ya que la esterilización femenina fue el más solicitado (58.5% en 1992 en relación al 54.3% en 1987) y los métodos tradicionales ocuparon el segundo lugar (18.0% sobre el 14.0%). Por su parte, las pastillas alcanzaron una distribución porcentual del 12.2% contra el 16.1% en 1987, las inyecciones del 7.0% sobre el 7.4% y finalmente, el DIU (3.0% en relación al 1.8% respectivamente).

En términos de distribución porcentual es importante destacar que para 1992, el empleo de los métodos tradicionales tanto en el centro como en el sureste del país desplazaron al DIU y a los hormonales orales. Tampoco el noroeste escapó a esta tendencia, a tal grado que los métodos tradicionales entraron en competencia con el DIU. Esto no implica que los anticonceptivos modernos hayan perdido terreno, por el contrario, se afianzó con el empleo de los métodos temporales (aproximadamente el 70.0%) y ganó fuerza el método definitivo. De esta manera, en las tres regiones se registró una alta proporción de mujeres esterilizadas dentro del grupo de usuarias que no tenían hijos. En el caso de las mujeres que optaron por tener un hijo, es decir, que se esterilizaron, varió según la región de residencia; el noroeste y sureste presentaron una tendencia similar (el 39.5% y 36.3% respectivamente), mientras que la menor proporción se registró en el centro (27.9%). En el caso de las mujeres que decidieron dos hijos como tamaño ideal de familia, también se presentaron contrastes; la región sureste, alcanzó la mayor distribución porcentual (46.3%), después, el noroeste (41.0%) y por último, el centro (37.4%). En el caso de las mujeres con tres hijos, la distribución porcentual de usuarias esterilizadas fue semejante en las tres regiones estudiadas. Esto indica que alrededor del 50.0% de las usuarias decidieron tener tres hijos. Por su parte, las mujeres que tuvieron cuatro y más hijos, el empleo de un método definitivo fue muy alto, principalmente en el noroeste (68.0%) y centro (62.5%) y en menor proporción en el sureste (58.5%). Este patrón de comportamiento de la práctica anticonceptiva marca un proceso incipiente de madurez hacia el retraso del primer hijo como se demostró en 1992 y el espaciamiento del segundo y tercer hijo, que se inició desde 1987. En este contexto, la oclusión tuvaria bilateral parece ser el método ideal para la delimitación de la progenie, mientras que los temporales son los más apropiados para aquellas mujeres que todavía no han planificado su

número ideal de hijos. Esto indica un progreso notable hacia etapas avanzadas de la transición demográfica.

CUADRO N° 5.4. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE USUARIAS DE ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVOS POR REGION							
DE RESIDENCIA SEGUN GRUPOS EDAD							
NOROESTE		Grupos de edad					
PROPORCION TOTAL DE USUARIAS	3.9	12.3	20.7	22	18.9	13.8	8.3
Método	*15-19	*20-24	*25-29	*30-34	*35-39	*40-44	*45-49
Operación femenina	0	6.4	23.7	44.2	63.4	75.9	78.9
Operación masculina	0	0.3	0.4	0.6	3	2.5	1.7
Pastillas	53	45.1	33.5	25.7	14.2	9	4.7
Inyecciones	6.9	9.6	4.8	4.8	2.4	1.3	0.6
DIU	20	22.8	21.3	11.7	7.9	4.1	4.7
Condomes	8.9	6.6	7	6.2	2.8	2.9	2.9
Ovulos, jaleas	0	0.3	0.4	0.2	0.6	0.4	0.3
Ritmo	5	4.9	5.5	4.2	3.8	2.4	3.7
Retiro	6.2	3.8	3.1	1.5	1.8	1.4	2.8
Otro	0	0.1	0.2	0.8	0.1	0	0
Total %	100.0	100	100	100	100	100	100
Número de casos*	32275	102894	172296	183540	157905	115405	69471
CENTRO							
GRUPOS DE EDAD							
PROPORCION TOTAL DE USUARIAS	3.1	12.9	19.3	21.5	21.3	12.8	9
Método	*15-19	*20-24	*25-29	*30-34	*35-39	*40-44	*45-49
Operación femenina	0	4.7	23.8	39.7	59.2	60.1	66.9
Operación masculina	0	0.4	1.5	2	1.2	0.5	3.9
Pastillas	24.8	20.1	19	14.5	7.4	7.3	3.1
Inyecciones	19.4	10.5	7.9	4.9	3.9	2	1.2
DIU	28.7	33.7	24	14.8	9.2	7.7	5.2
Condomes	3.1	4.7	8.4	5.5	3.2	6.1	1.7
Ovulos, jaleas	0	1.1	0.1	0	0.3	0.5	0
Ritmo	4.5	15.2	9.9	12	9.6	11.5	10.9
Retiro	19.5	9	5.1	6.3	6	4.4	7.1
Otro	0	0.5	0.3	0.5	0.1	0	0
Total %	100	100	100	100	100	100	100
Número de casos*	21626	88648	132559	148318	146873	88333	62107
SURESTE							
GRUPOS DE EDAD							
PROPORCION TOTAL DE USUARIAS	3.8	14.4	21.4	19.7	20.7	13.1	6.9
Método	*15-19	*20-24	*25-29	*30-34	*35-39	*40-44	*45-49
Operación femenina	2	11	30.3	52.6	62.6	65.3	76.1
Operación masculina	0	0.5	0.3	1	0.7	0.4	0
Pastillas	31.2	29.2	27.1	17.4	10.9	6.3	5.4
Inyecciones	13.4	19.6	10.5	5.6	4.9	8.6	0.3
DIU	16	10.2	13	6	3.8	3.4	1.4
Condomes	5.2	4	2.5	1.3	1.8	1.5	0.9
Ovulos, jaleas	0	1.3	0.3	0.1	0	0.1	0
Ritmo	28.7	18.6	12.9	13.5	13.3	11.6	10.7
Retiro	3.6	5.6	2.8	1.8	1.9	2.2	5
Otro	0	0	0.2	0.7	0	0.7	0.3
Total %	100	100	100	100	100	100	100
Número de casos*	25630	96299	143051	131579	138804	87865	46292
*Muestra ponderada							

FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA, 1992.

### *Uso de métodos anticonceptivos según estado civil.*

Al igual que en 1987, la mayor parte de las usuarias fueron mujeres casadas. No obstante, la cantidad de usuarias unidas legalmente disminuyeron; en el noroeste se redujo sustancialmente de un 83.2% en 1987 a un 76.2% en 1992, decrecieron en menor medida en el centro de un 92.8% en 1987 a un 87.2% en 1992 y disminuyó relativamente (81.1%) en el sureste del país en relación a 1987 (83.2%). Estas cifras señalan que en 1992 se está produciendo un proceso de flexibilización y ampliación de las mujeres que tienden a conformar parejas en unión libre. Este comportamiento significa que se está rompiendo con los prejuicios en torno a las uniones consensuales, ya que en las tres regiones se registró un incremento importante. De esta manera, el noroeste presentó la proporción más elevada de usuarias en unión libre (de un 16.8% en 1987 a un 23.8% en 1992), en el sureste fue de 7.2% en 1987 a un 18.9% en 1992 y el centro registró el menor número de mujeres unidas (del 16.8% en 1987 a un 12.8% en 1992), como se observa en el cuadro 5.6.

Por otro lado, se desprende que las usuarias casadas de la región noroeste utilizaron en mayor medida un método definitivo (47.7% en 1992) más que las de 1987 (38.7%), mientras que las usuarias unidas lo emplearon en menor grado (de un 43.4% en 1987 a un 34.4% en 1992). De manera semejante, se comportaron las usuarias de los hormonales orales en 1992 y se eliminó la tendencia similar que se había manifestado entre los tipos de usuarias en 1987. Así en 1992, el consumo de las pastillas fue mayor entre las unidas (31.5% en relación al 27.7% de 1987), mientras que descendió entre las casadas al 22.3% de 1992 sobre un 27.2% en 1987. Por su parte, el DIU en relación a 1987 aumentó el doble entre las mujeres unidas (de 7.2% a un 15.1%) y decreció entre las casadas (de un 14.7% a un 12.1%) para presentar en 1992 una distribución porcentual mínima. A pesar de la tendencia del noroeste hacia la modernización de la prevalencia anticonceptiva, los métodos tradicionales todavía subsisten en las prácticas sexuales de las mujeres. Inclusive en relación a 1987 se incrementaron un poco, sobre todo, entre las mujeres unidas ascendió al 11.6% en relación al 9.1% y disminuyó al 12.4% (sobre un 14.3% en 1987) entre las casadas. Así en 1992 los sistemas tradicionales se distribuyeron en forma más homogénea entre las usuarias.

Por otro lado, el centro presentó sus propias particularidades. Al igual que en el noroeste, en 1992, el uso de la esterilización femenina fue mayor entre las mujeres casadas (40.5% contra el 32.6% en 1987) y relativamente menor entre las unidas (37.4% sobre un 28.1% respectivamente). Cabe anotar que en relación a 1987 se produjo un incremento sustancial de este método, entre las usuarias. El uso del DIU disminuyó en 1992, no obstante, logró conservar su posición como el segundo anticonceptivo más utilizado entre las mujeres unidas (20.2% en relación al 29.5% en 1987), más que en las casadas (15.9% sobre un 23.4% respectivamente). Es necesario destacar que

todavía en 1992, los sistemas tradicionales fueron importantes entre las mujeres casadas (17.7% contra un 24.8% en 1987), y a pesar de que disminuyeron, jugaron un papel importante en las prácticas sexuales tanto de las mujeres casadas como las de unión libre (14.8%), inclusive para estas últimas la proporción de usuarias de métodos tradicionales aumentó en relación a 1987 (10.3%). En este sentido, se observa que los métodos tradicionales están alcanzando la importancia que obtuvo el DIU en el centro del país. Por su parte, los hormonales orales quedaron relegados a la cuarta posición en 1992 al igual que en 1987, no obstante, disminuyó su uso entre las mujeres unidas (de un 29.5% a un 12.2%) y las casadas (de un 23.4% a un 13.1%). Por último, decreció la importancia de las inyecciones en 1992 al grado que fue colocado en el último método preferido por las mujeres unidas (de un 25.3% bajó a un 11.7%), y por las mujeres casadas (de un 3.2% en 1987 alcanzó un 4.8% en 1992).

Por su parte, el sureste compartió algunas similitudes con las otras regiones del país. En las tres zonas se dió un comportamiento semejante respecto a la distribución de la esterilización femenina. En el sureste el uso de la operación femenina fue más elevado entre las mujeres casadas (de un 34.4% en 1987 aumentó a un 46.8%), mientras que un porcentaje menor le correspondió a las mujeres unidas (38.8% en 1992 en relación a un 31.2% en 1987). Es importante reiterar que hubo un incremento notable de la oclusión tubaria bilateral en el sureste en relación a 1987 en detrimento de los métodos tradicionales y las pastillas. A pesar de la disminución que registraron los métodos tradicionales en 1992 lograron colocarse en segundo lugar y desplazaron a los hormonales orales. Los primeros presentaron un incremento en relación a 1987 entre las mujeres en unión consensual (de un 11.3% a un 17.6% en 1992) mientras tanto, mantuvo un porcentaje similar entre las casadas (de un 22.8% a un 19.7%). Por su parte, las pastillas decrecieron en relación a 1987 y quedaron en tercer lugar: de un 21.3% disminuyó al 18.2% en 1992 para las casadas y de un 22.1% en 1987 descendió a un 17.4% para las unidas.

En forma de analogía se diría que mientras en el sureste en 1992 se entabló una competencia entre los métodos tradicionales y las pastillas, en el centro se dió entre los sistemas naturales y el DIU. En contraste, las inyecciones siguieron como en 1987 y continuaron relegadas, sobre todo, en las casadas donde bajó su consumo (de un 21.3% a un 7.7%) más que las unidas. Es necesario destacar que en el sureste el DIU no fue un método muy importante como sucedió en el noroeste y centro del país.

Por último, cabe señalar que en las tres regiones, la esterilización femenina se convirtió en el método más importante entre las mujeres casadas, en tanto, las mujeres en unión libre usaron en mayor medida métodos temporales. La actitud de estas últimas posiblemente se explique porque no han regularizado su estabilidad en el matrimonio y todavía deseen tener hijos. Además es interesante destacar que mientras para las usuarias del noroeste fueron más importantes los métodos modernos, para el centro y sureste del país, los métodos tradicionales se colocaron entre los más solicitados y compitieron por el segundo lugar con el DIU o los hormonales orales.

En este apartado, el hecho más sobresaliente se manifestó a través del crecimiento o aumento de las usuarias unidas. Esta tendencia es positiva en tanto que las mujeres cada vez más se convierten en usuarias de algún método anticonceptivo y se refleja en un avance muy sutil hacia el proceso de transición demográfica. En este sentido, queda mucho por hacer para alcanzar el proceso de convergencia regional por la gran disparidad que existe en cada una de las regiones, entre las usuarias unidas y casadas.

CUADRO No. 5.6				
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES SEGÚN ESTADO CIVIL POR REGIÓN DE RESIDENCIA, 1992				
<b>ESTADO CIVIL</b>				
<b>PROPORCIÓN TOTAL DE USUARIAS</b>		23.8	76.2	
<b>NOROESTE</b>				
<b>Método</b>		Unión libre	Casada	
Operación femenina		34.4	47.7	
Operación masculina		0.8	1.4	
Pastillas		31.5	22.3	
Inyecciones		6.3	3.6	
DIU		15.1	12.4	
Condomes		4.3	5.4	
Ovulos, jaleas		0.6	0.3	
Ritmo		2.7	4.7	
Retiro		4.0	2.0	
Otro		0.3	0.3	
Total %		100.0	100.0	
<b>Número de casos</b>		198631	635155	
<b>CENTRO</b>				
<b>ESTADO CIVIL</b>				
<b>PROPORCIÓN TOTAL DE USUARIAS</b>		12.8	87.2	
<b>Método</b>		Unión libre	Casada	
Operación femenina		37.4	40.5	
Operación masculina		0.0	1.6	
Pastillas		12.2	13.1	
Inyecciones		11.7	4.8	
DIU		20.2	15.9	
Condomes		2.9	5.5	
Ovulos, jaleas		0.0	0.3	
Ritmo		9.4	11.4	
Retiro		5.4	6.8	
Otro		1.0	0.1	
Total %		100.0	100.0	
<b>Número de casos</b>		88249	600255	
<b>SURESTE</b>				
<b>ESTADO CIVIL</b>				
<b>PROPORCIÓN TOTAL DE USUARIAS</b>		18.9	81.1	
<b>Método</b>		Unión libre	Casada	
Operación femenina		38.8	46.8	
Operación masculina		0.4	0.6	
Pastillas		17.4	18.2	
Inyecciones		13.9	7.7	
DIU		11.5	6.4	
Condomes		1.6	2.3	
Ovulos, jaleas		0.0	0.3	
Ritmo		13.0	14.5	
Retiro		3.0	2.9	
Otro		0.5	0.2	
Total %		100.0	100.0	
<b>Número de casos</b>		126284	543236	
* Muestra ponderada				
FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA, 1992.				

