

La fecundidad y la planificación familiar en el marco de la salud reproductiva

La política de población, desde su formulación y puesta en marcha hace 27 años, ha jugado un papel fundamental en la tarea de regular y conducir los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional. Dicha política pública se fundamenta en el conocimiento de las relaciones causales entre población y desarrollo y se sustenta en dos premisas fundamentales. La primera se refiere a la convicción de que el fin último de la política de población, al igual que el de las políticas de desarrollo, debe ser el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. La segunda premisa descansa en el reconocimiento de la libertad que tienen los mexicanos y las mexicanas para decidir sobre el número y calendario de su descendencia. De estas dos premisas se deriva la norma jurídica y ética de los programas en la materia: las estrategias y las acciones de la política de población deben realizarse con absoluto respeto a la libertad, integridad y dignidad de las personas, lo que implica que todas las decisiones relativas a la sexualidad y la reproducción sean tomadas con plena autonomía, en respuesta a las aspiraciones de las individuos y las parejas, y libre de toda discriminación, coacción o violencia.

Es indudable que uno de los principales logros de la política de población ha sido la desaceleración del ritmo de crecimiento demográfico. Los últimos 27 años constituyen, desde este punto de vista, un periodo sin precedentes, único en la historia de México. Sin embargo, a pesar de que la transformación de la dinámica demográfica ha tenido lugar en amplios y diversos segmentos de la sociedad mexicana, las modalidades de este proceso se encuentran estrechamente vinculadas con las insuficiencias y desigualdades del desarrollo económico y social de nuestro país.

La política de población reconoce que es una prioridad de primer orden garantizar a las personas de todas las clases sociales y regiones del país el derecho a decidir sobre el número y calendario de su descendencia. Para alcanzar ese propósito, esta política pública está obligada a crear las condiciones necesarias para asegurar la disponibilidad y el acceso a los servicios de planificación familiar, así como a la información y la orientación veraz y suficiente, que contribuya a propiciar la toma de decisiones libres, responsables e informadas en materia sexual y reproductiva.

La política de población debe garantizar a las personas de todas las clases sociales y regiones del país el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, así como la información y los medios para poder hacerlo

El derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los nacimientos tiene esencialmente una cualidad habilitadora o de empoderamiento y es uno de los elementos intrínsecos de la calidad de vida

La libertad de decidir acerca de cuántos hijos tener y cuándo tenerlos es uno de los derechos humanos fundamentales y una garantía constitucionalmente tutelada. Su plena vigencia exige hacer valer los principios de inviolabilidad de la persona, para no sacrificarla a los fines colectivos; el derecho a su autonomía, para respetar sus planes de vida y sus proyectos; la equidad y el trato no discriminatorio, que exige garantizar el acceso universal a servicios de salud reproductiva adecuados y de calidad, adaptados a las necesidades, cultura y valores de las personas; y la participación y la solidaridad social, que supone la movilización de todas las fuerzas de la sociedad para garantizar el respeto y protección de ese derecho.

Los servicios de planificación familiar tienen un gran potencial para contribuir al desarrollo humano, entendido como el proceso tendiente a “la eliminación de algunos tipos de falta de libertad que dejan a los individuos pocas opciones y escasas oportunidades para elegir la vida que tienen razones para valorar”.¹ La planificación familiar es relevante en sí misma porque permite alcanzar una vida sexual y reproductiva más sana y placentera, a través de su contribución en la prevención de embarazos no deseados y de alto riesgo, la mortalidad perinatal, el aborto y las enfermedades de transmisión sexual. Además, fomenta una actitud responsable frente a la reproducción; coloca a los individuos en mejores condiciones para aprovechar otras oportunidades y definir proyectos de progreso individual y familiar, tanto para los padres como para los hijos; y coadyuva a disminuir los niveles de fecundidad y, en consecuencia, a desacelerar el ritmo de crecimiento natural de la población del país.

Un verdadero compromiso con el desarrollo humano de las personas, y con el ejercicio de sus derechos reproductivos, demanda que los programas de planificación familiar adopten e integren el enfoque más amplio de la salud reproductiva. El ejercicio del derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos está profundamente condicionado por el ejercicio de otros derechos, que van más allá de tener acceso a métodos anticonceptivos.

