

POBREZA Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL MEXICO RURAL

José Gómez de León y Daniel Hernández
 Coordinador Nacional y Director General de Planeación y Evaluación del Programa de
 Educación, Salud y Alimentación (Progresá).

El uso de estos métodos anticonceptivos ha revestido gran importancia en el descenso de la fecundidad en México durante los últimos veinte años. Como ejemplo de ello, se pueden señalar los nacimientos evitados anualmente a mediados de la presente década debido al uso de anticonceptivos, se estiman mediante el llamado *método de prevalencia* (Bongaarts, 1985)¹: en casi 2.3 millones (cuadro 1). De hecho, la anticoncepción es el determinante próximo de la fecundidad que explica en mayor medida el descenso observado en ésta en México durante los últimos veinte años (cuadro 2).

Cuadro 1. Nacimientos evitados por el uso de métodos anticonceptivos en México, 1995.

Edad	Prevalencia anticonceptiva	Tasas específicas de fecundidad (%)	Fecundidad potencial	Coeficientes	Población femenina (millones)	Efectos del crecimiento de la fecundidad (‰)	Nacimientos evitados (miles)
15-19	0.06	87.7	91.1	0.62	5.1	3	17.3
20-24	0.305	178.7	220.4	0.62	4.7	42	195.9
25-29	0.518	170.6	297.4	0.823	4.1	127	519.8
30-34	0.661	119.6	315.9	0.94	3.5	196	686.9
35-39	0.711	71.5	261.6	1.022	2.8	190	532.2
40-44	0.637	31.2	187.8	1.309	2.2	157	344.4
Total	--	--	--	--	--	--	2296.4

Cuadro 2. Determinantes proximos de la fecundidad en México, 1976, 1987 y 1995.

Determinantes	1976	1987	1995
Tgf	5.64	3.68	2.81
u	30.2	52.7	66.5
Cm	62.3	60.8	60.3
Cc	73.4	48.0	34.0
Ci	80.4	82.8	84.4
Ca	90.3	89.5	95.5

¹ Con este procedimiento, se puede obtener para un periodo determinado la diferencia entre la *fecundidad potencial* y la *fecundidad observada*; la primera se define como el nivel de fecundidad que existiría en el periodo de referencia en ausencia del uso de métodos anticonceptivos. El método utiliza datos agregados por grupos de edad específica (a). Los nacimientos evitados (NE) son iguales a:

$$NE_a = (FP_a - TFF_a) POB_a$$

donde

FP es el nivel de la fecundidad potencial, tal que

$$FP_a = TEF_a / (1 - C_a(u_a))$$

TEF_a es la tasa específica de fecundidad marital del grupo de edad a

U_a es la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres unidas del grupo de edad a

POB_a es el número de mujeres del grupo de edad a

C_a es un coeficiente de elasticidad en función de la esterilidad por edades y de los niveles de efectividad del uso de anticonceptivos. En este ejercicio se utilizan los coeficientes propuestos por Bongaarts en su trabajo.

La adopción del uso de métodos de planificación familiar ha seguido una tendencia ascendente en México. En 1976, una de cada tres mujeres casadas o unidas en edad fértil (15 a 49 años) regulaba su fecundidad mediante el uso de algún método anticonceptivo². Este porcentaje se incrementó en los siguientes años a un ritmo anual de entre 2 y 3 puntos porcentuales: para 1987 la prevalencia de uso de anticonceptivos se estimó en 52.7 por ciento, y para 1995, dos terceras partes de las mujeres unidas en edad fértil utilizan un método de planificación familiar para postergar, espaciar o limitar su descendencia.

Conjuntamente con el mayor uso de métodos anticonceptivos, se presencia un decremento en la proporción de mujeres unidas que nunca habían usado la anticoncepción. En este sentido, para el análisis se pueden considerar tres categorías de población: mujeres usuarias de anticonceptivos al momento de ser entrevistadas; mujeres usuarias en el pasado pero no al momento de ser entrevistadas (exusuarias); y mujeres que nunca han empleado un método (nunca usuarias). El porcentaje de mujeres unidas dentro de esta tercera categoría ha disminuido considerablemente de 1976 a 1995. En la década de los años setenta, más de la mitad nunca habían utilizado un método de planificación familiar, en tanto que hoy en día esta proporción es de solamente 19.7 por ciento.

Sin embargo, si bien se tiene una significativa ampliación en el uso de métodos para regular la fecundidad en el país, todavía continúan observándose importantes diferencias en esta práctica entre distintos grupos de la población. Así, el uso de los anticonceptivos es menor entre las mujeres que viven en localidades urbanas, entre las mujeres con menor escolaridad formal, así como entre las mujeres que viven en condición de pobreza. Precisamente este trabajo analiza la situación de las mujeres pertenecientes a este tipo de hogares con respecto a la práctica de regulación de la fecundidad.