## **5.6. Principales características socioeconómicas de las usuarias.**

### *Uso de métodos anticonceptivos según nivel de escolaridad*

Como se dijo anteriormente, el impacto que tienen los anticonceptivos sobre las mujeres depende en buena medida de su nivel educativo. En este sentido, cabe destacar que en 1992 disminuyó el grado de aceptación de los anticonceptivos entre las mujeres sin escolaridad. De esta manera, resultó que fueron muy pocas las usuarias que no tenían instrucción escolar. En el noroeste correspondió al 3.7% en relación al 4.4% en 1987, una décima parte al centro (10.8% sobre un 12.6%) y disminuyó en el sureste (de un 16.7% en 1987 a un 11.9% en 1992), la zona más atrasada del país.

Es interesante señalar que desde 1987 se presentaron grandes contrastes entre las usuarias sin escolaridad en las tres regiones analizadas. En 1992, las desigualdades se desvanecieron en relación al grado de escolaridad. Las mujeres que no habían concluido el ciclo primario presentaron un comportamiento desigual. En el sureste aumentaron en forma notable al grado que abarcaron el 38.5% de la población usuaria (sobre el 29.7% alcanzado en 1987), mientras que en el centro, las mujeres que no terminaron su primaria decrecieron en relación a 1987 (32.1%), sin embargo, siguieron siendo representativas (30.0%) de las usuarias y en el noroeste aunque se dio una disminución muy leve, las colocó como representantes de una cuarta parte (25.6% sobre un 29.5% en 1987) de las usuarias totales de esa región. Por otro lado, entre las mujeres que terminaron su primaria, la proporción de usuarias fue semejante entre las regiones. Esto ocurrió porque las usuarias de nivel primario del noroeste decrecieron de un 34.1% en 1987 a un 25.2% en 1992 y aumentaron en el centro de un 24.2% a un 25.6% y en el sureste de un 17.5% a un 20.5%.

Por su parte, entre las mujeres de mayor grado escolar (de secundaria hacia adelante) se incrementó de manera sustancial el número de usuarias y por lo tanto, los resultados entre las regiones fueron dispares. A la tendencia más o menos similar que se dio en 1987 y que las colocaba como representativas de aproximadamente el 30.0% de la población usuarias se desajustó con el aumento desmesurado que se registró sobre todo en el noroeste de un 32.0% a un 45.5%, del incremento que se presentó en el centro de un 31.2% a un 33.6%, a excepción del sureste, que disminuyó de un 36.5% a un 29.1%. En este sentido, hay que señalar que al interior de la república, las mujeres de secundaria y más grado de instrucción tuvieron mayor conciencia para regular su fecundidad, principalmente, en el centro y noroeste del país. No obstante, de que en 1992 no se presentó una relación totalmente ascendente y recíproca entre el grado educativo de las



mujeres y la proporción de usuarias<sup>2</sup>, la tendencia aunque matizada sigue siendo circular, entre más educación tengan las mujeres, más se inclinan por los anticonceptivos y, entre menos instruidas se encuentren, los utilizan en menor grado. A pesar de estas pequeñas diferencias y desnivelaciones entre las regiones, los resultados muestran que el proceso de convergencia continua su curso, en tanto en 1992 se acentuó la reducción de la brecha entre las mujeres menos instruidas y las de mayor educación, a excepción de las mujeres sin escolaridad. Esto implica que los programas de planificación familiar tienen que prestar mayor atención a las mujeres sin instrucción para estimular el proceso de homogeneización regional.

Al analizar la distribución porcentual de métodos anticonceptivos en 1992 según el nivel de escolaridad se observó que en el noroeste el método más utilizado fue la oclusión tubaria bilateral y su empleo fue mayor entre las usuarias de menor escolaridad y, en contrapartida, su demanda decreció a medida que se incrementaron los años de estudio. Así el 64.7% de las mujeres sin escolaridad se encontraban esterilizadas (sobre el 62.3% en 1987), el 58.8% de las usuarias tenían primaria incompleta (contra el 55.6% en 1987), el 50.2% (sobre un 41.8% en 1987) lo representaban las mujeres de primaria completa y, en menor proporción, (31.6% en 1992 en relación al 19.0% en 1987) utilizaban la esterilización femenina las usuarias con nivel de secundaria y más grado educativo. Es importante destacar que las usuarias del noroeste sin importar su grado educativo incorporaron en 1992, la utilización de la operación femenina en el control de la natalidad.

Al igual que en 1987, los hormonales orales se ubicaron en segundo lugar y su empleo se incrementó con los años de escolaridad, no obstante, su uso decreció en relación a 1987. De esta manera, en 1992, entre las mujeres sin escolaridad se registró un incremento del 17.9% sobre un 23.6%, entre las usuarias con primaria incompleta bajó de un 27.0% a un 21.3%, y entre las mujeres con primaria completa disminuyó de un 32.5% a un 22.7% y por último, su empleo aumentó ( de un 22.6% a un 27.9%) entre las que tenían nivel secundario o más grado de escolaridad. La tendencia que se registró en 1987 en relación al DIU, presentó un mismo patrón de comportamiento en 1992; fue el tercer método más utilizado, aunque disminuyó al 18.1% (sobre un 27.5% en 1987) entre las mujeres de mayor grado escolar (como se observa en el cuadro 5.7). Por su parte, el empleo de los métodos tradicionales aumentaron en 1992, entre las usuarias con menor grado de instrucción educativa, así la distribución porcentual pasó de un 0.0% a un 5.7% entre las usuarias sin escolaridad. Entre las mujeres con primaria incompleta se incrementó de un 4.9% a un 7.8%, no obstante, su demanda disminuyó entre las usuarias con primaria

---

<sup>2</sup>En 1992 no se dio una tendencia totalmente vertical, en tanto, en el noroeste y el centro se registró el número más alto de usuarias entre las mujeres de secundaria y las que no terminaron el ciclo escolar ( a excepción del sureste que se presentó en forma inversa), en tercer lugar, se colocaron en todas las regiones, las que concluyeron la primaria y por último, las que no tenían escolaridad.

completa y secundaria o más grado escolar (de un 13.2% a un 10.9% y de 23.4% a un 15.2% respectivamente).

Del análisis anterior, se infiere que la tendencia del noroeste en 1992 es equiparable a la de 1987 y las diferencias se presentaron en la distribución porcentual. En este sentido, cabe destacar, que se elevó el empleo de la operación femenina y los sistemas tradicionales y disminuyeron los métodos temporales modernos.

También en el centro, la operación femenina fue el método más importante en las cuatro categorías analizadas y se registró un incremento en 1992 entre las usuarias de primaria incompleta (de un 23.9% a un 43.7%) y completa (de un 29.3% a un 40.8%). Al igual que en el noroeste, su empleo fue menor a medida que aumentó la escolaridad como se observa en el cuadro 5.7.

En el centro, el empleo de los métodos tradicionales se incrementó entre las mujeres menos educadas en relación a 1987. Así, pasó de un 7.0% al 16.6% entre las mujeres sin escolaridad y entre las usuarias con primaria completa ascendió minimamente de un 24.5% a un 27.1% para las mujeres con primaria completa, mientras presentó un leve descenso para aquellas con primaria incompleta (de un 24.5 a un 27.1%) y para las mujeres con secundaria y más grado escolar (de un 20.9% a un 22.6%). En relación a 1987 se puede apreciar que había una mayor desigualdad entre las usuarias sin importar el grado de escolaridad en el uso de los métodos tradicionales en el centro del país, mientras que en 1992, esta tendencia tuvo un impacto similar entre las mujeres de los distintos niveles educativos. Cabe anotar que la importancia que adquirieron en esta región los métodos tradicionales repercutió en el empleo del DIU. Este último fue desplazado al tercer lugar en 1992. De esta manera, disminuyó drásticamente entre las usuarias sin escolaridad de un 24.6% a un 8.5%, entre las mujeres con primaria incompleta de un 21.7% a un 14.0%, entre las usuarias de primaria completa de 22.9% a un 11.6% y por último para aquellas de mayor grado escolar bajó de un 26.6% a un 24.9%. A pesar de que la política de planificación familiar dirigida por los servicios de salud hacia el centro del país han privilegiado la promoción del DIU hacia la regulación de la natalidad, su empleo decayó en los últimos años. Sin embargo, entre las mujeres de mayor instrucción es significativo su consumo debido a que el empleo de este método no requiere de un control médico continuo.

Por su parte, los hormonales orales conservaron la misma posición de 1987 y permanecieron en el cuarto lugar. No obstante que las pastillas aumentaron considerablemente entre las usuarias sin escolaridad (de 0.0% al 10.6%) y minimamente entre las mujeres de primaria incompleta (de 14.5% a 15.4%) y entre aquellas con secundaria o más grado de instrucción escolar (de un 9.8% a un 12.6%), sufrió una baja entre las mujeres con primaria completa (de un 14.6% a un 11.6%).

En la región sureste se observó la misma tendencia que en el noroeste y centro, es decir, la esterilización femenina aumentó en relación a 1987; fue mayor en aquellas sin escolaridad (de un

34.8% a un 50.2%), entre las usuarias con primaria incompleta (de un 36.4% a un 52.2%) y en menor grado, su empleo se incrementó en el resto de las categorías ( de un 38.3% a un 47.6% entre las mujeres con primaria completa y de un 29.1% a un 32.5% a las usuarias de secundaria y más grado de instrucción). Cabe destacar que si bien en 1987 en el sureste no existieron grandes diferencias entre las usuarias según el nivel de escolaridad, esta tendencia se invirtió en 1992 y fue semejante en las tres regiones, es decir, a mayor nivel de escolaridad se dio un menor uso de la salpigonoclasia.

En 1992, los métodos tradicionales se ubicaron en segundo lugar y a pesar de que disminuyó su empleo entre las mujeres sin escolaridad ( de un 30.5% bajó al 20.7%) y entre las usuarias de mayor nivel educativo (de un 23.0% al 21.8%), por su parte, aumentó entre las mujeres de primaria incompleta (de un 14.7% a un 16.9%) y en aquellas de primaria completa ( (de un 17.8% a un 19.4%). En este sentido, las pastillas fueron desplazadas por los métodos tradicionales. En 1992 fueron más importantes para las mujeres de mayor nivel educativo (de un 15.8% se incrementó a un 22.4%) y para las usuarias sin escolaridad (alcanzó un 17.2% sobre un 14.8% en 1987). Por el contrario, disminuyó su empleo entre las usuarias de primaria incompleta ( de un 31.4% a un 15.6%) y entre las mujeres que concluyeron el ciclo primario (de un 22.4% a un 17.2%). En 1992 se deja atrás la tendencia de 1987 y las usuarias utilizaron los hormonales orales de acuerdo a su nivel educativo. Por su parte, el DIU, fue poco importante para la usuarias como en 1987 y mantuvo la misma tendencia de consumo en relación a los años de escolaridad, es decir, fue relevante para las mujeres de primaria completa (aumentó de 3.6% a un 5.9%) y disminuyó drásticamente en 1992 para las mujeres sin escolaridad (de un 11.5% bajó a 3.2%), para las usuarias de nivel secundario (de un 17.1% a un 13.4%) y para las de primaria incompleta de un 6.0% a un 4.8%, como se observa en el cuadro 5.7. Cabe destacar, que las mayores consumidoras del DIU fueron las mujeres de mayor nivel educativo al igual que en el centro del país.

De esta manera, en las tres regiones, se observó una tendencia similar, es decir, el empleo de un método definitivo fue mayor entre las mujeres con menor grado de escolaridad y disminuyó su empleo entre las mujeres más educadas. En contrapartida, el uso de los métodos temporales fue mayor entre las usuarias con más años de escolaridad. En este contexto, se muestra un cambio en relación a 1987. En aquel período, el noroeste era el único que registraba la tendencia antes señalada, mientras que en 1992 se incorporaron las regiones centro y sureste del país. Esto indica que las mujeres más educadas tuvieron más conciencia y utilizaron en menor grado un método definitivo, y se inclinaron por los menos rigurosos como lo son los temporales. Este hecho señala que la educación tiene un significado importante en la elección de un método para regular la fecundidad. En lo que se refiere al proceso de convergencia pudo verificarse que la brecha se redujo entre las regiones, sobre todo, en las usuarias que tienen una educación formal, mientras se acentuaron las diferencias con las que no tienen ningún grado escolar. Es recomendable desvanecer estos contrastes para alentar el proceso de la transición demográfica.