Estos derechos tienen que ver con todo aquello que incide en el proceso reproductivo: las características fisiológicas y de salud de las personas, la formación de la pareja, la actividad sexual, la regulación de la fecundidad, los embarazos y partos, entre otros. Ejercer plenamente el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos implica, por tanto, además del acceso a servicios de planificación familiar de calidad, recibir apoyo médico ante problemas de infertilidad, recibir atención calificada durante el embarazo, parto y puerperio, y por complicación de aborto; proteger la salud del recién nacido, gozar de una sexualidad sin temor a embarazos no deseados o a contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), cuyas secuelas pueden generar esterilidad e incluso la muerte de quien la contrae, así como a recibir servicios de prevención, detección y atención de las ITS, incluido el VIH-SIDA.

¹ Sen, Amartya, Desarrollo y Libertad, Planeta, 2000.

Adoptar el enfoque de la salud reproductiva también implica reconocer que todos estos acontecimientos están profundamente influenciados por los significados que las personas les otorgan y que crean y recrean permanentemente, en el marco de su contexto social, económico y cultural. Por ello, las acciones institucionales orientadas a garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos deben tener un carácter multisectorial y dos objetivos principales: garantizar la disponibilidad de los medios necesarios —materiales y servicios— para ejercer estos derechos; e incidir en los espacios socio-culturales e institucionales para garantizar la toma de decisiones libre, responsable e informada sobre la sexualidad y la reproducción.

En este capítulo se hace una breve revisión de algunos indicadores relevantes que informan acerca del estado que guardan tanto las preferencias y comportamientos reproductivos de las personas, como algunos aspectos de los diferentes componentes de la salud reproductiva. Al final, se hace un recuento de la situación de la planificación familiar y de sus condicionantes sociales, culturales e institucionales.

Conducta reproductiva

La fecundidad

La declinación de la fecundidad ha sido el principal determinante de la reducción del crecimiento demográfico registrado en México durante los últimos treinta años. A mediados de la década de los sesenta, la fecundidad alcanzó su máximo histórico, con 7.3 hijos promedio por mujer. Entre 1963 y 1973, la tasa global de fecundidad² (TGF) disminuyó en cerca de un hijo, como resultado del cambio en las pautas reproductivas de los y las residentes de las metrópolis y de los grupos sociales mejor situados en la estructura social. A partir del cambio en la política de población y del impulso otorgado por el gobierno mexicano a los programas de planificación familiar a partir de 1974, la fecundidad comenzó a descender aceleradamente. Entre 1974 y 1984, el promedio de hijos por mujer, medido a través de la tasa global de fecundidad, descendió muy rápidamente de 6.1 a 4.2 hijos, con un decremento medio anual de 0.2 hijos. Este indicador continuó disminuyendo en los años siguientes, aunque a un ritmo más lento: en 1994 alcanzó un nivel promedio de poco más de 2.9 hijos por mujer y en el año 2000 se situó en 2.4 hijos (véase gráfica 1).

La caída de la fecundidad no ha ocurrido de manera simultánea, ni con el mismo impulso en las distintas regiones, entidades, clases sociales y grupos étnicos del país. A pesar de que las brechas se han reducido conside-

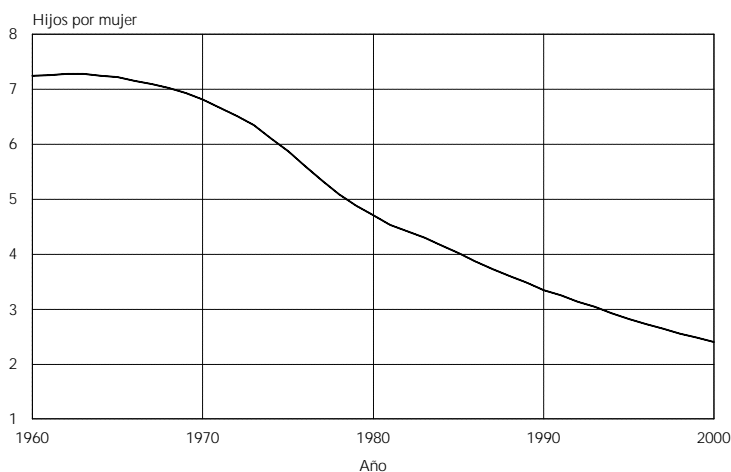
*El descenso
de la fecundidad
ha seguido ritmos
y trayectorias diferentes
entre los distintos
grupos sociales
y regionales del país*