Fuente de datos y metodología

Los datos que se analizan se recolectaron en la Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995. El Consejo Nacional de Población realizó esta encuesta durante los meses de septiembre a diciembre de ese año. La encuesta está basada en una muestra probabilística que proporciona información sociodemográfica para el país en su conjunto y para cada uno de los siguientes nueve estados: Chiapas, México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz. Los instrumentos de recolección de datos comprenden dos cuestionarios: uno del hogar y otro dirigido a mujeres de 15 a 54 años de edad. Asimismo, se aplicó un cuestionario de localidad para conocer aspectos del contexto comunitario de los hogares. En la ENPF-95 se visitaron 13840 hogares y se obtuvieron entrevistas en 11248 (92.2%). Cabe señalar que en esta encuesta no se entrevistó a la población indígena monolingüe.

Por su parte, la clasificación de hogares según su condición de pobreza se realizó a partir de un modelo de puntajes cuya metodología fue desarrollada por el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá). Con el fin de aproximarse en forma multidimensional a la pobreza, la identificación que se hace de los hogares pobres extremos descansa en la utilización de un procedimiento que incorpora, junto con el ingreso de las familias, otros indicadores que reflejan la compleja relación entre los factores que la determinan. Estos indicadores se relacionan con diversas esferas de la condición social y económica de las

² Se considera el uso de métodos anticonceptivos respecto a las mujeres casadas o unidas por ser quienes tienen un mayor riesgo de embarazo, dado el supuesto de que mantienen una vida sexual activa.

familias, y comprenden, entre otros: composición y tamaño de los hogares; edad, escolaridad, participación laboral y tipo de ocupación de sus miembros; así como el equipamiento de las viviendas.

El concepto mismo de pobreza es una noción relativa en el tiempo y en el contexto de cada sociedad. Sin embargo su acotación es de gran importancia para la definición de estrategias de política social. Existen diversas propuestas metodológicas dirigidas a medir y examinar la pobreza. Muchas de éstas parten de la especificación de un nivel de ingresos por debajo del cual se considera que las personas viven en situación de pobreza. La definición de este nivel no siempre obedece a los mismos criterios. En ocasiones se opta por centrar la atención en un grupo particular de la población, como el que se encuentra en la denominada situación de pobreza extrema, que corresponde a aquellos hogares que no cuentan con los recursos para satisfacer sus necesidades alimenticias básicas.

Así, la identificación de la pobreza extrema se obtiene mediante la comparación de los ingresos per cápita de la familia con el costo de una canasta básica alimentaria, estableciendo mediante esta vía una línea de *pobreza extrema*. De esta manera, los hogares cuyos ingresos están por debajo de esta línea son considerados como pobres extremos. En este caso, esta línea de pobreza, relacionada con la llamada Canasta Normativa Alimentaria elaborada por COPLAMAR, corresponde a un ingreso familiar agregado promedio equivalente a 1,189 pesos de fines de 1995 (considerando exclusivamente el ingreso corriente monetario para una familia de 5.5 personas).

Sin embargo, el ingreso familiar no es por sí mismo el único factor que se puede emplear para identificar a los grupos pobres. De hecho, concentrarse exclusivamente en el ingreso de las familias puede conducir a omitir situaciones en las que, por ejemplo, justamente por una precaria condición socioeconómica, las familias incorporan en tareas generadoras de ingresos a un mayor número de miembros del hogar —a menudo niños y jóvenes— elevando con ello su nivel de ingreso. Esto tiene importantes secuelas en las oportunidades de desarrollo de las capacidades y potencialidades de los miembros de la familia, como puede ser la inasistencia de los niños a la escuela, lo que los coloca en una posición de mayor vulnerabilidad social en el futuro.

En la metodología utilizada, se compara el perfil socioeconómico de cada hogar (de acuerdo a los indicadores señalados) con respecto a las características típicas de las familias que se encuentran tanto por arriba como por debajo de la línea de pobreza extrema, analizando a cuál de ellas se asemejan. Con este procedimiento es posible, entonces, clasificar la condición de cada familia e identificar a aquéllas que se encuentran en pobreza extrema.

El análisis se centra en las mujeres unidas en edad fértil, distinguiéndolas de acuerdo a su condición de pobreza extrema (que a lo largo del trabajo se referirán como mujeres *pobres* y *no pobres*). En el cuadro 3 se presentan las características generales de esta población. Aunque las mujeres pobres tienen sólo ligeramente mayor edad que las no pobres, han alcanzado paridades mucho más elevadas, como lo indica que 58 por ciento de ellas tienen 4 o más hijos nacidos vivos, en comparación con 23.3 por ciento del resto de las mujeres. Por otro lado, la proporción de las mujeres pobres que no concluyó el nivel de educación primaria (6 años) es más del doble que el que se observa entre las mujeres no pobres: 55.4 y 20.4 por ciento, respectivamente. La mitad de las mujeres en condición de pobreza vive en localidades rurales (que a lo largo de este trabajo se definen como localidades con menos de 2500 habitantes), mientras que únicamente 14 por ciento de las no pobres reside en ese tipo de

comunidades. De hecho, la pobreza es más prevalente en el medio rural, donde 60 por ciento de las mujeres en edad fértil unidas son miembros de hogares que se clasifican como en pobreza extrema, en tanto que 18 por ciento de las mujeres urbanas presentan esta condición.