CUADRO No.5.7

## DISTRIBUCION PORCENTUAL DE USUARIAS POR REGION DE RESIDENCIA SEGUN AÑOS DE ESCOLARIDAD

<b>NOROESTE</b>					
<i>Años de escolaridad</i>					
PROPORCION TOTAL DE USUARIAS	3.7	25.6	25.2	45.5	
Método	<i>Sin Escolaridad</i>	<i>Primaria Incompleta</i>	<i>Primaria Completa</i>	<i>Secundaria y más</i>	
Operación femenina	64.7	58.8	50.2	31.6	
Operación masculina	0.8	0.7	1.0	1.8	
Pastillas	17.9	21.3	22.7	27.9	
Inyecciones	3.6	3.5	3.6	5.0	
DIU	7.2	6.8	11.1	18.1	
Condomes	1.6	4.8	4.8	5.9	
Ovulos, jaleas	0.0	0.8	0.3	0.1	
Ritmo	1.9	1.8	3.1	6.4	
Retiro	2.2	1.2	3.0	2.9	
Otro	0.1	0.2	0.2	0.3	
Total %	100.0	100.0	100.0	100.0	
Número de casos*	30969	213421	210315	379081	
<b>CENTRO</b>					
<i>Años de escolaridad</i>					
PROPORCION TOTAL DE USUARIAS	10.8	30.0	25.6	33.6	
Método	<i>Sin Escolaridad</i>	<i>Primaria Incompleta</i>	<i>Primaria Completa</i>	<i>Secundaria y más</i>	
Operación femenina	54.4	43.7	40.8	31.8	
Operación masculina	3.4	0.4	0.8	2.3	
Pastillas	10.6	15.4	11.6	12.6	
Inyecciones	6.5	4.6	7.2	5.3	
DIU	8.5	14.0	11.6	24.9	
Condomes	1.5	5.5	4.3	6.6	
Ovulos, jaleas	0.0	0.0	0.6	0.3	
Ritmo	6.6	8.7	13.2	13.0	
Retiro	8.5	7.4	9.6	3.0	
Otro	0.0	0.3	0.3	0.2	
Total %	100.0	100.0	100.0	100.0	
Número de casos	74375	206373	176283	231473	
<b>SURESTE</b>					
<i>Años de escolaridad</i>					
PROPORCION TOTAL DE USUARIAS	11.9	38.5	20.5	29.1	
Método	<i>Sin Escolaridad</i>	<i>Primaria Incompleta</i>	<i>Primaria Completa</i>	<i>Secundaria y más</i>	
Operación femenina	50.2	52.2	47.6	32.5	
Operación masculina	0.3	0.3	0.5	1.0	
Pastillas	17.2	15.6	17.2	22.4	
Inyecciones	8.2	9.7	8.0	8.5	
DIU	3.2	4.8	5.9	13.4	
Condomes	0.6	1.0	3.3	3.6	
Ovulos, jaleas	0.0	0.1	1.2	0.0	
Ritmo	15.4	12.4	14.2	16.0	
Retiro	4.7	3.5	1.9	2.2	
Otro	0.4	0.4	0.1	0.3	
Total %	100.0	100.0	100.0	100.0	
Número de casos	79844	257534	137350	194792	
*Muestra ponderada					

FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA, 1992.

### *Uso de métodos anticonceptivos y tamaño de localidad.*

Hacia 1992 la mayoría de las mujeres usuarias siguieron concentradas en las zonas urbanas. El noroeste fue la única región donde se registró un aumento del número de usuarias en las ciudades, (pasó de un 70.7 a un 76.9%) y, por el contrario, disminuyó en el centro del país (de un 70.5% a un 69.3%) y por su parte, el sureste presentó la tendencia más baja (de un 78.6% a un 65.6%). En las localidades rurales, la proporción de usuarias continuó siendo reducida; en el noroeste se registró una disminución que alcanzó el 23.1% (sobre un 29.3% en 1987), mientras que aumentó en la región del centro (de un 29.5% al 30.7%) y sobre todo, en el sureste (de un 21.4% al 34.4%). En este contexto, el avance hacia el proceso de convergencia ha sido mínimo, en tanto el sureste fue el único que mostró una reducción de la brecha.

Al analizar la distribución porcentual de anticonceptivos según el tamaño de localidad, se registró que el método más utilizado en la región noroeste fue la esterilización femenina. En 1992, la proporción de usuarias disminuyó en las zonas rurales en relación a 1987 (de un 50.7% a un 43.5%), mientras que en las localidades urbanas se incrementó (de un 34.8% a un 44.8%). Por su parte, los hormonales orales permanecieron en el segundo lugar, sin embargo en 1992, su uso fue más elevado en las áreas rurales (de un 27.7% ascendió a un 29.9%) y disminuyó su empleo en las zonas urbanas (de un 27.1 a un 22.9%). Por su parte, el DIU dejó atrás las grandes diferencias por el tipo de localidad y presentó un comportamiento similar tanto en las áreas urbanas (de un 15.9 a un 13.3%) como en las rurales (de un 7.5% a un 12.2%). Esta misma tendencia se registró entre los métodos tradicionales, no obstante, la proporción de usuarias en las ciudades disminuyeron de un 14.5% a un 12.6% en relación a 1987 y se mantuvieron estables en el ámbito rural (de un 10.1% a un 10.9%). En este marco, la región noroeste mantuvo la misma tendencia que en 1987 con algunas variaciones en la proporción de uso, mientras que el centro y sureste presentaron particularidades específicas.

En la región centro, la esterilización femenina también ocupó el primer lugar como en el noroeste del país y a pesar de su incremento en 1992 no se manifestaron prácticamente diferencias entre las zonas rurales (de un 32.% a un 42.3%) y urbanas (de un 32.4% a un 39.1%). Por su parte, los métodos tradicionales se colocaron en segundo lugar y desplazaron al DIU. Su empleo en las ciudades fue similar a 1987 (de un 24.2% a un 24.7%) y por el contrario disminuyó en el ámbito rural (de un 22.9% a un 18.7%). De esta manera, el DIU fue el tercer método más solicitado entre las usuarias de las áreas urbanas, mientras que decreció (de un 23.9% a un 18.0%) en las zonas rurales (de un 25.0% a un 13.0%). En las áreas rurales fueron más importantes las pastillas

(ascendió de 9.8% al 16.2%), mientras que en las ciudades su empleo se mantuvo casi constante (de un 11.9% a un 11.5%).

De las observaciones anteriores se desprende que perdieron importancia los hormonales orales y el DIU ya que aumentó la demanda de los métodos tradicionales en 1992. A pesar de que la distribución porcentual de usuarias por método anticonceptivo registró mínimas diferencias entre localidades tanto en la región noroeste como en el centro del país, todavía existe una amplia brecha de la cobertura anticonceptiva en relación a la proporción total de usuarias.

Por su parte, el sureste presentó un patrón similar al centro. También el uso de un método definitivo para regular la fecundidad se constituyó en el más importante. Además, se registró un incremento de este método en relación a 1987, ya que la proporción de usuarias en las zonas rurales pasó de un 30.7% a un 44.0% y del 34.75 al 46.0% en las áreas urbanas.

Al igual que en el centro, los métodos tradicionales se ubicaron en el segundo lugar y las diferencias fueron mínimas; en el ámbito rural fueron más importantes que en 1987 y representaron el 21.2% en 1992 sobre el 15.0%, mientras que en las ciudades disminuyó su empleo de un 22.5% a un 18.4%. Cabe señalar que los métodos tradicionales desplazaron a los hormonales orales al tercer lugar debido a la disminución de su empleo en 1992. Así, el uso de las pastillas fue menor en las zonas rurales en relación a 1987 (de un 32.4% a un 16.4%), mientras que en las localidades urbanas su incremento fue mínimo (de un 18.5% a un 19.0%). Por su parte, las inyecciones y el DIU tuvieron poca importancia en el sureste de país. No obstante, se dio un aumento insignificante en las localidades rurales (las inyecciones pasaron de un 10.0% a un 11.3% y el DIU de un 4.2% a un 5.7%), en tanto, que disminuyeron en las zonas urbanas (de un 10.4% a un 7.5% y de un 12.2% a un 8.2%, respectivamente).

En general se puede señalar que para 1992 no se presentaron grandes diferencias por tamaños de localidad entre las regiones. Esto indica un avance respecto a 1987 ya que estos logros fueron únicamente alcanzados en el centro del país. Si bien existe una tendencia a favor de una analogía cada vez más estrecha en cada una de las regiones a nivel de distribución porcentual entre las localidades, todavía la mayor parte de las usuarias están concentradas en las ciudades y constituye un rezago para alcanzar la transición demográfica.

CUADRO No. 5.8				
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE USUARIAS SEGÚN TAMAÑO DE LOCALIDAD POR REGIÓN DE RESIDENCIA, 1992				
<b>TAMAÑO DE LOCALIDAD</b>				
<b>PROPORCIÓN TOTAL DE USUARIAS</b>		23.1	76.9	
<b>NOROESTE</b>		RURAL	URBANO	
<b>Método</b>				
Operación femenina		43.5	44.8	
Operación masculina		0.4	1.6	
Pastillas		29.9	22.9	
Inyecciones		3.6	4.4	
DIU		12.2	13.3	
Condomes		4.9	5.2	
Ovulos, jaleas		0.6	0.2	
Ritmo		2.3	4.8	
Retiro		1.9	2.6	
Otro		0.5	0.2	
<b>Total %</b>		100.0	100.0	
<b>Número de casos</b>		192872	640914	
<b>CENTRO</b>				
<b>TAMAÑO DE LOCALIDAD</b>				
<b>PROPORCIÓN TOTAL DE USUARIAS</b>		30.7	69.3	
<b>Método</b>		RURAL	URBANO	
<b>Operación femenina</b>		42.3	39.1	
Operación masculina		0.4	1.9	
Pastillas		16.2	11.5	
Inyecciones		9.2	4.2	
DIU		13.0	18.0	
Condomes		4.1	5.6	
Ovulos, jaleas		0.0	0.4	
Ritmo		8.0	12.5	
Retiro		6.6	6.6	
Otro		0.1	0.3	
<b>Total %</b>		100.0	100.0	
<b>Número de casos</b>		211532	476972	
<b>SUERESTE</b>				
<b>TAMAÑO DE LOCALIDAD</b>				
<b>PROPORCIÓN TOTAL DE USUARIAS</b>		34.4	65.6	
<b>Método</b>		RURAL	URBANO	
Operación femenina		44.0	46.0	
Operación masculina		0.6	0.5	
Pastillas		16.4	19.0	
Inyecciones		11.3	7.5	
DIU		5.7	8.2	
Condomes		1.5	2.5	
Ovulos, jaleas		0.2	0.3	
Ritmo		16.2	13.2	
Retiro		3.5	2.7	
Otro		0.7	0.1	
<b>Total %</b>		100.0	100.0	
<b>Número de casos</b>		230230	439290	
<b>* Muestra ponderada</b>				
<b>FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA, 1992.</b>				

### Uso de método anticonceptivos según condición de actividad

En 1992, se mantuvo la tendencia presentada en la ENFES de 1987, es decir, que la proporción total de usuarias de mujeres que participaron en el mercado laboral se incrementaba conforme nos desplazábamos hacia el sur de México. No obstante, la cobertura anticonceptiva disminuyó en las tres regiones. Así, el noroeste presentó el 20.9% de la usuarias sobre un 22.6% en 1987, el sureste de un 37.9% a un 34.9%, mientras que en el centro descendió drásticamente del 32.2% al 23.4%. En este contexto, las mujeres usuarias que se encontraban “inactivas” se incrementaron en relación a 1987, en particular en el centro del país aumentó de un 67.8% a un 76.6% y en menor medida en el noroeste (de un 77.4% a un 79.1%) y en el sureste del país (de un 62.1% a un 65.1%). A pesar de que en 1992 se registró un aumento entre las usuarias dedicadas a las labores del hogar y decrecieron las que desarrollaban trabajos extradomésticos, todavía existe una gran desigualdad para alcanzar el proceso de homologación en cada una de las regiones.

Al analizar la distribución de usuarias de métodos anticonceptivos, se observó que para 1992 habían desaparecido las diferencias hacia el interior de las regiones en relación a 1987. Así en la región noroeste, el método más solicitado entre las mujeres que participaron en el mercado laboral fue la operación femenina (aumentó de un 44.6% a un 46.7%) y en aquellas que no realizaron tareas extradomésticas se incrementó de un 37.7% a un 43.8%. Estas cifras indican que hubo un mayor empleo de la oclusión tubaria bilateral en 1992. El segundo método más utilizado fueron las pastillas, las cuales fueron significativas en 1987 (29.5%) como en 1992 (26.0%) entre las mujeres que permanecieron en el hogar y en menor grado para las mujeres en actividad laboral (de un 20.4% a un 19.0%). Por su parte, el uso del DIU en el noroeste se equiparó con los métodos tradicionales, ya que alcanzaron una distribución similar a la de 1987. Así, el DIU representó el 12.9% (sobre 13.6% en 1987) entre las mujeres “inactivas” y el 13.7% (sobre un 13.1% respectivamente) entre las mujeres incorporadas al mercado de trabajo. En el caso de los métodos tradicionales se registró una disminución en relación a 1987 y se presentó una proporción del 11.3% entre las amas de casa (sobre un 12.1% en relación al período anterior) y el 14.0% (sobre el 18.5%) entre las mujeres que se encontraban en actividad laboral.

Por su parte, la región centro presentó una distribución porcentual de anticonceptivos repartida de manera semejante entre ambas categorías equiparables a 1987. Así, el método más empleado fue la oclusión tubaria bilateral y la proporción de usuarias fue similar al período anterior, del 43.6% entre las mujeres activas y el 39.0% entre las usuarias “inactivas” (sobre un 37.7%). Por su parte, los métodos tradicionales se ubicaron en segundo lugar, y tampoco se encontraron diferencias entre las mujeres que se encontraban en el hogar (22.5% sobre un 21.5% en 1987) y aquellas que participaron en el mercado laboral (24.0% en relación a un 28.6% en 1987). En este contexto, los métodos tradicionales desplazaron al DIU al tercer lugar. También la proporción de empleo del DIU fue parecida entre las usuarias amas de casa (16.7%) y las que



participaron como fuerza de trabajo (15.7%), sin embargo, decreció su utilización en comparación a 1987(24.7% y 22.2% respectivamente).

Por último, las pastillas continuaron perdiendo fuerza y ocuparon el cuarto lugar entre los métodos más utilizados con una distribución porcentual del 14.1% ( sobre un 12.1% en 1987) entre las mujeres “inactivas” y el 9.1% entre las usuarias activas (igual que en el período anterior). Del análisis anterior se desprende que la variable condición de actividad no es una generadora de contrastes en el empleo de anticonceptivos entre las mujeres del noroeste y centro del país. En este sentido, la región sureste tampoco fue la excepción. De esta manera, la esterilización femenina aumentó en relación a 1987 y alcanzó en 1992 una distribución similar: un 45.9% entre las mujeres que trabajaron fuera del hogar y un 45.0% entre las usuarias amas de casa. Por su parte, los métodos tradicionales presentaron un incremento entre las usuarias que participaron en el mercado laboral (21.3% en relación al 12.4%) y disminuyeron entre las mujeres que se encontraban en el hogar (de un 26.2% a un 18.2%). En tercer lugar, se ubicaron las pastillas y presentaron un porcentaje similar entre ambas categorías, se registró una disminución (del 16.0% sobre un 23.1%) entre las usuarias incorporadas a la fuerza de trabajo y se mantuvieron constantes entre las mujeres que no realizaron tareas extradomésticas (19.2% sobre un 19.7% en 1987). Por su parte, las inyecciones se colocaron en el cuarto lugar y su proporción osciló como en 1987; no obstante, aumentó de un 8.0% sobre 5.5% entre las mujeres activas y decreció de un 13.3% a un 9.3% entre las “inactivas”. Finalmente, el método menos empleado fue el DIU y pasó de una distribución diferencial entre las usuarias para colocarse en 1992 en una posición semejante entre las usuarias que trabajaron en el mercado de laboral (de un 3.7% a un 7.5%) y las mujeres amas de casa ( de un 14.8% a un 7.3%).