² La tasa global de fecundidad mide el número de hijos que tendría una mujer al final de su vida reproductiva, si siguiera el patrón que registra la estructura de la fecundidad en el año de referencia.

blemente, aún se observan importantes diferencias según educación, estrato socioeconómico, entidades y regiones del país. Para ilustrarlas, vale la pena señalar que, en 1996, la tasa global de fecundidad de las mujeres sin instrucción era más del doble de las que contaban con al menos un año aprobado de educación secundaria (4.7 hijos frente a 2.2).

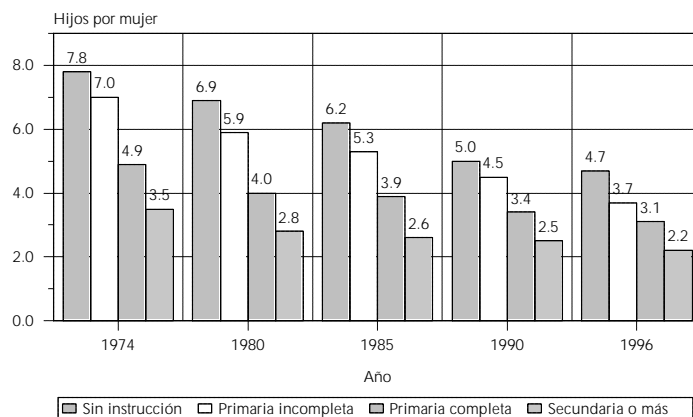
En ese mismo año, las mujeres que vivían en localidades rurales tenían en promedio 1.2 hijos más que las que vivían en localidades urbanas (véanse gráficas 2 y 3). Entre las entidades federativas se observan también importantes diferencias: en el 2000, las mujeres que residían en el Distrito Federal y Nuevo León tenían poco menos de dos hijos a lo largo de su vida reproductiva (es decir, un nivel por debajo del reemplazo intergeneracional), mientras que las mujeres de Guerrero y Puebla tenían en promedio un hijo más (véase gráfica 4).

Gráfica 1.
Tasa global de fecundidad, 1960-2000



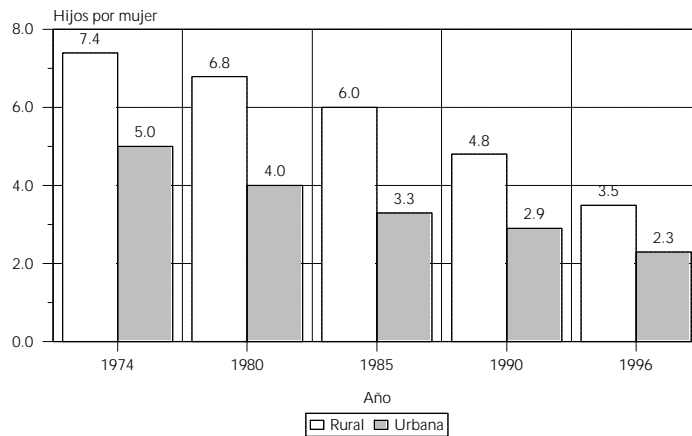
Fuente: estimaciones del CONAPO.

Gráfica 2.
Tasas globales de fecundidad según nivel educativo, 1974-1996



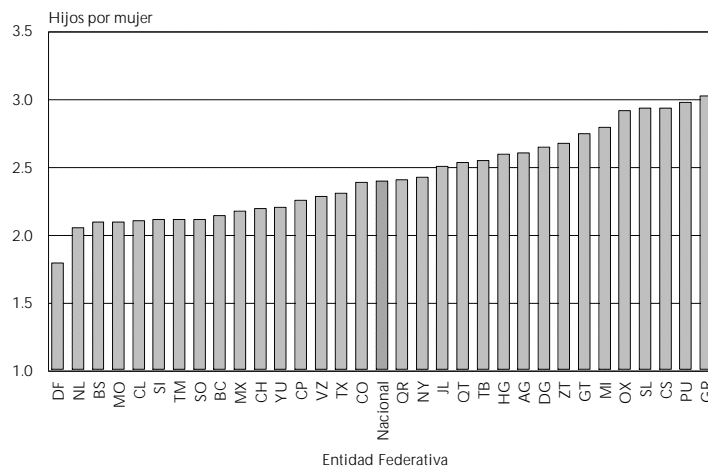
Fuente: estimaciones del CONAPO con base en las encuestas nacionales demográficas.