Cuadro 3. Características de las mujeres en edad fértil unidas según condición de pobreza, México, 1995.

Características	Pobres	No pobres
Edad		
15-19	7.1	4.8
20-24	13.6	18.2
25-29	21.4	18.1
30-34	22.3	20.5
35-39	15.5	17.0
40-44	11.1	11.5
45-49	9.0	9.9
Paridad		
0	3.4	8.6
1	7.1	22.1
2	12.2	27.2
3	19.3	18.8
4 y más	58.1	23.3
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	17.8	4.4
Primaria incompleta	37.6	16.0
Primaria completa	29.1	24.8
7 y más años	15.5	54.8
Lugar de residencia		
Urbana	47.0	85.6
Rural	53.0	14.4
Total	29.3	70.3

Uso de métodos anticonceptivos

En 1995, la prevalencia de uso de anticonceptivos de las mujeres pobres ascendía a 56.3 por ciento. En comparación, casi 71 por ciento de las mujeres no pobres empleaban un método para regular su fecundidad. Con respecto a las mujeres que no empleaba anticonceptivos, quienes, como se propuso arriba, pueden ser denominadas como exusuarias o nunca usuarias, resalta el hecho de que 30 por ciento de las mujeres pobres no han tenido a lo largo de su vida ninguna experiencia en la práctica de la anticoncepción, mientras que en el resto de la población este porcentaje es de sólo 15 por ciento (cuadro 4).

Cuadro 4. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas según condición de uso de anticonceptivos, condición de pobreza y lugar de residencia, 1995.

Condición de uso	Pobre			No pobre			Total		
	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano
Usuaría	56.3	46.1	67.8	70.8	62.9	72.1	66.5	52.8	71.3
Exusuaria	13.4	13.3	13.5	13.9	16.8	13.4	13.8	14.7	13.4
Nunca usuaria	30.3	40.6	18.7	15.3	20.3	14.5	19.7	32.6	15.3

La diferencia en el uso de métodos de planificación familiar según la condición de pobreza es mucho más aguda en las áreas rurales que en las urbanas. Así, en las ciudades, aproximadamente 68 por ciento de las mujeres pobres son usuarias de anticonceptivos, en comparación con 72 por ciento de las no pobres. Por el contrario, en las localidades rurales existe una muy acentuada brecha en cuanto a la anticoncepción entre estos dos grupos: 46 y 63 por ciento de usuarias, respectivamente.

Para tratar de comprender estas diferencias, se analiza a continuación la llamada *demanda por planificación familiar*. Esta hace referencia al deseo expreso de las mujeres casadas o unidas fértiles por limitar o espaciar sus embarazos³. Se hace el supuesto de que esta población representa la *demanda total de métodos anticonceptivos* (Bertrand, Magnani y Knowles, 1994). A su vez, ésta puede dividirse en demanda para limitar y demanda para espaciar los nacimientos, de acuerdo al deseo de las personas de tener en el futuro un nuevo embarazo.

De acuerdo con esta perspectiva, se considera que si una mujer expresa su deseo por limitar o espaciar sus nacimientos, pero no practica la anticoncepción, se está en presencia de una condición de *demanda no satisfecha*; por el contrario, si la mujer emplea anticonceptivos, se tiene una *demanda satisfecha*.

a) Demanda por anticonceptivos y demanda no satisfecha

En 1995, la demanda total por anticonceptivos entre las mujeres unidas fértiles ascendía a 80.8 por ciento (cuadro 5). De ella, aproximadamente 40 por ciento corresponde a la demanda por espaciar los nacimientos⁴. En cuanto a la demanda no satisfecha, es decir, la proporción de mujeres que expresamente deseaba regular su fecundidad pero que no usaban un anticonceptivo, para 1995 ésta era de 17.6 por ciento, siendo mayor la demanda no satisfecha para espaciar los embarazos que para limitarlos. Así, 22.2 por ciento de las mujeres que desean espaciar sus nacimientos no están empleando un anticonceptivo, en comparación con sólo 14.3 por ciento de aquellas que desean limitar sus embarazos.

Cuadro 5. Demanda de Planificación Familiar según condición de pobreza y lugar de residencia, 1995.