A manera de conclusión se infiere que en relación a 1987 se verificó un proceso análogo en el uso de métodos anticonceptivos por condición de actividad y por lo tanto, no aparecieron diferencias significativas en las tres regiones analizadas. Estos hechos marcan un afianzamiento del proceso de convergencia interregional, sin embargo, todavía existe una gran diferencia entre la proporción total de usuarias activas e “inactivas” para alcanzar las metas de la transición demográfica al interior del país.

Por otro lado, es necesario asentar que la importancia que las usuarias dieron a los anticonceptivos, ya fuesen amas de casa o tuvieran una relación laboral, indicaría que en estudios posteriores, la variable condición de actividad no sea un factor determinante para explicar el uso de anticonceptivos.

CUADRO No.5.9			
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES USUARIAS POR REGION DE RESIDENCIA SEGUN CONDICION DE ACTIVIDAD			
<b>NOROESTE</b>			
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD			
PROPORCION TOTAL DE USUARIAS		20.9	79.1
<i>Método</i>		ACTIVA	INACTIVA
Operación femenina		46.7	43.8
Operación masculina		2.7	0.9
Pastillas		19.0	26.0
Inyecciones		3.3	4.4
DIU		13.7	12.9
Condomes		5.0	5.2
Ovulos, jaleas		0.4	0.3
Ritmo		7.5	3.4
Retiro		1.5	2.7
Otro		0.0	0.3
Total %		100.0	100.0
Número de casos*		174173	658935
<b>CENTRO</b>			
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD			
PROPORCION TOTAL DE USUARIAS		23.4	76.6
<i>Método</i>		ACTIVA	INACTIVA
Operación femenina		43.6	39.0
Operación masculina		1.4	1.4
Pastillas		9.1	14.1
Inyecciones		5.2	5.9
DIU		15.7	16.7
Condomes		4.2	5.4
Ovulos, jaleas		0.4	0.3
Ritmo		13.8	10.3
Retiro		6.0	6.8
Otro		0.5	0.1
Total %		100.0	100.0
Número de casos		160785	527583
<b>SURESTE</b>			
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD			
PROPORCION TOTAL DE USUARIAS		34.9	65.1
METODO		ACTIVA	INACTIVA
Operación femenina		45.9	45.0
Operación masculina		0.3	0.7
Pastillas		16.0	19.2
Inyecciones		8.0	9.3
DIU		7.5	7.3
Condomes		1.4	2.6
Ovulos, jaleas		0.1	0.4
Ritmo		17.0	12.6
Retiro		2.9	2.9
Otro		0.8	0.0
Total %		100.0	100.0
Número de casos		233629	435198
Muestra ponderada			
FUENTE: DATOS ELABORADOS CON BASE EN LA ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA, 1992.			

### **5.7. Balance, 1987-1992**

Los datos arrojados por las encuestas muestran que ocurrieron cambios, sin embargo, estos no fueron tan fuertes. Es comprensible que un período de cinco años, no es un lapso determinante desde el punto de vista demográfico para observar transformaciones significativas en la conducta de la población sobre la práctica anticonceptiva. Además, en la actualidad, el ritmo de incremento de la práctica anticonceptiva se desaceleró con el paso de los años, es decir, hoy día los Programas de Planificación Familiar no tienen el mismo impacto como en sus inicios. En este contexto, los resultados aportados por la ENFES (1987) y la ENADID (1992) confirman que las regiones donde la cobertura anticonceptiva fue elevada en 1987, presentaron en 1992, un aumento poco significativo mientras que, para esta misma fecha, en aquellas regiones donde la prevalencia fue baja, el aumento fue más representativo. Estos elementos fueron precisamente los que implicaron un avance en el proceso de transición demográfica y marcaron un adelanto hacia la convergencia regional.

De esta manera, al contrastar la ENFES y la ENADID se observó lo siguiente:

\* Para 1987, la región que más logros tuvo a nivel de prevalencia anticonceptiva fue el noroeste, el cual presentaba el 70.1% de usuarias, mientras que, para 1992, alcanzó el 71.8%, o sea, un incremento de 1.7 puntos porcentuales.

\* La región centro en 1987 contaba con el 47.7% de las usuarias; sin embargo, en 1992, la proporción de usuarias fue de 52.9%, es decir, una diferencia de 5.2 puntos porcentuales.

\* La región sureste fue la que registró el salto más importante; así en 1987 la proporción de usuarias fue de 33.3% y en 1992 del 56.5%, es decir, se presentó un incremento de 23.2 puntos porcentuales.

Desde esta perspectiva, la región noroeste, la cual había tenido logros muy importantes en 1987 a nivel de la práctica anticonceptiva, no obtuvo en 1992, grandes avances. El incremento de la prevalencia anticonceptiva se hizo más evidente en aquellas regiones que estuvieron en 1987 más rezagadas, así correspondió a la región sureste en 1992 un incremento sustancial y el centro registró un aumento mucho más lento.

Al analizar la distribución de las usuarias por región de residencia se puede señalar lo siguiente:

En la región noroeste, el aumento más importante entre 1987 y 1992 se presentó con la operación femenina y se registró un incremento de cinco puntos porcentuales. Esto se podría explicar por la incorporación de más usuarias y su preferencia hacia un método definitivo para regular la fecundidad o por el abandono de métodos temporales para aquellas mujeres que

decidieron el ideal de familia, y en consecuencia eligieron la esterilización femenina. Por el contrario en un lapso de cinco años los métodos anticonceptivos restantes mostraron pequeños descensos a excepción de las inyecciones que se incrementaron en 1.8% y del retiro, en un 1.0%. Por su parte, los hormonales orales (en todas las regiones) tendieron a la disminución (2.8%) y el DIU a pesar de su reducción se mantuvo casi estable (0.4%). Entre los métodos tradicionales, el uso del condón y el ritmo decrecieron en un 1.0 punto porcentual. En este contexto, se observó la presencia de cambios poco sustanciales en la región noroeste y esto implicó que la cobertura de la prevalencia anticonceptiva fuese mínimo. Esto señala que el movimiento de este proceso se desacelera con el paso de los años y en consecuencia, en el futuro, el crecimiento será lento.

En el caso de la región centro, al igual que en el noroeste, el mayor aumento se registró en la esterilización femenina con 7.8 puntos porcentuales; sin embargo, se presentó una reducción importante en el uso del DIU (7.4%). Este comportamiento se tradujo en un mayor empleo de los métodos tradicionales ya que en la mayoría de las variables, el DIU perdió fuerza y fue reemplazado por los sistemas naturales. Respecto a los demás métodos anticonceptivos estos no sufrieron variaciones importantes en el centro del país.

En la región sureste, la esterilización femenina ascendió 11.5 puntos porcentuales, mientras que entre los métodos tradicionales, el ritmo fue el que más se incrementó (4.2%) y por el contrario, disminuyó el retiro en un 6.3%. La tendencia de las pastillas y el DIU fue hacia la baja, se redujeron aproximadamente en un 3.0%.

Lo descrito anteriormente reafirma la hipótesis de que el proceso de homogeneización hacia la convergencia entre regiones se está produciendo en México en aquellas regiones donde se manifiesta una menor prevalencia anticonceptiva se produce un incremento a un ritmo más rápido.

Estos planteamientos confirman el avance de la prevalencia anticonceptiva en México y su disposición hacia el control y la regulación de la fecundidad por medio de métodos modernos. En este sentido cabe señalar que la demanda de ciertos anticonceptivos en detrimento de otros, se debe a la difusión de la política oficial auspiciadas por las instituciones de salud. De esta manera la oferta de la esterilización femenina y el dispositivo intrauterino gracias a las campañas de planificación familiar afectaron a los hormonales orales.

Con respecto a cada una de las variables descritas, se puede mencionar lo siguiente:

### ***Conocimiento y cobertura de la prevalencia anticonceptiva***

En este sentido, podemos destacar que si bien en 1987 se presentó en cada una de las regiones una lógica operativa entre el conocimiento y la cobertura anticonceptiva, es decir, a mayor conocimiento mayor uso de anticonceptivos como sucedió en el noroeste, y, a menor conocimiento, la capacidad de la cobertura disminuyó como ocurrió en el sureste. No obstante,

este panorama se transformó en 1992, la única región que conservó esta tendencia fue el noroeste ya que el proceso se desajustó en el centro y sureste del país, o sea, el sureste que estaba más rezagado en relación al centro, acrecentó en 1992, el conocimiento y el empleo de anticonceptivos, mientras que en el centro, esta relación fue más anacrónica, es decir, se elevó el conocimiento y disminuyó el número de usuarias. Estos resultados que se presentaron como una especie de desequilibrios, en realidad, son efectos del propio proceso de convergencia regional.

### ***Grupos quinquenales de edad***

En términos generales, se afirma que la pertenencia a un grupo de edad se manifiesta en la adopción de un determinado método anticonceptivo, así sucedió en 1987 y en 1992: las mujeres que pertenecían a los primeros grupos de edad utilizaron un método temporal para regular la fecundidad, mientras que a partir de los 30 años, la esterilización femenina concentraba al 50.0% de las mujeres usuarias, o sea aumentaba su empleo en los subsiguientes grupos de edad.

Durante un lapso de cinco años, el empleo de la operación femenina se intensificó y en 1992 comenzó a ser importante para las usuarias de 20 y más años de edad. Este proceso, denota que existe en el país, una mayor conciencia hacia el control de la fecundidad.

### ***Número de hijos***

En términos generales, se puede indicar que los métodos temporales fueron importantes para las usuarias que habían determinado el ideal de familia, mientras que la esterilización femenina adquirió tal magnitud que alcanzó a las mujeres que no habían tenido hijos. Es interesante señalar que en 1992 se produjo un incremento de usuarias entre los primeros grupos de edad y señala que las mujeres que aún no tenían hijos presentaran mayor conciencia para controlar su fecundidad al retrasar el nacimiento de su primer hijo. Este espaciamiento entre nacimiento fue un fenómeno que estuvo presente desde 1987 con las usuarias que tuvieron uno y dos hijos y se incorporó a este proceso de manera muy lenta el retraso al primer hijo en 1992. Este control de la natalidad implica un avance más hacia el proceso de la transición demográfica.

### ***Situación conyugal***

Esta variable no presentó grandes cambios en el comportamiento anticonceptivo de la población entre 1987 y 1992. Sin embargo, cabe señalar, que aumentaron las usuarias en unión libre. Esto indica que las usuarias independientemente del tipo de unión que establezcan requieren de la utilización de anticonceptivos para regular su fecundidad.

### ***Nivel de escolaridad***

En este aspecto se dieron cambios muy importantes entre 1987 y 1992. Si bien, en 1987 el noroeste había logrado una relación entre el grado de instrucción escolar y la adopción de un

método anticonceptivo en 1992, el patrón de comportamiento fue semejante en el centro y sureste del país. Esto señala un adelanto hacia el proceso de convergencia regional.

### ***Tamaño de localidad***

Cabe señalar que la brecha en el contexto rural y urbano todavía son muy amplias, no obstante, lograron en 1992, cada una de las regiones, un comportamiento análogo frente a la distribución porcentual de los métodos anticonceptivos gracias a los efectos sistemáticos como resultado de las campañas de planificación familiar. Esta labor se refleja, a pesar de los obstáculos, en un avance hacia la homologación regional.

### ***Condición de actividad***

Un proceso semejante se observó en la condición de actividad de las mujeres, ya que entre 1987 y 1992 se minimizaron las diferencias presentadas entre las mujeres usuarias amas de casa y aquellas que participaron en el mercado laboral.

Sin embargo, todavía las brechas de la cobertura anticonceptiva son amplias y las campañas de planificación deben dirigir sus esfuerzos para acrecentar la proporción de mujeres usuarias. En el análisis de esta variables se hizo evidente la gran afinidad interregional en torno a la distribución de los métodos anticonceptivos. Este comportamiento equiparable entre regiones apunta hacia una similitud al interior del país.

## **CAPITULO VI**

### **5. Aplicación de un modelo estadístico de regresión logística**

La práctica anticonceptiva es un fenómeno que se ha generalizado en México, por lo menos, entre la población de mujeres que se encuentran unidas. Como se ha venido mostrando a lo largo de este trabajo, aproximadamente el 60% de las mujeres unidas es usuaria de un método anticonceptivo, alrededor de un 50% de estas mujeres utilizan un método definitivo para regular la fecundidad. En otras palabras, es más probable que una mujer unida use un método definitivo para regular la fecundidad. Es precisamente esta condición de probabilidad, la que nos lleva a explorar los factores determinantes.

De este modo, ¿cuáles son los factores que están vinculados con la probabilidad de que una mujer unida utilice un método definitivo para regular la fecundidad?. A lo largo de este trabajo se han analizado las características de las mujeres usuarias actuales en tres regiones de México, entre 1987 y 1992. De este análisis meramente descriptivo, se observó que para 1987, la operación femenina, fue el método más utilizado por las usuarias actuales y que para 1992, la distribución porcentual en el uso de un método definitivo, ha tenido un fuerte incremento en las regiones estudiadas. Por lo tanto, interesa establecer en este capítulo los factores determinantes de su uso.

#### **5.1. Niveles de determinación.**

La práctica anticonceptiva, es un fenómeno muy complejo de estudiar, ya que en el proceso de adopción son múltiples los factores asociados. Especialmente en el contexto mexicano, en el que las políticas de planificación familiar han jugado un rol importante en la oferta de determinados métodos anticonceptivos, por otro lado, en este proceso están vinculados la toma de decisiones de la pareja, factores culturales, la región de residencia circunscripta en un contexto socioeconómico dado.