Gráfica 3.
Tasas globales de fecundidad rural y urbana, 1974-1996



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en las encuestas nacionales demográficas.

Gráfica 4.
Tasa global de fecundidad por entidad federativa, 2000



Fuente: estimaciones del CONAPO.

Ideales de fecundidad

El notable descenso de la fecundidad registrado en las últimas tres décadas no habría sido posible de no haberse producido un cambio en las preferencias e ideales reproductivos. El número ideal de hijos que en promedio declararon las mujeres unidas pasó de 4.5 en 1976 a 3.3 en 1987, y a 3.2 hijos en 1997. Durante la primera década de operación de los programas públicos de planificación familiar, el tamaño ideal de familia se redujo significativamente —en más de un hijo— en todos los grupos de edades, así como en cualquier nivel de escolaridad y ámbito de residencia. Sin embargo, este acelerado proceso de cambio en las preferencias reproductivas prácticamente se detuvo entre 1987 y 1997 en casi todos los grupos sociales (véase cuadro 1).

Los ideales reproductivos se han modificado significativamente

Cuadro 1.
Promedio del número ideal de hijos e hijas
de las mujeres unidas en edad fértil, según características
seleccionadas, 1976, 1987, y 1997

Características	1976	1987	1997
Total	4.5	3.3	3.2
Grupo de edad			
15-19	3.9	2.8	2.7
20-24	3.7	2.9	2.8
25-29	4.2	3.1	2.9
30-34	4.6	3.3	3.1
35-39	5.0	3.8	3.4
40-44	5.3	3.8	3.6
45-49	5.5	4.1	4.0
Escolaridad			
Sin escolaridad	5.3	4.5	4.3
Primaria incompleta	4.8	3.6	3.8
Primaria completa	3.9	3.1	3.3
Secundaria y más	3.4	2.7	2.7
Lugar de residencia			
Rural	5.0	4.0	3.8
Urbano	4.2	3.0	3.0
Condición de habla de lengua indígena			
Habla	n.d.	n.d.	3.9
No habla	n.d.	n.d.	3.1

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la EMF, 1976; la ENFES, 1987; y la ENADID, 1997.

La correspondencia entre deseos y prácticas reproductivas es menor en los grupos sociales más desfavorecidos

Las preferencias reproductivas de las mujeres pobres y marginadas del país han sido tradicionalmente mucho mayores que los ideales expresados por las mujeres que se encuentran en mejor situación social. Sin embargo, los datos revelan que existe una tendencia incipiente hacia su convergencia. De hecho, entre los grupos extremos de escolaridad, la brecha se redujo de 2 a 1.6 hijos, en promedio. No obstante, conviene destacar que las diferencias en la fecundidad acumulada entre ambos grupos de escolaridad, medida con base en la tasa global de fecundidad fue aún mayor (alrededor de 2.5 hijos en 1997), lo que revela la persistencia de profundos contrastes entre las preferencias de las personas y sus prácticas reproductivas.

Estos resultados dan cuenta de la necesidad de garantizar el acceso a los servicios de planificación familiar en todo el país, e instrumentar estrategias que contribuyan a la generación de un clima social y cultural que favorezca una más plena concordancia entre las conductas y las preferencias de las personas en el ámbito reproductivo.

La fecundidad de las adolescentes y jóvenes

El embarazo adolescente constituye una preocupación de primer orden, no sólo por los riesgos que conlleva una fecundidad precoz para la salud de la madre y de su descendencia, sino porque la procreación en esta etapa de la vida puede limitar el desarrollo personal de las y los jóvenes y tener importantes implicaciones en sus trayectorias de vida. El inicio temprano de la maternidad se asocia a menores oportunidades de desarrollo para las mujeres y a relaciones asimétricas de género e intergeneracionales que limitan su participación en las decisiones de su sexualidad y reproducción. Finalmente, el inicio del matrimonio a temprana edad se relaciona con patrones reproductivos de poco espaciamiento entre los hijos y una descendencia más numerosa al final de la vida reproductiva.