	Uso de anticonceptivos		Demanda no satisfecha		Sin demanda	Infertilidad	Falla de método	Total
	Espaciar	Limitar	Espaciar	Limitar				
Total	25.9	40.7	7.4	6.8	10.4	7.4	1.4	100
Pobre	16.4	39.9	7.6	13.3	13.3	7.4	2.1	100
No pobre	29.8	41.0	7.4	4.1	9.2	7.6	1.0	100
Lugar de residencia								
Urbano	26.7	44.6	6.3	5.2	9.3	6.4	1.5	100
Pobre	14.7	53.1	4.3	11.1	9.5	3.9	3.4	100
No pobre	29.4	42.7	6.8	3.9	9.2	6.9	1.1	100
Rural	23.5	29.2	10.6	11.4	13.6	10.8	0.9	100
Pobre	17.9	28.2	10.4	15.3	16.7	10.5	1.0	100
No pobre	32.2	30.7	10.9	5.4	8.9	11.3	0.6	100

³ Para definir la condición de fertilidad y deseo de un nuevo embarazo de las mujeres, se siguieron los criterios de Westoff y Ochoa (1991), así como por Westoff y Bankole (1996), en que se introducen consideraciones sobre amenorrea y sobre el tiempo antes de un nuevo embarazo que se desea, entre otros.

⁴ Estas proporciones se obtiene respecto a la demanda total por anticonceptivos.

Entre las mujeres pobres se observa, por su parte, que la demanda por anticonceptivos era menor que la de las mujeres no pobres (77.2 y 82.3 por ciento, respectivamente). No obstante, se debe destacar que entre las mujeres que viven en condición de pobreza extrema prevalece una muy elevada proporción de parejas desean posponer o limitar definitivamente sus embarazos.

En el contexto urbano, prácticamente es igual el nivel de la demanda por planificación familiar entre los dos grupos de mujeres (83 por ciento). Aunque éste disminuye al considerar a la población del medio rural (pobres y no pobres), todavía más de siete de cada diez mujeres fértiles unidas en pobreza extrema reportaron no tener intenciones de cursar un nuevo embarazo.

Como se podría esperar por el perfil de paridad de las mujeres pobres, 69 por ciento de su demanda por planificación familiar corresponde al deseo de limitar definitivamente su reproducción; en comparación, en la demanda de las mujeres no pobres la proporción que desea limitar es de 55 por ciento.

Así, en la diferencia en el uso de anticonceptivos que se observa de acuerdo a la condición de pobreza de las mujeres, la preferencia por mayores tamaños de familia parece tener un efecto relativamente menor. De hecho, considerando el número ideal de hijos deseados por las mujeres unidas⁵, y enfocando es el análisis en las preferencias reproductivas de las mujeres que están iniciando su vida reproductiva (sin hijos o que solamente tienen uno)⁶, se encuentra que entre las mujeres unidas sin hijos nacidos vivos se expresa un tamaño de familia deseado de 2.3 hijos, y de 2.5 entre las que ya tienen un hijo. Para las mujeres pobres, estos promedios son 2.5 y 2.6 hijos, y entre las no pobres de 2.3 y 2.4 hijos, esto es, son prácticamente iguales. Así, los datos relativos a las mujeres de menor paridad señalan una situación en que los ideales por tamaños relativamente pequeños de familia son parte de los marcos ideacionales de las mujeres más jóvenes en México, independientemente de su condición de pobreza.

Por ello, el menor uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres pobres parece deberse principalmente a la falta de satisfacción del deseo de regular la fecundidad de las mujeres pobres. Para 1995, 17.6 por ciento de la demanda total por planificación familiar no se cubría. En el caso de las mujeres pobres, esta proporción se eleva a 27 por ciento, y para las mujeres pobres rurales llega a ser de 35.8 por ciento. Así, las mujeres en condición de pobreza experimentan un riesgo prácticamente dos veces mayor de no satisfacer su deseo expreso de posponer o limitar un embarazo que las mujeres no pobres.

De lo anterior, se desprende la necesidad de considerar en el análisis del bajo uso de anticonceptivos entre las mujeres unidas pobres aspectos relativos a los mecanismos de información y acceso a métodos anticonceptivos que tiene esta población.

b) Características sociodemográficas y uso de anticonceptivos en el medio rural

⁵ Aquí se emplea la pregunta para las mujeres sin ningún hijo nacido vivo: Si usted pudiera escoger exactamente el número de hijos para tener en toda su vida, ¿cuántos hijos tendría? Para aquellas que ya han tenido un hijo, se hizo referencia a la situación hipotética de: si usted pudiera regresar a la época en que no tenía hijos y pudiera escoger, ¿cuántos hijos tendría?

⁶ La preferencia reproductiva de las mujeres con dos hijos o más hijos son superiores a las mujeres de menor paridad, lo que muy probablemente esté reflejando un *ajuste* en el número ideal respecto a la paridad ya alcanzada.