No obstante, sería muy ambicioso querer acercarnos a todos estos factores determinantes que están vinculados a la adopción de un método anticonceptivo. Por lo menos, las fuentes de información, permiten acercarnos entre otros al siguiente conjunto de determinantes: los contextuales, que hace mención a la región de residencia a la que pertenece la usuaria, los socioeconómicos y finalmente los demográficos.

En el capítulo III, se menciona una clasificación de métodos anticonceptivos según pertenezcan al grupo de los métodos temporales o definitivos. Esta clasificación se estableció precisamente, por la importancia que adquirió el método definitivo para regular la fecundidad. De esta manera, la variable dependiente toma un carácter dicotómico, es decir, que puede presentar dos valores.

esta manera, la variable dependiente toma un carácter dicotómico, es decir, que puede presentar dos valores.

Un modelo de regresión logística, es el tratamiento ideal, necesario para este tipo de variables.

### 5.2. Presentación del modelo

Es común en estadística ajustar un modelo a los datos en los cuales se intenta establecer la relación que guarda la variable respuesta y las variables que intentan explicar a éstas (variables explicativas o covariables). Este tipo de modelos recibe el nombre genérico de modelo de regresión.

Existen una gran cantidad de modelos de regresión y la diferencia entre ellos radica esencialmente en el tipo de variable respuesta que se considere.

#### *Modelo Logit*

El propósito de la regresión logística es intentar predecir un fenómeno o hecho social que se puede clasificar de forma dicotómica, es decir, sólo admite dos respuestas posibles, en este caso, la elección de un método anticonceptivo definitivo o no definitivo. Esta se puede codificar como una respuesta (0 o 1), por ejemplo uso de un método definitivo es igual a 1, y uso de un método temporal es igual a 0. Para encontrar la relación de estas respuestas con las variables es común ajustar un modelo de regresión logística (logit).

En las ciencias sociales, es común trabajar con más de dos variables independientes y en este sentido, la inclusión de este conjunto de variables en la ecuación de regresión logística ( $X_{i1}, X_{i2}, X_{i3}, \dots, X_{im}$ ) constituye el denominado modelo multivariable.

Las ecuaciones que describen al modelo cuando la variable dependiente es dicotómica "Y = (1, 0)" son:

$$P(Y = 1) = \frac{e^{-(\alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \dots + \beta_m x_m)}}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \dots + \beta_m x_m)}} \quad (a)$$

$$P(Y = 1) = \frac{e^{\alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \dots + \beta_m x_m}}{1 + e^{\alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \dots + \beta_m x_m}} \quad (b)$$



$$(1 + e^{(\alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \dots + \beta_m x_m)})$$

$$P / (1-P) = e^{(\alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \dots + \beta_m x_m)} \quad (c)$$

$$\ln [P/(1-P)] = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \dots + \beta_m x_m \quad (d)$$

$$\ln (\text{ods de } Y = 1) = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \dots + \beta_m x_m \quad (e)$$

Los parámetros de la ecuación  $\alpha$  y  $\beta$  de la ecuación (e) pueden interpretarse de forma diferente. El valor del parámetro  $\alpha$  señala que cuando  $X_1=X_2=x_3=\dots X_m=0$  la *ods* estimada de  $Y=1$  es  $e(\alpha)$ , mientras que la  $P(Y=1)$  es  $1/(1+e(\alpha))$ . El parámetro estimado de  $\beta_1$  indica que por cada incremento de la unidad de  $X_1$  la *ods* estimada de  $Y=1$  se multiplica por  $e(\beta_1)$  si los valores de  $X_2, X_3, \dots, X_m$  se mantienen constantes. En otras palabras, la *ods* estimada de  $Y=1$  cambiará en un porcentaje:  $100 (e(\beta_1)-1)$  por cada incremento en la unidad de  $X_1$ . La probabilidad estimada de  $P(Y=1)$  depende no solo del valor estimado de  $\beta_1$ , sino de los valores que adopten el resto de los parámetros de la ecuación, tal como se puede comprobar en las ecuaciones (a) y (b). En este caso, la  $P(Y=1)$  está condicionada por el conjunto de valores que adopten las diversas variables independientes incluidas en el modelo de regresión logística.

La *ods* estimada de  $Y=1$  se interpreta, en el modelo de regresión logística multivariable, como la *ods* condicional o ajustadas a otras variables independientes, explicativas o predictivas. Ello es debido a que la *ods*, al igual que la probabilidad  $P(Y=1)$  está condicionada o determinada por los valores que adoptan las otras variables independientes incluidas en el modelo, a las que se denomina variables control o covariables. En el modelo multivariable, cualquier probabilidad *ods* ajustada que estima la relación entre una variable independiente y la variable dependiente dicotómica está condicionada por variables control.

De acuerdo con el marco analítico propuesto, optamos por el modelo de ajuste de regresión logística, a través del cual es posible explorar los factores que inciden en la probabilidad de que las mujeres unidas usuarias hayan experimentado la utilización de un método definitivo para regular la fecundidad.

De esta manera, se ha recurrido a la estrategia de selección de los parámetros que mejor ajustan en el modelo. Para tal fin se optó por el método de incorporación progresiva o inclusión de las variables hacia adelante o *forward*, que consiste en ir añadiendo los posibles predictores de uno a uno, manteniendo en el modelo los que son estadísticamente significativos a un determinado nivel de significación  $= 0.05$  y descartando los que no lo son.

Finalmente, el criterio seleccionado para evaluar la bondad del modelo de regresión logística consistió en valorar la posible presencia de patrones atípicos o valores extremos (*outliers*) que puedan alterar el ajuste de los datos del modelo. El análisis de los valores residuales, cuya función es la detección de posibles defectos de predicción producidos en observaciones o sujetos en los que el modelo no predice el valor observado ( $Y$ ) para esa observación o individuo.

### **5.3 Fuentes de Información**

Este análisis se basa en la información de dos encuestas, ENFES (1987) y ENADID (1992). La comparación de los coeficientes logit entre ambas encuestas permiten evaluar la modificación en términos de fuerza, y a veces en términos de dirección del efecto de las diversas variables explicativas sobre el uso de un método definitivo y por tanto, deducir cómo los correspondientes vínculos causales se han modificado con el tiempo.

En el caso de la ENFES, una vez seleccionada la unidad de análisis se contó con un total de 824 casos correspondientes a mujeres unidas que usaban un método actual para las tres regiones seleccionadas. Es importante considerar, que no es una muestra representativa a nivel nacional y que por lo tanto las inferencias realizadas deben tomarse con precaución; sin embargo, dan una pauta del comportamiento de la población ante la práctica anticonceptiva. La ENADID, es una muestra que resulta representativa a nivel nacional y cuenta con 9702 casos.

### **5.4. Variables incluidas en el análisis**

#### **Definición de la variables**

En este apartado se definen cada uno de los determinantes, incluyendo a la variable dependiente.

*5.4.a. Variable dependiente:* en este caso, se presentan a las usuarias actuales, que al momento de la encuesta se encontraban unidas, que pueden ser usuarias tanto de un método temporal como definitivo para regular la fecundidad.

#### *5.4.b. Variables independientes:*

##### **Determinantes contextuales:**

##### **Región de residencia**

Como ya se mencionado en el capítulo II, la región de residencia juega un papel muy importante, ya que la influencia del medio ambiente está ligado a las características del espacio, independientemente de la estructura sociodemográfica que presente una región. En este sentido, las políticas de planificación no tienen ni el mismo efecto ni la misma intensidad hacia el interior de una región debido a las características del medio espacial y social. De esta manera, el espacio no es un ente homogéneo y se pueden encontrar obstáculos de tipo social, cultural, económico, en lo que a planificación familiar respecta. Por otro lado, la infraestructura en servicios de salud presentan desigualdades a nivel regional. En este contexto, el lugar de residencia es un factor explicativo de la práctica anticonceptiva, en otras palabras, la región de residencia de la población tiene una relación cercana con las actitudes reproductivas; el haber nacido y crecido en una cierta región de México, dota a los individuos de un conjunto particular de características que se reflejan con el paso del tiempo en el cómo y cuándo planificar su vida reproductiva.

Por lo tanto, esta variable, permitiría comprender si el vivir en una determinada región, caracterizada por un grado de desarrollo socioeconómico, tiene una pertinencia importante en la utilización de un método definitivo para regular la fecundidad. Como se ha venido trabajando con la región noroeste, centro y sureste de México, en éste documento el análisis se corre para cada una de las regiones.

##### **Determinantes socioeconómicos.**

##### **Tamaño de la localidad**

El tamaño de la localidad es un diferencial importante en lo que a práctica anticonceptiva se refiere, sobre todo si se tiene en cuenta que este fenómeno comenzó a desarrollarse en un sector muy reducido de la población, en las localidades más urbanizadas.

En los hechos, las distintas encuestas que han medido la anticoncepción demuestran la gran brecha existente entre zonas rurales y urbanas. Sin embargo, es importante destacar, que ésta, se ha reducido entre 1987 y 1992.

Por otro lado, cabe destacar, que las áreas rurales han contado con una limitada oferta de métodos anticonceptivos. Además, es importante rescatar que las campañas de planificación familiar han favorecido en estas zonas un método definitivo para regular la fecundidad, ya que este tipo de métodos no requiere de un control permanente de las usuarias, ni de un abastecimiento constante.

### Escolaridad

El nivel de escolaridad de las usuarias actuales, es un factor esencial en lo que a información y conocimiento se refiere, sobre los distintos métodos anticonceptivos que ofrece el mercado y las instituciones de salud. .

Por otro lado, es sabido que aquellas mujeres que tienen una mayor escolaridad, utilizan en menor medida un método definitivo para regular la fecundidad y que se produce un proceso inverso en aquellas mujeres que presentan una menor escolaridad.

### Condición de actividad

Con esta variable se intenta distinguir de que manera incide la participación de la usuaria actual en el mercado de trabajo, sobre la elección de un método anticonceptivo.

### Determinantes demográficos

La edad de la mujer supone que aumentará su motivación respecto de la regulación de la fecundidad, aunque no necesariamente de manera lineal. La edad determina también un efecto de cohorte, y las mujeres de más edad suelen pertenecer a una generación en la que no estaba muy extendida la idea del control de la fecundidad y que sobre algún método cuando la formación de la familia estaba ya muy adelantada.

Como se mencionó en el capítulo tres el número de hijos sitúa a una mujer en el ciclo de vida familiar y en este sentido, como lo demuestran la ENFES y la ENADID es más probable que una mujer que se encuentra avanzada en la etapa de procreación utilice un método definitivo para regular la fecundidad.

Por otra parte, si bien es cierto que el número de hijos está íntimamente asociado con la edad, la paridez refleja una dimensión diferente del proceso de procreación y no tiene porqué seguir necesariamente una pauta idéntica.

Aunque las mujeres unidas y casadas legalmente conforman la unidad de análisis, el hecho de estar casada legalmente tiene una significación social distinta a la unión consensual ya que implica una estabilidad real y por lo tanto es más probable que una mujer casada legalmente sea más propensa a usar un método definitivo, es por ello que se considera al estado civil como un criterio importante en el uso de un método definitivo o temporal.

A continuación se presenta un cuadro resumen de las variables utilizadas en el análisis, incluyendo las categorías de referencia en las variables categóricas.

CUADRO 5.1. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES UTILIZADAS EN EL ANALISIS, INCLUYENDO LAS CATEGORIAS DE REFERENCIA EN LAS VARIABLES CATEGORICAS		
VARIABLES	DESCRIPCION	CATEGORIAS
USUARIA ACTUAL UNIDA	VARIABLE DEPENDIENTE	0=METODO TEMPORAL(R) 1=METODO DEFINITIVO
ESCOLARIDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD ALCANZADO POR LA USUARIA	0=SIN ESCOLARIDAD(R) 1=PRIMARIA INCOMPLETA 2=PRIMARIA COMPLETA 3=SECUNDARIA Y MAS
TAMAÑO DE LOCALIDAD	HACE REFERENCIA A LA PERTENENCIA A UNA ZONA URBANA O RURAL	0=RURAL(R) 1=URBANA
CONDICION DE ACTIVIDAD	ESTABLECE SI LA USUARIA PARTICIPA O NO EN EL MERCADO DE TRABAJO	0=INACTIVA(R) 1=ACTIVA
GRUPO DE EDAD	GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD	0=15-19(R) 1=20-24 2=25-29 3=30-34 4=35-39 5=40-44 6=45-49
ESTADO CIVIL	HACE REFERENCIA AL ESTADO CIVIL DE LA MUJER	0=CASADA(R) 1=UNIDA
NUMERO DE HIJOS	NÚMERO DE HIJOS AL PRIMER MÉTODO	0=0(R) 1=1 2=2 3=3 4 Y MAS=4
REGION DE RESIDENCIA	REGION DE PERTENENCIA DE LA USUARIA	0=NOROESTE(R) 1=CENTRO 2=SURESTE

Todas las covariables antes mencionadas quedan clasificadas como categóricas a fin de determinar las relaciones no lineales y no monotómicas. Es evidente que este grupo de variables no pretender abarcar todos los factores determinantes potenciales de la conducta en materia de uso de anticonceptivos y por otra parte resulta importante destacar que este análisis no busca encontrar un modelo de ajuste perfecto, sino más bien resulta un acercamiento exploratorio del nivel de asociaciones que pueden incidir en el uso de un método definitivo para regular la fecundidad.

## **5.5 Resultados**

En el presente apartado se examinan los vínculos existentes entre las características de las mujeres en cuanto a su entorno social y la conducta anticonceptiva en una estructura multivariada.

### **ENFES**

Para 1987, el pertenecer a una determinada región, el tener un nivel de escolaridad, participar o no en el mercado de trabajo no fueron variables explicativas del fenómeno estudiado

Del conjunto de factores determinantes o explicativos del comportamiento de la mujer sobre el uso de un método definitivo resultaron ser significativos el tamaño de localidad entre los determinantes socioeconómicos y el grupo de edad y el estado civil entre los determinantes demográficos.