La fecundidad adolescente ha venido descendiendo lenta pero significativamente, en el marco del descenso general de la fecundidad del país. La proporción de mujeres de 15 a 19 años que tuvieron al menos un hijo disminuyó de poco más de una de cada ocho en 1974 a una de cada doce en 1992, y a una de cada catorce en 2000. Este nivel de fecundidad se tradujo en 366 mil nacimientos de madres adolescentes, durante el último año.

La fecundidad de las mujeres jóvenes (es decir, la de los grupos 20-24 y 25-29) también ha descendido de manera importante, aunque a un ritmo menor del que registran las mujeres de mayor edad, lo que se ha traducido en una creciente concentración de la fecundidad en la juventud (68.9% del total corresponde a madres de 15 a 29 años). La tasa de fecundidad de las mujeres de 20 a 24 años pasó de 280 nacimientos por mil mujeres en 1974 a 168 en 1992 y en el 2000 se estima en 130 nacimientos por mil. A su vez, entre las mujeres de 25 a 29 años, la fecundidad descendió de 285 a 160 y 131 nacimientos por mil mujeres, en esos mismos años (véase gráfica 5).

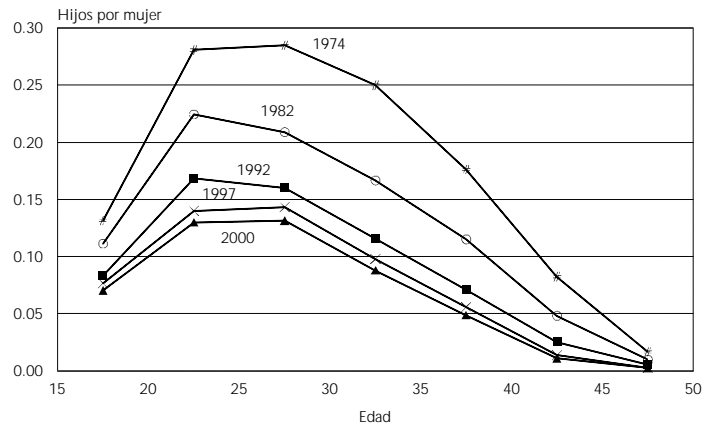
Nacimiento del primer hijo(a)

El nacimiento del primer hijo(a) juega un papel fundamental en el proceso de transición a la edad adulta. El momento en que se produce esta transición es un factor determinante de la fecundidad y de la salud reproductiva y tiene consecuencias importantes en la trayectoria de vida futura de los individuos. Se estima que la edad media de las mujeres al nacimiento del primer hijo fluctúa, de acuerdo con la cohorte de referencia, entre los 21 y los 23 años de edad, siendo las integrantes de las generaciones más jóvenes, las que registran las edades más tardías.

*La fecundidad
adolescente también
ha descendido, aunque
a un ritmo menor
del que registran
las mujeres
de mayor edad*

*Existen indicios
de un ligero retraso
de la edad en que
las mujeres tienen
a su primer hijo(a)*

Gráfica 5.
Tasas de fecundidad por edad para años seleccionados, 1974-2000



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en las encuestas nacionales demográficas.

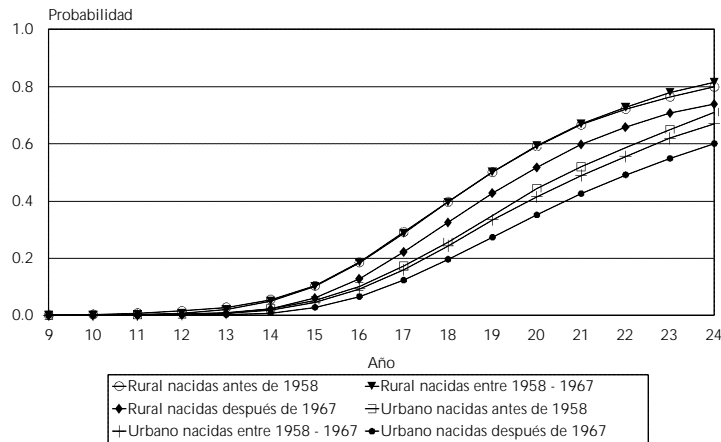
Aun cuando en México se ha dado una ligera tendencia hacia la postergación de la edad a la cual las mujeres experimentan el nacimiento del primer hijo, en estrecha asociación con el retraso en la edad al matrimonio, conviene señalar que alrededor de 15.2 ciento de las mujeres de la generación 1968-1972 asumió el papel de madre antes de cumplir 18 años de edad y 31.7 por ciento antes de cumplir 20.