Se ha señalado que la demanda no satisfecha por anticonceptivos es más elevada en el medio rural que en el medio urbano. Por ello, en esta sección se estudian las características sociodemográficas de las mujeres que viven en localidades rurales y el uso de anticonceptivos, restringiendo el análisis únicamente a las mujeres con demanda por anticonceptivos. Mediante los resultados de un modelo multivariado, se presenta la probabilidad de que una mujer unida fértil que no desea un embarazo, ya sea por un tiempo o de manera definitiva, esté empleando un anticonceptivo⁷.

Las características que se introducen al análisis simultáneamente son: la edad de las mujeres, su nivel de escolaridad, su paridad y la condición de pobreza de sus hogares. Las categorías empleadas y los resultados del análisis multivariado se presentan en el cuadro 6. Adicionalmente a las características individuales de las mujeres, se ha incluido en el modelo una variable relativa al acceso a los anticonceptivos: en este caso, se trata de la distancia a la unidad pública de salud que ofrece servicios de planificación familiar⁸.

Para las mujeres rurales que no desean un embarazo, la probabilidad de usar un anticonceptivo se incrementa claramente conforme mayor es el nivel de escolaridad, como lo indican los riesgos relativos (expresados como *razón de momios*) menores a la unidad para las mujeres sin escolaridad, con primaria incompleta y con primaria completa, con respecto a las mujeres que por lo menos cursaron un grado de secundaria (0.31, 0.46 y 0.58, respectivamente).

La probabilidad de usar un método de planificación familiar, por otro lado, es menor entre las mujeres con paridad 0 y 1 en comparación con las mujeres de paridad 2 o más (no se encuentra una diferencia significativa en la medida de riesgo para mujeres con 2 y más hijos).

Incluso controlando por todos los factores anteriores, las mujeres que pertenecen a hogares en condición de pobreza extrema, tienen un riesgo relativo de emplear un anticonceptivo tres veces menor que aquellas que no son pobres.

En cuanto al acceso a los servicios públicos de salud, el riesgo de usar un método es prácticamente el mismo para mujeres que viven a menos de 5 kilómetros de una unidad con servicios de planificación familiar, que para las que viven en una localidad en la que estos servicios públicos se encuentran a una distancia de entre 5 y 10 kilómetros. Solamente cuando

⁷ El modelo en cuestión es una regresión logística (Kleinbaum, 1994). Este es adecuado para el análisis de una variable de respuesta dicotómica (0 o 1), como es el caso de el uso o no de anticonceptivos entre mujeres que no desean un embarazo. En este caso, se analiza como categoría de respuesta el uso de métodos anticonceptivos, esto es, haber satisfecho la demanda por éstos.

⁸ El análisis se realiza con datos de 1995; en seguimiento a la Encuesta Nacional de Planificación Familiar de ese año, en 1996 se realizó un trabajo de campo dirigido a estudiar los servicios de planificación familiar que servían a la población de las localidades rurales visitadas en 1995 de nueve estados (Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz). Los datos de acceso se derivan de este trabajo de campo y la población considerada en este apartado se restringe a las mujeres rurales de estos estados. Dado que la distancia a la unidad de salud es información de la localidad, ésta es la misma para todas las mujeres de la misma comunidad, por lo que en el análisis debe tratarse como una característica de nivel distinto al individual. Por ello, se emplea una rutina de procesamiento especial que permite controlar esta condición (svylogit del paquete STATA). El procedimiento permite hacer el análisis considerando el diseño de muestreo. En ciertas ocasiones, las observaciones se toman en distintos niveles: puede ser de individuos o de localidades, por ejemplo, En estos casos, cuando se analizan los datos sin considerar que los individuos de una misma localidad tienen una correlación, se tiende a sobreestimar la significancia de las variables y a subestimar los errores estandarizados.

la unidad más cercana está a más de 10 kilómetros (lo que sucede para una de cada ocho mujeres unidas fértiles del área rural), disminuye la probabilidad de uso de un método anticonceptivo entre las mujeres que no desean embarazarse⁹.

Cuadro 6. Razones de momios para uso de anticonceptivos de mujeres unidas en edad fértil con demanda por planificación familiar: medio rural de nueve estados, 1995.