En este sentido, la edad representa una de las variables más explicativas en el comportamiento de las mujeres frente al uso de un método definitivo para regular la fecundidad, particularmente a partir de los 35 años, como se observa en el cuadro 5.2, ya que entre los 15 y 34 años el momio es uno, lo que quiere decir que existe la misma posibilidad de utilizar un método definitivo o temporal. En el grupo de edad 35-39, la posibilidad de recurrir a un método definitivo es de 9 por cada mujer que usa un método temporal, respecto de la categoría de referencia, el grupo de edad 40-44 el momio se mantiene constante y entre los 45-49 se incrementa a 11 por cada mujer que usa un método temporal.

En el caso de la variable estado civil, el tipo de unión ejerce una influencia sobre la utilización de un método definitivo. Entre las mujeres casadas legalmente la relación es de 2 a 1.

Con respecto al tamaño de localidad, se sabe que condiciona el acceso a los servicios de planificación de la familia; sin embargo, el uso de un método definitivo es más probable en las zonas rurales, ya que no se necesita de un seguimiento en el control de la salud de las mujeres. En el momento de efectuarse la ENFES, las mujeres que residían en zonas rurales tenían la posibilidad de utilizar dos veces más un método definitivo respecto de las zonas urbanas.

De lo señalado anteriormente se puede destacar que el incremento más importante en la razón de momios se presenta en el grupo de edad, mientras que el estado civil y el tamaño de localidad no presentan momios que tengan un fuerte efecto sobre las betas.

Con respecto a este modelo es importante mencionar que que no se han encontrado interacciones entre las variables estudiadas. Sin embargo, existe una alta correlación entre el grupo de edad y el número de hijos. Esto significa que ambas variables conducen a la misma explicación y por lo tanto, el modelo selecciona a la variable que mejor se ajusta.

Para estimar tal efecto, se realizó la prueba de correlación de Spearman, que se aplica a las variables categóricas. La correlación fue de 0.0000, es decir, un nivel de significancia pequeño

indica una alta correlación entre las variables, lo cual implica que la variable número de hijos queda fuera del modelo estadístico.

CUADRO 5.2. FACTORES QUE AFECTAN LA PROBABILIDAD DE USAR UN METODO DEFINITIVO. RAZONES DE MOMIOS* OBTENIDAS DE LA ECUACIÓN DE REGESION LOGISITICA, PARA LAS MUJERES UNIDAS QUE USAN UN METODO ACTUAL, ENFES, 1987.	
<b>DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS</b>	
TAMAÑO DE LOCALIDAD	
RURAL(R)**	
URBANO .....	0.5132***
<b>DETERMINANTES DEMOGRAFICOS</b>	
GRUPO DE EDAD	
15-19(R)**	
20-24.....	0.7463***
25-29.....	1.4972
30-34.....	4.7584
35-39.....	9.7247***
40-44.....	9.3164***
45-49.....	11.2301***
ESTADO CIVIL	
CASADA(R)**	
UNIÓN CONSENSUAL.....	1.9647***
<p>*Nota. Las razones de momios no representan probabilidades. Deben leerse como riesgos relativos absolutos con relación a las categorías de referencia. Así por ejemplo una razón de momios de 11.2301 se interpreta como 11 veces más posibilidades de utilizar un método definitivo para regular la fecundidad.</p> <p>**Categoría de referencia.</p> <p>***Estadísticamente significativo al 0.05.</p>	

#### Validación del modelo: análisis de los residuos

En términos de los residuos, se encontraron seis casos que levemente sobrepasaban la desviación normal, esto quiere decir que no hay comportamientos extremos o atípicos que contradigan la predicción del modelo, y por lo tanto son individuos que no influyen en la estimación de los parámetros. En términos reales, esto significa que el modelo ha tenido un buen ajuste.

## ENADID

Si bien se esperaba realizar una comparación entre 1987 y 1992, los modelos obtenidos resultaron ser disímiles, ya que para 1992 entran al modelo variables que en 1987 no resultaron ser estadísticamente significativas.

De esta manera, los factores determinantes de un método definitivo para regular la fecundidad resultó ser más integral en 1992.

De las siete variables explicativas, incorporando a la constante, que para 1987 no resultó ser estadísticamente significativa, cinco de ellas entraron en el modelo.

En este caso, el estado civil y la condición de actividad quedaron fuera del modelo.

Como se observa en el cuadro 5.3, los determinantes socioeconómicos, como escolaridad y tamaño de localidad, los demográficos, como grupo de edad y número de hijos y finalmente el determinante contextual, es decir, la región de residencia fueron estadísticamente significativos.

En el caso de los determinantes socioeconómicos, la escolaridad resultó ser una variable importante en su conjunto, pero el momio no marca diferencias importantes. Con respecto a la categoría de referencia, entre aquellas que se encuentran con primaria incompleta y completa, la posibilidad de utilizar un método definitivo respecto de un método temporal es de 1 a 1 y entre las mujeres de secundaria y más, la beta obtenida es negativa, lo cual está indicando que el momio decrece y que por lo tanto es dos veces más posible que utilice un método temporal para regular la fecundidad, es decir, un mayor nivel de escolaridad es un factor determinante para no esterilizarse.

Con respecto al tamaño de localidad, 1.5 mujeres utiliza un método definitivo en las áreas rurales en contraposición a una mujer que usa un método temporal en las localidades urbanas.

En el campo de los determinantes demográficos, el grupo de edad sigue siendo uno de los factores explicativos más importantes, en el conjunto de los determinantes explicativos del fenómeno en estudio. En este caso, la razón de momios se incrementa con la edad. En el grupo de edad 20-24 la posibilidad de utilizar un método definitivo es cinco veces más posible que usar un método temporal. En el grupo 25-29 este se incrementa a 22 por cada mujer, entre los 30 y 34 años la relación es de 53 a 1, mientras que entre los 35-39 es de 97 a 1 y entre los 40-44 es de 122 a 1; finalmente entre los 45-49 es de 164 a 1, con respecto a la categoría de referencia. Es evidente que la edad de la mujer es uno de los factores explicativos fundamentales para comprender dicho fenómeno y que además está íntimamente relacionado con el número de hijos. En esta variable se debe indicar nuevamente, que está altamente correlacionada con la edad. Cabe mencionar que en este caso, se encontraron interacciones entre la variable grupo de edad y número de hijos; sin embargo, de las 24 interacciones posibles sólo tres resultaron ser estadísticamente significativas; por otro lado, no hay un efecto de ajuste importante en el modelo. Desde el punto de vista estadístico se creyó más conveniente el modelo obtenido sin las interacciones. En este contexto, la variable número de hijos resulta ser un factor explicativo en el uso de un método definitivo, no



obstante, la razón de momios no presenta incrementos considerables y entre las categorías de 1 y 2 hijos no son significativas, lo que implica que la beta adquiere el valor de 1 y esto quiere decir que la posibilidad de usar un método definitivo respecto de un temporal es de 1 a 1.

En el caso de las mujeres con 3 hijos, el momio se incrementa levemente y la posibilidad de usar un método definitivo es de 1.5 más veces posibles por cada mujer que usa un método temporal. Finalmente entre las mujeres de 4 y más hijos, el momio disminuye y se vuelve igualar a 1, por lo que la posibilidad de usar un método definitivo es de 1 a 1.

El comportamiento de la razón de momios demuestra que la variable número de hijos sigue teniendo una alta correlación con el grupo de edad, es decir, que las variables explican en parte el mismo fenómeno.

En el determinante contextual (región de residencia), la beta es negativa lo cual nos indica que existe en la región centro la misma posibilidad de usar un método definitivo o temporal. En el caso de la región sureste, la razón de momios es de 1.09, o sea, que la diferencia es de 0.09 más posibilidades de usar un método definitivo a uno temporal.

**CUADRO 5.3. FACTORES QUE AFECTAN LA PROBABILIDAD DE USAR UN METODO DEFINITIVO. RAZONES DE MOMIOS\* OBTENIDAS DE LA ECUACIÓN DE REGESION LOGISITICA, PARA LAS MUJERES UNIDAS QUE USAN UN METODO ACTUAL, ENADID, 1992.**

DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS	
NIVEL DE ESCOLARIDAD	
SIN ESCOLARIDAD(R)**	
PRIMARIA INCOMPLETA.....	1.1139
PRIMARIA COMPLETA.....	1.1312
SECUNDARIA Y MAS.....	0.8276***
TAMAÑO DE LOCALIDAD	
RURAL(R)**	
URBANO .....	1.1515***
DETERMINANTES DEMOGRAFICOS	
GRUPO DE EDAD	
15-19(R)**	
20-24 .....	5.5633***
25-29 .....	22.2245***
30-34 .....	53.6040***
35-39 .....	97.9232***
40-44 .....	122.1024***
45-49 .....	164.4767***
NUMERO DE HIJOS	
0(R)**	
1.....	1.1629***
2.....	1.0533
3.....	1.4363***
4 Y MAS.....	1.2728***
DETERMINANTE CONTEXTUAL	
REGION DE RESIDENCIA	
NOROESTE(R)**	
CENTRO.....	0.7600***
SURESTE.....	1.0900
*Nota. Las razones de momios no representan probabilidades. Deben leerse como riesgos relativos absolutos con relación a las categorías de referencia. Así por ejemplo una razón de momios de 1.0533, como es estadísticamente cero y la exponencial adquiere el valor 1 lo cual significa que las mujeres que tienen un hijo tienen la misma posibilidad de usar un método definitivo o temporal para regular la fecundidad.	
**Categoría de referencia.	
***Estadísticamente significativo al 0.05.	

## Validación del modelo

### Análisis de los residuos

En el análisis de los residuos, se obtuvo 111 casos de una muestra de 9,700, es decir, el 1.13% exceden a la desviación normal. Aquellos residuos que en su mayoría sobrepasaron el valor de 2 (entre 2 y 3), no afectaron a los parámetros estimadores de la razón de momios. Sin embargo, de estos 111 casos, 6 de ellos tomaron valores muy altos oscilando entre 6, 7 y 8. Estos 6 casos atípicos fueron analizados y se observó que correspondían a mujeres que se encontraban entre 15 y 19 años, que tenían entre 1 y tres hijos, pertenecientes a la región sureste, las cuales tenían como respuesta el estar utilizando un método definitivo para regular la fecundidad. Según el modelo, el grupo de edad resulta ser una de las variables más importantes y predice que la respuesta 1 se incrementa con la edad. Por lo antes expuesto, suponemos que estos 6 casos, afectan al modelo y sobre todo, en la variable grupo de edad. De este modo, se decidió correr nuevamente el modelo para confirmar si la razón de momios sufría un efecto importante. Los parámetros arrojados indicaron una variación significativa pero especialmente sobre la variable grupo de edad.

Aunque estos casos contradicen al modelo, es importante destacar que dicho fenómeno no es nuevo en la realidad mexicana; sin embargo, ¿Cómo se puede explicar? a: podrían ser mujeres que optaron por dicho método a una temprana edad, b: podría ser que estas mujeres decidieron su ideal de familia y c: estas mujeres fueron consultadas en la realidad o se les realizó la oclusión tubaria bilateral, sin ser consultadas. No se tiene una respuesta, pero si es verdad que la esterilización femenina se ha realizado sin la previa consulta y que ha sido un fenómeno especialmente implementado en la región sureste del país. Aunque se sabe que son mujeres que entre los 15 y 19 años, que tienen entre 1 y 3 hijos y, que posiblemente son mujeres que tendrían más hijos, es necesario tomar en cuenta las decisiones personales ya que de otro modo se estaría atentando en contra de los derechos humanos.

Por dicho motivo se presenta a continuación el modelo de regresión sin la presencia de estos casos, que están causando un fuerte ruido al modelo.

**CUADRO 5.4. FACTORES QUE AFECTAN LA PROBABILIDAD DE USAR UN METODO DEFINITIVO. RAZONES DE MOMIOS\* OBTENIDAS DE LA ECUACIÓN DE REGRESION LOGISTICA, PARA LAS MUJERES UNIDAS QUE USAN UN METODO ACTUAL, ENADID, 1992.**

DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS	
NIVEL DE ESCOLARIDAD	
SIN ESCOLARIDAD(R)**	
PRIMARIA INCOMPLETA.....	1.1155
PRIMARIA COMPLETA.....	1.1378
SECUNDARIA Y MAS.....	0.8334***
TAMAÑO DE LOCALIDAD	
RURAL(R)**	
URBANO .....	1.1525***
DETERMINANTES DEMOGRAFICOS	
GRUPO DE EDAD	
15-19(R)**	
20-24.....	125.9170***
25-29.....	503.3427***
30-34.....	1012.686***
35-39.....	2219.396***
40-44.....	2768.107***
45-49.....	3728.779***
NUMERO DE HIJOS	
0(R)**	
1.....	1.1584***
2.....	1.0432
3.....	1.4178***
4 Y MAS.....	1.2680***
DETERMINANTE CONTEXTUAL	
REGION DE RESIDENCIA	
NOROESTE(R)**	
CENTRO.....	0.7598***
SURESTE.....	1.0831
<p>*Nota. Las razones de momios no representan probabilidades. Deben leerse como riesgos relativos absolutos con relación a las categorías de referencia. Así por ejemplo una razón de momios de 0.8334 muestra que el momio decrece y por lo tanto se interpreta como 0.83 más posibilidades de utilizar un método temporal o como dos veces más oportunidad de utilizar un método temporal contra una mujer que usa un método definitivo para regular la fecundidad.</p> <p>**Categoría de referencia.</p> <p>***Estadísticamente significativo al 0.05.</p>	

De esta manera, como se puede observar en el cuadro 5.4, la variable más afectada, sin la presencia de estos casos extremos, es el grupo de edad, ya que la razón de momios sufre un fuerte incremento en todas las categorías analizadas, respecto de la categoría de referencia. En el resto de las variables estudiadas no se presentan casi variaciones. En este sentido, el modelo evidenciado en el cuadro 5.4 demuestra que la variable grupo de edad es uno de los factores determinantes en el uso de un método definitivo para regular la fecundidad.

## **A MODO DE CONCLUSION**

Al resaltar la importancia de la dimensión espacial de la práctica anticonceptiva orientada hacia los estudios regionales como un determinante para medir los diferenciales de la conducta reproductiva de la población entre 1987 y 1992, fue posible comprobar que se dió un avance en la expansión de la cobertura anticonceptiva y se alcanzó en menor proporción, una homologación regional en el uso de los distintos métodos para regular la fecundidad.