El comportamiento reproductivo de las mujeres jóvenes de diferentes grupos sociales es profundamente desigual, lo que puede contribuir a ampliar las brechas que las separan en cuanto a sus condiciones sociales de vida, aumentando con ello la iniquidad social. Asimismo, los patrones reproductivos de los grupos de mujeres con mayores carencias pueden estar operando como mecanismo de transmisión intergeneracional de la pobreza. En el medio rural, la asunción del papel de madre se inicia a la edad mediana de 20 años, mientras que en el ámbito urbano es a los 23. Entre los grupos de escolaridad extrema la diferencia en la edad mediana es de cuatro años, iniciándose a los 19 años entre las mujeres que no cursaron estudios (véanse gráficas 6 y 7).

Las trayectorias reproductivas de las mujeres jóvenes no siempre corresponden con sus preferencias

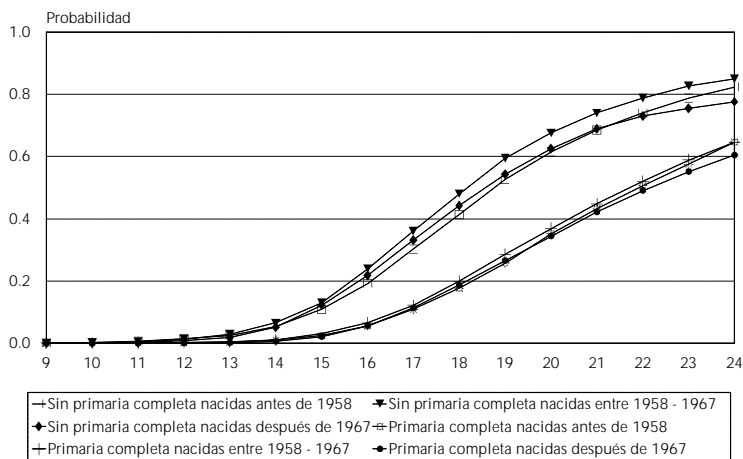
Cabe destacar que las experiencias reproductivas de las mujeres jóvenes no siempre se corresponden con sus preferencias y deseos. De todas las mujeres unidas en edad fértil, las que tienen entre 15 y 19 años y las de 20 a 24 son las que presentan los menores niveles de uso de métodos anticonceptivos (45% y 59%, respectivamente). El nivel de uso de las mujeres de 25 a 29 años de edad (67.8%) también se encuentra entre los más bajos, aunque superior al de las mujeres de 45 a 49 años de edad (61.4%) (véase cuadro 2). Paralelamente, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, esto es, mujeres que desean espaciar o limitar sus nacimientos pero que no hacen uso de anticonceptivos, alcanza los niveles más altos en estos tres grupos de edad (26.7, 21.1 y 14.7%, respectivamente) en relación con las mujeres de edades mayores (cuya demanda oscila

Gráfica 6.
Probabilidad acumulada de tener un hijo(a) por generación
de nacimiento y lugar de residencia, 1997



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en la ENADID, 1997.

Gráfica 7.
Probabilidad acumulada de tener un hijo(a) por generación
de nacimiento y escolaridad, 1997



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en la ENADID, 1997.

entre 10.3 y 3.5%), e incluso es similar o superior a la que registran los grupos sociales más desfavorecidos del desarrollo social. Baste señalar que la demanda insatisfecha de las adolescentes supera a la de las mujeres que hablan alguna lengua indígena (26.7% y 25.8%, respectivamente) (véase cuadro 3).

La disparidad en las trayectorias reproductivas de las mujeres jóvenes se acentúa durante todo el periodo juvenil, como resultado de prácticas distintas de postergación y espaciamento de los nacimientos, y una edad al matrimonio más tardía entre los grupos más aventajados.