Demanda	RM
Edad	
15-24	0.80
25-34	REF
35-49	1.29
Nivel de escolaridad	
Sin escolaridad	0.31
Primaria incompleta	0.46
Primaria completa	0.58
Secundaria y más	REF
Paridad	
0	0.04
1	0.61
2	REF
3	1.26
4 y más	1.05
Condición de pobreza	
No pobres	REF
Pobres	0.34
Acceso a los anticonceptivos	
A menos de 5 kms	REF
5 a 10 kms	1.09
10 kms o más	0.55

Estos resultados indican que el acceso a los servicios que ofrecen anticonceptivos es un factor de relevancia para evitar la demanda no satisfecha por métodos de planificación familiar. Sin embargo, incluso controlando por este acceso, es evidente la asociación que determinadas características sociales y demográficas de las mujeres tienen con la existencia de una demanda no satisfecha por medios para regular la fecundidad. Es importante resaltar que la condición de pobreza tiene gran importancia en la ausencia de uso de métodos (y más del 60 por ciento de las mujeres rurales unidas fértiles en este análisis se encuentran en esa condición), así como una baja escolaridad y una baja paridad.

c) Razones de no uso de anticonceptivos

Para poder aportar más elementos que ayuden a comprender las causas del no uso de anticonceptivos, resulta conveniente analizar las razones que expresan las mujeres para no regular su fecundidad, incluso cuando han expresado su deseo por no tener un embarazo. Dado que la demanda no satisfecha es más elevada en el medio rural, el análisis se centrará en esta población, en especial en las mujeres en condición de pobreza extrema (aunque se

⁹ Si en lugar de analizar distancias, se emplea tiempo percibido que lleva el traslado a la unidad de salud más cercana con oferta de anticonceptivos, los resultados son muy similares: el riesgo de uso de métodos disminuye hasta después de dos horas de traslado.

presentan los datos para las mujeres urbanas que no emplean anticonceptivos, como medida de contraste)¹⁰.

En 1995, 19 por ciento de las mujeres pobres rurales no usuarias de anticonceptivos señalaban la *falta de información* sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles, que también incluye (aunque en mucha menor medida) *el desconocimiento* de las fuentes de obtención o de *la forma de uso* de los métodos, como uno de los principales motivos por los que, no obstante que deseaban posponer, espaciar o limitar su descendencia, no utilizaban métodos de planificación familiar. Las proporciones que señalan este motivo entre las mujeres rurales de menor paridad o en pobreza extrema son similares. Por el contrario, solamente 8.8 por ciento de las mujeres urbanas con demanda no satisfecha reportaron esta razón (cuadro 7).

Cuadro 7. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil unidas no embarazadas, con demandas insatisfechas por anticoncepción, según razones de no uso de métodos, lugar de residencia y condición de pobreza, 1995.

Razón de no uso	Urbano	Rural
Limitación de conocimiento	8.8	19.1
Oposición pareja, religión	2.6	7.4
Efectos colaterales	31.7	42.7
No se embaraza con facilidad	29.4	10.7
Otra	27.5	20.1

Esto indica como aún y cuando se cuente con acceso a las unidades de salud que ofrecen servicios de planificación familiar, hay en el medio rural falta de información sobre los métodos anticonceptivos (sus características o modo de acción), que desfavorece su uso, y que quizás refleja la falta de una actitud y actuar más *amplio* del personal a cargo de la oferta de estos servicios, en el sentido de *acercarse* a la población para informarle de los medios de regulación de la fecundidad, en lugar de esperar la demanda que acuda por los anticonceptivos.

Una proporción mucho mayor (42.7 por ciento) de las no usuarias pobres rurales señalan no emplear anticonceptivos debido al temor que se tiene a los efectos colaterales (incluidos los que se perciben pueden afectar la lactancia). Por su parte, en el medio urbano éste es el principal motivo de no uso de anticonceptivos. De nueva cuenta, este tipo de causa puede desprenderse básicamente de la falta de información adecuada sobre las distintas alternativas anticonceptivas existentes y disponibles, sobre sus mecanismos de acción y sobre sus posibles efectos colaterales. Si en México se ha dado una amplia difusión sobre la existencia de los métodos de planificación familiar, es necesario destacar que aún se requiere reforzar un más profundo conocimiento de los aspectos *operativos* de los mismos (cómo funcionan).

Un grupo de razones que por lo general se ha argumentado como relacionado con el no uso de anticonceptivos es el que incluye la oposición de la pareja a la anticoncepción o de la propia mujer, por factores religiosos. Cabe señalar que en el medio urbano no llega al 3 por ciento del total la proporción de mujeres con demanda no satisfecha que lo declaran como motivo de no uso, y entre las mujeres pobres del medio rural es de 7.4 por ciento. Esto indica que los principales aspectos vinculados al no uso de métodos anticonceptivos parecen encontrarse en el área de comunicación y consejería sobre el tema.

¹⁰ El análisis excluye a las mujeres embarazadas.

Sin embargo, esta comunicación e información debiera abarcar un espectro más allá de los anticonceptivos, e incluir aspectos de la reproducción. La razón de ello se puede ver en la proporción de mujeres que no deseando embarazarse no utilizan un método debido a que consideran que *no se embarazan fácilmente*. En las circunstancias estudiadas existe un alto riesgo de que mujeres fértiles (baste recordar que en la definición de la población que tiene una demanda por anticonceptivos se controla la presencia de infertilidad y amenorrea) que no desean un embarazo en un corto plazo, inicien sin embargo una gestación por percibir que no son fértiles.