La dificultad para alcanzar el proceso de convergencia regional en México obedece a los efectos del desarrollo económico implementado en el país, el cual ha marcado diferencias económicas, sociales y culturales entre las áreas geográficas ocasionando desigualdades en los niveles de vida de la población y en la disposición de los servicios públicos y médicos de los habitantes del país. Así, los procesos de industrialización y urbanización han privilegiado a las mujeres de las localidades urbanas quienes gozan de mejores servicios de salubridad y concentran al mayor número de usuarias, mientras las áreas rurales donde existen altos niveles de pobreza, agrupa una menor proporción de usuarias como resultado de la falta de conocimiento de los anticonceptivos.

Sin embargo, los planes de planificación familiar dirigidos por los medios masivos de comunicación, la cobertura de los servicios de salud y en los últimos años, los programas coercitivos para evitar los nacimientos contribuyeron a cerrar la brecha de la práctica anticonceptiva en el ámbito regional. Así se inició el proceso de convergencia interregional en el país como lo demuestra el crecimiento de las usuarias en la distintas regiones analizadas. Cabe señalar que el ritmo del incremento de la práctica anticonceptiva fue notorio en el sureste y en segundo lugar, en el centro del país, mientras que en el noroeste, a pesar de que seguía ocupando el primer lugar, se observó un proceso desaceleración, es decir, los avances alcanzados en la cobertura anticonceptiva fueron menores a nivel porcentual en comparación a las otras regiones. Este desajuste intrarregional confirman que México no ha logrado finalizar el proceso de la transición demográfica.

Por otro lado, se puede decir, que a lo largo de veinticinco años se ha elevado el empleo de los métodos anticonceptivos y que esto es fundamental para la reducción de la tasa de crecimiento. Este progreso en materia anticonceptiva, el Estado ha desempeñado un papel importante a través de las instituciones de salud, no obstante, de que en la actualidad, el nivel de la prevalencia anticonceptiva ha reducido la brecha desde cualquier ángulo que se le mire, aun queda mucho por hacer.

De la presente investigación se deriva que un mayor conocimiento de los distintos métodos conlleva directamente a elevar el número de usuarias. En este sentido, los programas de planificación deben incorporar las políticas oficiales en dirección horizontal, es decir, acciones encaminadas a fortalecer el sistema educativo para la elevar la conciencia de las mujeres y

eliminar los prejuicios en materia de anticoncepción, o sea, es necesario un cambio más profundo en la conducta reproductiva de la población y la modificación de ciertas pautas culturales. Una forma de cimentar estas transformaciones es fortalecer áreas de educación sexual dirigidos hacia hombres y mujeres desde la pubertad e incorporar de manera integral al varón en los programas de planificación familiar. La asimilación de este proceso retardaría el nacimiento del primer hijo y el espaciamiento intergenésico de la población, factores indispensables para que el proceso de transición demográfica se alcance en el país.

Lo expuesto anteriormente señalan algunas consideraciones que deben tomarse en cuenta:

Los programas de acción del Estado deberían adoptarse a los grupos dirigidos, con el fin de tomar en cuenta sus características y sus necesidades específicas. Si bien, las políticas de planificación familiar responden a un modelo específico de desarrollo económico del país, consideramos necesario la creación de condiciones estratégicas para ofrecer una dinámica más adecuada hacia el conjunto de la población, en relación a la regulación de la fecundidad para dar continuidad al proceso de convergencia regional. En este sentido, creemos conveniente el ofrecimiento -por parte del Estado- de una amplia gama de servicios para que el individuo pueda elegir entre las alternativas que se presentan en materia de anticonceptivas. Es preciso crear un clima propicio, exento de toda coerción que respete la esfera privada del individuo y que permita un debate público en función de la apertura de la sociedad civil en los problemas nacionales. Así, en el diseño de programas se debería de tomar en cuenta la diversidad de situaciones así como las relaciones de poder como otro punto importante en el contexto cultural del país, que marcarían el respeto mutuo de las diferencias culturales entre los sexos y grupos de edad, en función de sus necesidades.

Estas consideraciones nos llevan a plantear la producción de programas de sensibilización, eficaces y útiles que permitieran al Estado fundamentar sus políticas hacia la población con base en la profundización de los comportamientos sexuales reproductivos. En este sentido, la educación y los medios de información desempeñarían un papel de primer orden en la formación de un sentido de responsabilidad en materia de sexualidad. Esto posibilitaría el desplazamiento de políticas del Estado de una posición vertical a un plano horizontal, es decir, en México se movilizarían los polos de comunicación entre la población y las instancias de salud pública para formar las decisiones a nivel individual en materia sexual y dejarían aflorar la emergencia de opiniones en cada localidad, municipio, estado o región. Esta dinámica informativa favorecería el proceso de convergencia regional, no sólo en el plano del uso de los anticonceptivos, sino también contribuiría a la producción de los elementos necesarios para que se lleva a cabo dicho proceso.

## ANEXO I

### RECODIFICACION DE LAS VARIABLES INCLUIDAS EN EL ANÁLISIS

*Método actual:* en esta variable se decidió eliminar el norplant y el aborto, ya que su uso no alcanza al 0.1%.

*Región de residencia:* la muestra de la ENFES se construyó a partir de nueve regiones en que fue dividido el país, por lo que solo se eliminaron las regiones que no estaban incluidas en este estudio. En el caso de la ENADID, cuya muestra adquirió representación a nivel nacional, por lo que la selección de las regiones se realizó a través de la recodificación de las entidades federativas incluidas en éstas.

*Conocimiento de un método:* cuyas categorías son conoce espontáneamente, con ayuda y no conoce. Se decidió reagruparlo para obtener un análisis más rico en conoce (espontáneamente y con ayuda) y no conoce.

*Nivel de escolaridad:* se recodificó siguiendo los años estudiados, así se establecieron las categorías sin escolaridad, primaria incompleta, primaria completa y secundaria y más.

*Tamaño de localidad:* para establecer un mayor contraste entre las usuarias, se estableció la zona rural con menos de 2500 habitantes y las localidades urbanas con 2500 y más habitantes.

*Condición de actividad:* en la ENFES no se requirió de una recodificación, mientras que en la ENADID no se realiza esta pregunta, sino más bien la posición en el trabajo, en este caso se consideró como activas a aquellas que tenían y que buscaban trabajo, mientras que al resto se las reclasificó como inactivas.

*Estado civil:* en este caso se eliminaron a las mujeres que no estaban unidas ni casadas, recordando, que estas mujeres representan la unidad de análisis, ya que tienen la misma probabilidad de estar expuestas al uso de un método anticonceptivo.

*Grupos de edad:* en ambas encuestas esta variable se ha reagrupado en grupos quinquenales de edad; sin embargo, en la ENADID se eliminó el grupo de 50-55 años, ya que sólo se consideran a las mujeres que se encuentran en edad fértil, es decir, entre los 15 y 49 años de edad.



*Número de hijos al primer método:* como se trata de una variable continua, se decidió trabajarla como discreta en las siguientes categorías: 0 hijos, 1 hijo, 2 hijos y cuatro y más.

## ANEXO II

### CARACTERÍSTICAS DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN.

#### a) Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud.

El objetivo de dicha encuesta fue analizar el comportamiento reproductivo de la sociedad mexicana. Por otro lado, se considera a la ENFES como una alternativa -a corto plazo- para evaluar el impacto de los programas nacionales de planificación familiar, tanto del sector público como privado.

##### Objetivos de la encuesta:

\*Estimar los niveles y tendencia de la fecundidad, así como de algunas de las variables explicativas intermedias.

\*Actualizar el análisis y la medición de los niveles de uso de métodos anticonceptivos.

\*Establecer y estudiar algunas interrelaciones entre la práctica anticonceptiva y la salud materno infantil.

##### Población en estudio.

La población en estudio lo constituyen todos los hogares que se encuentran en viviendas no institucionales.

La unidad de análisis está constituida por todas las mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad), que residen habitualmente en el hogar.

##### Marco muestral.

Respecto del marco muestral de las ENFES, es una submuestra del marco maestro elaborado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), a través de la Dirección General de Estadística; este marco divide al país en nueve regiones y permite generar información en el nivel regional, nacional, para las tres áreas metropolitanas más importantes, realizando además un corte en el nivel para tres tamaños de localidad -menores de 2500 habitantes, 2,500 a 19,999 y 20,000 y más habitantes-.

En función de la información requerida por la ENFES, se calculó el tamaño de muestra de las mujeres por región para cada una de las estimaciones por separado, controlando la precisión y confianza en la estimación de las proporciones y el error relativo de las medias.

Es importante mencionar que los tamaños de la muestra por vivienda tuvieron variaciones entre regiones, ya que el promedio de mujeres en edad fértil por vivienda era diferente en cada una de ellas. De esta manera el tamaño de la muestra de mujeres en edad fértil fue de 10,310 para lo cual se estimó que era necesario visitar 8,100 viviendas.

### Instrumentos de captación de la información.

Se diseñaron dos instrumentos de captación de la información: un cuestionario de hogar, que reúne datos sobre las personas que temporariamente vivían en él y un cuestionario individual que se aplica a todas las mujeres en edad fértil que se hayan listado en el cuestionario de hogar y que no estuvieran temporalmente ausentes.

En cuanto al cuestionario de hogar, en una primera parte recoge información acerca de cada una de las características de las personas listadas en el mismo: parentesco, condición de residencia, sexo, edad, escolaridad, algunas características laborales y aspectos relacionados con el estado civil. En una segunda parte se profundiza en aspectos relacionados con los servicios disponibles de la vivienda.

El cuestionario individual se encuentra dividido en siete secciones que indagan sobre las características de la mujer en edad fértil. La primera sección está diseñada para obtener información sobre algunas variables básicas de la entrevistada como la edad, migración y escolaridad; en la segunda sección se registra información sobre la vida reproductiva de la mujer (historia de embarazos, preguntas relativas al deseo o no de hijos, tamaño deseado de la familia y planeación de la fecundidad).

La sección tres se dirige a conocer la atención que recibía la mujer durante el embarazo y el parto de los hijos nacidos vivos, así como acerca de la amenorrea y la abstinencia postparto, algunos datos relacionados con la lactancia, la alimentación complementaria, los esquemas de vacunación y la incidencia de diarrea y su tratamiento de los niños mismos.

En la sección cuatro permite recolectar información relacionada con el comportamiento de los diversos métodos anticonceptivos, es decir, tipo de método, lugar de obtención, tiempo de uso y razones de interrupción. La quinta sección recolecta información de algunas de las variables relacionadas con el riesgo de concebir.

La sección seis recaba información sobre la ubicación de la entrevistada en un contexto socioeconómico determinado (escolaridad y características laborales de su esposo o compañero y de la propia mujer). Por último, la sección siete recoge información sobre las mujeres que han recurrido a la operación femenina como método de control de la fecundidad.

### Tamaño y cobertura de la muestra.

La ENFES visitó 8,130 viviendas de las cuales se encontraron 8,763 hogares. Se obtuvo información completa en un 88,9% de ellos. El grado de no respuesta a nivel de cuestionario fue de 11.1% del cual 4.1% correspondió a alguna causa relacionada con el informante, el 2.8% se debió a un problema del marco y el 4.2% de las viviendas estaban desocupadas, sólo un 0.8% de las entrevistadas fueron rechazadas. De los 7,786 cuestionarios de hogar fueron seleccionados 9,709 mujeres con ciertas características, de las cuales se pudo entrevistar al 96%. El 1.0% estuvo

siempre ausente, un 1.1% rechazó la entrevista y el restante 1.9% proporcionó una entrevista incompleta.

#### **Evaluación.**

La evaluación parcial fue realizada por Carlos Echarri (1989), considera que la ENFES es una fuente de información que permite hacer estimaciones confiables ya que sus datos están razonablemente libre de sesgos, sobre todo en lo que se refiere a la estructura por edad, fecundidad y mortalidad en períodos cercanos a la encuesta.

#### **b) Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.**

Con el propósito de actualizar el perfil sociodemográfico del país, el Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI), decidió realizar una encuesta en hogares que permitiera hacer estimaciones de calidad para cada uno de los componentes demográficos de la dinámica poblacional. Así surge la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), cuyo trabajo de campo se verificó a fines de diciembre de 1992.

Para la ENADID se plantearon los siguientes objetivos:

#### **Objetivos Generales:**

- \* Determinar el nivel y el comportamiento de los componentes básicos de la dinámica demográfica.

- \* Evaluar las estadísticas de nacimientos y defunciones generadas a través de los registros administrativos.

- \* Profundizar en el conocimiento de algunas variables sobre características de las viviendas captadas en el XI Censo General de Población y Vivienda 1990.

Los objetivos específicos fueron, medir:

- \* la fecundidad
- \* la mortalidad general e infantil
- \* la migración nacional e internacional
- \* el registro, registro tardío y registro múltiple de nacimientos
- \* el registro de defunciones
- \* la práctica anticonceptiva
- \* algunas características de las viviendas

#### **Cobertura de unidades**

Dada la gran variedad de indicadores necesarios para atender los requerimientos de información planteados por la ENADID, se definieron seis poblaciones de estudio, de cuyos elemento o unidades de análisis se recabaron los datos. Estas poblaciones son:

- \* Las viviendas ubicadas en el territorio nacional.
- \* Los hogares de nacionales o extranjeros de esas viviendas.
- \* Los residentes habituales de esas viviendas, miembros del hogar.
- \* Las mujeres que al momento de la encuesta tenían hasta 54 años de edad y que eran miembros del hogar y residentes habituales.
- \* Personas que de enero de 1987 a la fecha de la Encuesta se fueron a vivir a otro país , siendo miembros del hogar y residentes habituales al momento de emigrar.
- \* Personas que siendo miembros del hogar y residentes habituales, murieron en enero de 1987 a la fecha de la Encuesta.

### Cobertura Geográfica

La ENADID se diseñó para generar información para el total nacional, y por primera vez en encuestas de tipo demográfico, también se consideró la obtención de indicadores para cada una de las entidades federativas del país, con lo cual se enriquecen las posibilidades de análisis.

Además se contempló el generar información a distintos ámbitos:

- \* Conformando regiones al reunir información de varias entidades federativas.
- \* Agrupando localidades de acuerdo al total de habitantes en marzo de 1990: menos de 2500 habitantes; de 2500 a 19 999 habitantes; de 20 000 a 99 999 habitantes; 100 000 y más habitantes.
- \* Considerando los ámbitos urbano y rural para distribuir a la población por área de residencia.