Conclusiones

El uso de métodos anticonceptivos es una práctica cada vez más generalizada en México que ha tenido un importante impacto sobre los cambios en la fecundidad. No obstante, las mujeres que viven en condición de pobreza tienen una tasa global de fecundidad de más de 5 hijos por mujer, y en el caso de las mujeres pobres rurales, este nivel se eleva inclusive a 5.3 hijos, mientras que las mujeres no pobres presentan una fecundidad de 2.6 hijos (cuadro 8).

Cuadro 8. Tasa global de fecundidad (hijos por mujer), 1995.

Condición de pobreza	Rural	Urbano	Total
Pobres	5.30	4.75	5.08
No pobres	2.72	2.58	2.60

La realización de los deseos reproductivos de las mujeres con mayores carencias sociales implica la satisfacción de una gran demanda por anticonceptivos en aquellas regiones de México más rezagadas, donde los niveles de fecundidad superan por mucho el promedio nacional y la circularidad viciosa entre rezago demográfico y pobreza exigen acciones acuciantes.

Cabe destacar que incluso cuando las mujeres pobres emplean métodos anticonceptivos, esta práctica la inician de manera relativamente tardía dentro de sus vidas reproductivas. Más de la mitad de las usuarias de métodos de planificación familiar que viven en pobreza extrema han optado por un método anticonceptivo definitivo, como es la oclusión tubaria bilateral (OTB) (cuadro 9). Esta situación, sin embargo, se ha dado una vez que se ha alcanzado una elevada fecundidad, de manera que 80 por ciento de las mujeres pobres que se han esterilizado lo hicieron cuando tenían 4 o más hijos. Por el contrario, entre las mujeres no pobres esta proporción es de 47 por ciento (cuadro 10).

Cuadro 9. Distribución porcentual de usuarias de anticonceptivos según método usado y condición de pobreza.

Método	Pobre	No pobre	Total
Pastillas	12.7	12.8	12.7
DIU	18.7	23.0	21.9
Oclusión tubaria	51.7	38.0	41.3
Vasectomía	0.1	1.2	0.9
Inyecciones	4.1	4.8	4.6
Preservativos y espermaticidas	3.3	5.6	5.1
Métodos tradicionales	13.4	14.6	13.4
Total	100.0	100.0	100.0

Esta comparativamente alta paridad cuando se accede a la anticoncepción para limitar la fecundidad se asocia principalmente a una falta de oportunidades de practicar la anticoncepción en etapas más tempranas de la vida; así, 56.8 por ciento de las mujeres pobres usuarias de OTB optaron por este método sin haber tenido ninguna otra experiencia previa en el uso de anticonceptivos. Esta condición es mucho menos frecuente (25 por ciento) entre las mujeres no pobres (cuadro 10).

Cuadro 10. Proporción de usuarias de oclusión tubaria bilateral con 4 y más hijos y sin uso previo de otro anticonceptivo según lugar de residencia y condición de pobreza, 1987 y 1995.

Condición de pobreza	Con 4 y más hijos	Sin uso previo
Pobre	80.3	56.8
No pobre	46.9	25.2
Total	53.6	32.4

Del panorama presentado se pueden desprender algunos elementos adicionales que deben ser atendidos para lograr que la población más desfavorecida pueda alcanzar sus ideales reproductivos. Pero al respecto es necesario resaltar que, no obstante que es clara la tendencia a una preferencia por tamaños de familia menores, continúa siendo fundamental reforzar las acciones de educación y comunicación para que un mayor número de parejas reconozca las ventajas de un tamaño reducido de familia, en un marco de respeto a los derechos y la dignidad de las personas: éstas deben basarse en la difusión acerca de los beneficios que representa la planificación familiar para el mejoramiento de la calidad de vida de la familia en su conjunto y para la salud materna e infantil, así como para el desarrollo de la pareja, la mujer y los hijos. Con ello se pueden apoyar los procesos que ocurren conforme se pueden ir ampliando las oportunidades de educación y participación en la actividad económica, en especial de las mujeres.

Un rasgo característico del uso de anticonceptivos en México es la gran importancia que tienen las instituciones de salud del sector público como lugar al que recurre la población para el suministro de sus métodos de planificación familiar. Hoy en día 71.1 por ciento de las usuarias recurren a estas fuentes para obtener sus anticonceptivos.

A raíz del cambio en la política de población del Gobierno de México en 1973, se establecieron programas oficiales de planificación familiar, que ayudaron a desarrollar un eficaz sistema de distribución de anticonceptivos, a la *legitimización de una nueva práctica*, como era en su momento el uso de anticonceptivos, así como a la difusión de nuevas normas relacionadas con la conducta reproductiva, como es la conveniencia de intervalos intergenésicos de mayor duración, edades (o rangos de edades) más apropiadas para tener el primero o el último hijo, así como el número ideal de hijos (Potter, Mojarro y Hernández, 1986; Alba y Potter, 1986; Lerner y Quesnel, 1994)¹¹.

Paralelo al desarrollo del sistema de distribución y oferta de métodos anticonceptivos, integrado en las instituciones de salud del gobierno (Alarcón, Correu y Martínez Manautou,

¹¹ Estas normas se sustentan en los beneficios a la salud de la regulación de la fecundidad: "fomentar tanto en la población como en el personal prestador de los servicios una idea más amplia de la planificación familiar, pasando del concepto simple de protección anticonceptiva a su identificación como una de las acciones fundamentales de la promoción y la protección de la salud de la población, especialmente materno-infantil" (Alarcón, Correu y Martínez Manautou, 1985).

1985), se enfatizó la promoción de los métodos modernos de planificación familiar, y en especial de aquellos que se consideraban más *eficaces, con menores efectos colaterales y con mayor continuidad* (García Zebadua, 1985). De entre todos los anticonceptivos, en el sector público se subrayó la promoción del dispositivo intrauterino (DIU) y la OTB, métodos que requieren de un entorno *clínico* para poder ser utilizados.

Aunque la ampliación de los servicios de planificación familiar por parte de las instituciones públicas de salud se basó en una oferta gratuita de los anticonceptivos¹², en la expansión de la infraestructura de los servicios públicos de salud, en especial para la población rural (Alarcón, Correu y Martínez Manautou, 1985b; Alba y Potter, 1986); y en la integración de los servicios de planificación familiar a los servicios de atención médica, en especial a los de atención primaria de la salud, los resultados mostrados indican que si bien todos estos parecen ser elementos que favorecen una mayor satisfacción de la demanda por anticonceptivos, no son suficientes para que la población más pobre de México haga un mayor uso de los servicios.

De modo muy significativo parece destacar la necesidad de dar un nuevo énfasis en los servicios de planificación familiar, de modo que sean primordialmente *proactivos* en sus estrategias de información y difusión. Esto implica una orientación en la educación, comunicación, promoción y entrega de servicios hacia las etapas tempranas del ciclo reproductivo de las mujeres y las parejas, promoviendo e informando sobre métodos reversibles, y buscando atender a la población sin esperar a que ésta acuda a sus servicios.

Coincidentemente, se requiere de una mejora de la calidad de los servicios de planificación familiar en general, que propicie una oferta de métodos anticonceptivos que responda a los requerimientos de información, consejería y seguimiento del uso de los anticonceptivos, considerando que existen importantes grupos con grandes carencias sociales que tienen poca experiencia en la práctica anticonceptiva.

La posibilidad de que la procreación sea planeada, en el mejor sentido de buscar el más alto provecho y la más alta realización afectiva de las personas, es el aspecto más beneficioso del uso de métodos anticonceptivos. Lograr que este servicio ayude a elevar el bienestar de los individuos y las familias es una tarea de la mayor importancia para las perspectivas de desarrollo personal de toda la población.

Bibliografía

- Alarcón, F., S. Correu y J. Martínez Manautou. *Operación del programa de planificación familiar en el medio urbano*. En J. Martínez Manautou y J. Giner (eds.) Planificación familiar y demografía médica. IMSS, México, 1985.
- Alarcón, F., S. Correu y J. Martínez Manautou. *Atención primaria de la salud y planificación familiar en el medio rural*. En J. Martínez Manautou y J. Giner (eds.) Planificación familiar y demografía médica. IMSS, México, 1985b.
- Alba, F. y J. Potter. *Población y desarrollo en México: una síntesis de la experiencia reciente*. Estudios Demográficos y Urbanos, Vol. 1, Núm. 1, 1986.
- Bertrand, J. R. Magnani y J. Knowles. Handbook of indicators for family planning program evaluation. The Evaluation Project, 1994.

¹² En este sentido, las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) dan servicio sin costo a la población no derechohabiente y la SSA no cobra por los mismos.

- Bongaarts, J. *A prevalence model for evaluating the fertility effects of family planning programmes*. En United Nations, Studies to enhance the evaluation of family planning programmes. New York, 1985.
- García Zebadua, A. *El proceso de programación*. En J. Martínez Manautou y J. Giner (eds.) Planificación familiar v demografía médica. IMSS, México, 1985.
- Kleinbaum, D. Logistic regression. Springer Verlag, New York, 1994.
- Lerner, S. y A. Quesnel. *Instituciones y reproducción*. En F. Alba y G. Cabrera (comp.) La población en el desarrollo contemporáneo de México. COLMEX, México, 1994.
- Potter, J., O. Mojarro y D. Hernández. *Influencias de los servicios de salud en la anticoncepción en México*. En Memorias de la Tercera Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México. Tomo 1. UNAM/SOMEDE, México, 1986.