### Esquema de muestreo

La ENADID se diseñó para generar datos para el total nacional, área de residencia urbana/rural, cuatro tamaños de localidad, regiones y por entidad federativa. Consecuentemente, el procedimiento de selección que se describe toma como punto de partida a dicha división geográfica.

En general el muestreo de selección es estratificado y bietápico. Estratificado porque las unidades de selección se agrupan por sus características similares, y bietápico porque las unidades de análisis que se incluyen en la muestra, se seleccionan mediante dos etapas sucesivas de selección. La vivienda es la última etapa de selección, ya que todos los hogares al interior de la misma, están seleccionadas con certeza.

### Estratificación

Para cada entidad federativa se realiza una estratificación de los municipios (delegación en el caso del Distrito Federal). El método utilizado garantiza que las unidades geográficas que se encuentran en un mismo estrato tengan características similares entre sí y al mismo tiempo muestren la mayor diferenciación con respecto a las que forman parte del otro estrato. Para cada

municipio o delegación, la estratificación se realizó utilizando variables generadas por el XI Censo General de Población y Vivienda de 1990, las cuales se presentan a continuación.

- Total de viviendas con pisos de tierra.
- Total de viviendas que disponen de drenaje.
- Población de 15 años y más alfabeta.
- Población de 15 años y más con primaria terminada.
- Población de 15 años y más con postprimaria.

El método de estratificación multivariada utilizado permite determinar el número óptimo de estratos que se debe construir para cada entidad federativa.

Al interior de cada estrato se clasifican las localidades en urbanas y rurales. Las del primer tipo son aquellas que en el Censo de 1990 tenían 2500 y más habitantes, así como cabeceras no municipales que no cumplieron con este criterio, mientras que las rurales son las que reportaron una población menor a 2500 habitantes.

Adicionalmente la zona urbana se subdivide en dos grandes grupos: Zona Urbana Certeza (ZUC) y Zona Urbana resto (ZUR).

La ZUC se integra dentro de cada entidad por:

- La capital del estado.
- Las áreas metropolitanas.
- Las cabeceras municipales de los municipios con 100 000 o más habitantes.

Las áreas metropolitanas consideradas son aquellas zonas cuyo desarrollo abarca más de un municipio, es decir, la mancha urbana correspondiente forma un continuo, que une a localidades que pertenecen a municipios diferentes. La ubicación de estas áreas metropolitanas se estableció a partir de los resultados del XI Censo General de Población y Vivienda de 1990.

La ZUR se integra por las localidades de 2500 o más habitantes o menores de esta población que son cabeceras no municipales, pero que no se ubican en los tres tipos de localidades urbanas mencionadas anteriormente.

Procedimiento de selección.

La selección de las unidades de análisis se realiza en dos etapas. En la primera se seleccionan grupos de viviendas y en las segundas se selecciona directamente a la vivienda, donde se captan los datos de cada una de las unidades de interés para la ENADID.

Resultados del levantamiento.

Para llevar a cabo la ENADID se consideraron un total de

64 794 viviendas seleccionadas, es decir aproximadamente 2000 viviendas por entidad, sin embargo durante el levantamiento de la información se visitaron 65 132. Este incremento se debió a las viviendas omitidas no consideradas en los listados.

Del total de las viviendas visitadas, las que tuvieron entrevista completa fueron 57 017, es decir 87.6%. El 12.4% restante se distribuyó en viviendas deshabitadas, viviendas de uso temporal y problemas de marco. Las viviendas sin respuesta a nivel nacional fueron 1 961 (3%) con los siguientes motivos: no se encontró al informante adecuado, negativa a proporcionar la información o nadie en casa, por lo cual no fue posible hacer la entrevista.

## BIBLIOGRAFÍA

ARRIAGA, Eduardo, 1970, "The nature and effects of Latin American Now-Western trend in fertility", *Demography* 7, No.4 (noviembre).

ALDRICH, John & Forrest Nelson, 1984, Linear probability, logit, and probit models, Londres, Sage Publications.

BACCAINI, Brigitte, 1995, "Les contrastes géographiques des comportements de contraception" *Population*, No.2, pp. 291-330.

BASSOLS BATALLA, Angel, 1967, La división económica regional de México, México, UNAM.

BRAVO, Jorge, 1990, "La hipótesis de difusión de la reducción de la fecundidad en Latinoamérica" Seminar on fertility transition in Latin America, International Union for the Scientific Study of Population, Buenos Aires, Abril, 15 pp.

Bronfman, Mario y Otros, 1990, "Social sectores and reproduction in México", DHS Further Analysis Series, N°7, New York, Population Council.

CARRASCO, Enrique, 1980, "Contraceptive practice". WFS Comparative Studies. Cross National Summaries, No.9.

CASTRO Martín, Teresa, 1994, "Un decenio de cambio en la actitud ante los anticonceptivos en América Latina: análisis y desglose de una diversidad de casos", *Boletín de Población de Naciones Unidas*, No. 36, 102-137.

CERVANTES CARSON, Alejandro, 1989, "La preocupación por las metas", *Revista Demos*.

CELADE, 1972, Fertility and Family planning in Metropolitan Latin America, Chicago, Community and Family Study Center, University of Chicago.

CHACKIEL, Juan y Miguel Villa, 1993, América Latina y el Caribe: Dinámica de la población y el Desarrollo. México, Naciones Unidas, Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo. pp. 1-27.

CHO, Lee-Jay y otros, 1970, "Differential current fertility in the U.S.". Chicago, Community and Family Study Center of the University of Chicago.

Consejo Nacional de Población, 1994, Situación de la planificación familiar en México. Indicadores de anticoncepción, México, CONAPO, pp. 32.

DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION FAMILIAR, 1987, Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, 1987, México, Secretaria de Salud.



ECHARRI CANOVAS, Carlos, 1989, Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud: una evaluación de la calidad de la información, Tesis de Maestría, México, El Colegio de México.

FIGUEROA PEREA, Juan G. Y otros, 1991, "Dinámica del uso de anticonceptivos en México: el seguimiento de algunos eventos reproductivos", Cuadernos de población, Gobierno del Estado de México, Secretaría de Gobierno, Año 1, No.2.

FIGUEROA PEREA, Juan G. Y otros, 1993, "Seguimiento de algunos eventos reproductivos en tres regiones de México" en Figueroa Perea, Juan G. (Comp.). El entorno de la regulación de la fecundidad en México. México, Secretaría de Salud.

GARCIA, Brígida, 1983, "Anticoncepción en el México rural, 1969" en Benítez Raúl y Julieta Quilodrán. La fecundidad rural en México. México, El Colegio de México/UNAM, pp. 225-295.

GARCIA Y GAMA, Irma, 1979, "Diferenciales de la fecundidad en México", Demografía y Economía, Vol.13, No.1, México, pp. 49-81.

GARCIA Y GAMA, Irma, 1989, "Estado del conocimiento relativo a los niveles de la fecundidad en México" en Figueroa Campos, Beatriz (Comp.). La Fecundidad en México: cambios y perspectivas. México, El colegio de México, pp. 219-247.

GUZMAN, Jorge, 1990, "El marco social del cambio de la fecundidad en América Latina". Documento presentado en el Seminario de la UIECP sobre la evolución de la fecundidad en América Latina, Buenos Aires, 3 a 6 de abril.

HOSMER, David & Stanley Lemeshow, 1989, Applied logistic regression. New York, John Wiley & Sons.

Instituto Nacional de la Mujer, 1995, Mujeres latinoamericanas en cifras: México. México, INM/FLACSO.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 1992, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992. México, INEGI.

JUAREZ, Fátima, 1990. "Intervención de las instituciones en la reducción de la fecundidad y la mortalidad infantil", Revista de Demografía y Desarrollo Urbano, Vol.7, México, El Colegio de México, pp. 377-405.

LERNER, Susana y A. Quesnel, 1992. "La dimensión institucional en la fecundidad rural en México: una interpretación", Proceedings of the IUSSP Conference of the Peopling of the Americas. Veracruz, México, 18 a 23 de mayo, Vol.III. pp. 97-115.

LERNER, Susana y André Quesnel, 1994, "Instituciones y reproducción: hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regulación de la fecundidad en México" en Alba, F y G.Cabrera (Comp.). La población en el desarrollo contemporáneo de México. México, El Colegio de México, pp. 85-117.

LLERA LOMELI, Silvia, 1990, Un estudio sobre la anticoncepción en México a través de las encuestas retrospectivas de fecundidad (1976-77 a 1987). Tesis de Maestría, México, El Colegio de México.

LLOYD, Cynthia, 1990. "Understanding the relationship between women s work and fertility surveys", The Population Council, Research Division, New York.

MARTINEZ MANAUTOU, Jorge, 1982, "Análisis de la fecundidad en las diferentes regiones del país" en MARTINEZ MANAUTOU, Jorge. La revolución demográfica en México. México, IMSS.

MERTENS, Walter, 1970, "Investigación sobre la fecundidad y la planificación familiar en América Latina" en Conferencia Regional Latinoamericana de Población, Vol 1, El Colegio de México, pp. 193-235.

Mier y Terán, Marta, 1989, " La fecundidad en México: 1940-1980" en Figueroa Campos, Beatriz (Comp.). La fecundidad en México: cambios y perspectivas. México, El Colegio de México, pp. 19-62.

MORENO, Lorenzo, 1990, "Cambios en la fecundidad marital en México: resultado de dos modelos", Notas de Población, Santiago de Chile, CELADE, No.50, Año XVIII.

MUNDIGO, Axel, 1990, "The role of Family Planning Programmes in the fertility transition of Latin America" en Seminar on fertility transition in Latin American. Buenos Aires, 3-6 abril, International Union for the scientific Study of Population. 37 pp.

NACIONES UNIDAS, 1987, "Fertility behaviour in the context of development: Evidence from the World Fertility Survey.

Ochoa, L. H., 1981, "Patrones del descenso de la fecundidad en América Latina con especial referencia a Colombia", Estudios de Población, N° 7-12, Vol. VII, pp. 13-33.

Ochoa, L. y A. Tsui, 1991, "Contraceptive availability in four Latin American Countries", Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference, Washington D.C., 5 al 7 august, Vol. II, Columbia, Maryland.

PALMA CABRERA, Yolanda y Otros, 1991. "El descenso de la fecundidad en México", en Demographic and Health Surveys World Conference, August 5-7, Washington, D.C., Vol. III, pp. 1833-1864.

PALMA CABRERA, Yolanda, 1988, "Niveles y tendencias recientes del uso de anticonceptivos", Revista Demos, pp.26-27.

PATARRA, Neide, 1993, Transicao demográfica: novas evidencias, velhos desafios, IV Conferencia Latinoamericana de Población, La Transición Demográfica en América Latina y el Caribe, México, (Mimeo).

POTTER, Joseph, 1984, "Efecto de las instituciones sociales y comunitarias sobre la fecundidad" en Ensayos sobre población y desarrollo. Bogotá, The Population Council, No.23.

RODRIGUEZ, Germán y Ricardo Aravena, 1991. "Socioeconomic factors and the transition to low fertility in less developed countries: a comparative analysis" en Demographic and Health Surveys World Conference, Washington, August 5-7, Vol.I.

RODRIGUEZ, Germán, 1992, "Los componentes del espaciamiento y la limitación de la transición de la fecundidad en América Latina", Notas de Población, Santiago de Chile, CELADE, No.56, Año XX. pp. 39-72.

ROSETO-BIXBY, Luis y John Casterline, 1993, "Modelling diffusion effects in fertility transition", Population Studies, Vol.47, No.1, pp. 147-167.

RUBIN, Jane, 1989, "Los determinantes socioeconómicos de la fecundidad en México" en Figueroa Campos, Beatriz (Comp.). La fecundidad en México: cambios y perspectivas. México, El Colegio de México, pp. 249-315.

Secretaría de Programación y Presupuesto, 1979, Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976. México, ISUNAM.

TOWNSEND, M. y Otros, 1992, "The role of not-for-profit, private sector organizations in fertility change in Latin America". Proceedings of the IUSSP Conference of the Peopling of the Americas, Veracruz, México, 18 a 23 de mayo, Vol. III, pp. 177-133.

TUIRAN, Rodolfo, 1991, "Las diferencias sociales de la fecundidad en América Latina y México" en Revista Demos, pp. 9-10.

TUIRAN, Rodolfo, 1990, "La esterilización anticonceptiva en México: satisfacción e insatisfacción entre las mujeres que optaron por este método" en Memorias de la IV Reunión de Investigación Demográfica en México, Abril, Tomo I, pp. 119-140.

VLASSOF, Michael, 1986, "Tendencias y diferenciales de la fecundidad en América Latina: un análisis con los datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad", Notas de Población, año XIV, No.41, Santiago de Chile, CELADE, pp. 25-81.

WEINBERGER, M Y OTROS, 1989, "Educación de la mujer y fecundidad: in decenio de cambios en cuatro países latinoamericanos" en Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, New York, The Alan Guttmacher Institute, Número Especial, pp. 1-12.

WEINBERGER, Mary B., 1990, "Changes in the mix of contraceptive methods during fertility decline: Latin America and the Caribbean" en Seminar on fertility transition in Latin American. Buenos Aires, 3-6 abril, International Union for the scientific Study of Population. 26 pp.

WELTI, Carlos, 1988, "Un descenso más lento", Revista Demos, pp. 4-5.

WELTI, Carlos, 1989, "La investigación del efecto de la anticoncepción sobre la fecundidad" en Figueroa Campos, Beatriz (Comp.). La fecundidad en México: cambios y perspectivas. México, El Colegio de México, pp. 317-346.

WELTI, Carlos y Guadalupe Espinosa, 1983, "Regionalización" en Benítez, Raúl y Julieta Quilodrán (Comp.). La fecundidad rural en México. México, El Colegio México, pp. 69- 94.

ZAVALA DE COSIO, María E., 1990, "La transición demográfica en América Latina y Europa" en Seminar on fertility transition in Latin American. Buenos Aires, 3-6 abril, International Union for the scientific Study of Population. 23 pp.

ZAVALA DE COSIO, María E., 1992, Cambios de fecundidad en México y políticas de población. México, El Colegio de México / FCE.