Cuadro 2.
**Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usa métodos
anticonceptivos, según características seleccionadas, 1976-1997**

	1976	1987	1992	1997
Total	30.2	52.7	63.1	68.5
Grupos de edad				
15-19	14.2	30.2	36.4	45.0
20-24	26.7	46.9	55.4	59.3
25-29	38.6	54.0	65.7	67.8
30-34	38.0	62.3	70.1	75.4
35-39	37.9	61.3	72.6	76.1
40-44	25.1	60.2	67.4	74.5
45-49	11.8	34.2	50.5	61.4
Paridad				
0	6.5	15.3	20.7	23.9
1	27.2	50.5	56.6	59.8
2	39.1	60.0	71.0	75.4
3	38.4	67.5	75.0	80.6
4 y más	29.6	51.3	62.6	70.4
Nivel de escolaridad				
Sin escolaridad	12.8	23.7	38.2	48.0
Primaria incompleta	25.5	44.8	56.4	61.3
Primaria completa	40.3	62.0	66.7	69.8
Secundaria y más	55.8	69.9	73.6	74.8
Lugar de residencia				
Rural	13.7	32.5	44.6	53.6
Urbano	42.1	61.5	70.1	73.3
Condición de habla de lengua indígena				
Habla	n.d.	n.d.	n.d.	48.3
No habla	n.d.	n.d.	n.d.	70.2

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en EMF, 1976; ENFES, 1987; ENADID, 1992 y 1997.

Por ello, cuando las mujeres se encuentran en la etapa de la juventud tardía (entre 25 y 29 años), el número de hijos que han acumulado las mujeres pobres supera con creces al de las mujeres de los estratos más altos de la escala social. Por ejemplo, tomando el ingreso per cápita del hogar como indicador del estrato social de las mujeres, se encuentra que el promedio de hijos nacidos vivos de las que se ubican en el primer quintil (2.8), es más del triple que el de las mujeres del último quintil (0.9) (véase gráfica 8). La desigual distribución de las cargas reproductivas entre mujeres de condiciones económicas opuestas amplía las brechas en sus condiciones de vida.

La desigualdad de las trayectorias reproductivas conduce a que las mujeres más pobres, del primer y segundo quintil, que representan poco más de la tercera parte del total de las mujeres de 25 a 29 años de edad, concentren más de la mitad de la descendencia total de su grupo de edad (51.1%). En contraste, en los dos estratos de mayores ingresos, donde se

Cuadro 3.
**Demanda insatisfecha de planificación familiar de las mujeres
en edad fértil unidas, según características seleccionadas, 1987 y 1997**

Características de la madre	1987			1997		
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar
Total	25.1	12.1	13.0	12.1	6.9	5.2
Grupos de edad						
15-19	33.8	27.2	6.6	26.7	23.8	2.9
20-24	31.3	21.1	10.2	21.1	17.0	4.1
25-29	31.4	15.8	15.6	14.7	9.0	5.7
30-34	23.5	8.1	15.4	10.3	4.4	5.9
35-39	23.7	8.1	15.6	9.3	2.6	6.7
40-44	15.5	3.1	12.4	6.6	1.0	5.6
45-49	9.7	1.2	8.5	3.2	0.3	2.9
Paridad						
0	8.3	8.1	0.2	11.8	10.9	0.9
1	25.8	22.4	3.4	17.3	15.3	2.0
2	21.4	12.8	8.6	10.6	6.6	4.0
3	22.0	11.7	10.3	8.6	4.1	4.5
4 y más	30.2	9.1	21.1	12.8	3.5	9.3
Lugar de residencia						
Rural	45.7	23.7	22.0	22.2	12.8	9.4
Urbana	15.9	6.9	9.0	8.9	5.0	3.9
Escolaridad						
Sin escolaridad	45.8	20.6	25.2	21.8	9.3	12.5
Primaria incompleta	32.7	15.1	17.6	16.9	8.8	8.1
Primaria completa	17.8	9.1	8.7	12.4	7.7	4.7
Secundaria y más	10.4	6.2	4.2	8.0	5.2	2.8
Condición de habla de lengua indígena						
Habla	n.d.	n.d.	n.d.	25.8	14.6	11.3
No habla	n.d.	n.d.	n.d.	11.0	6.3	4.7

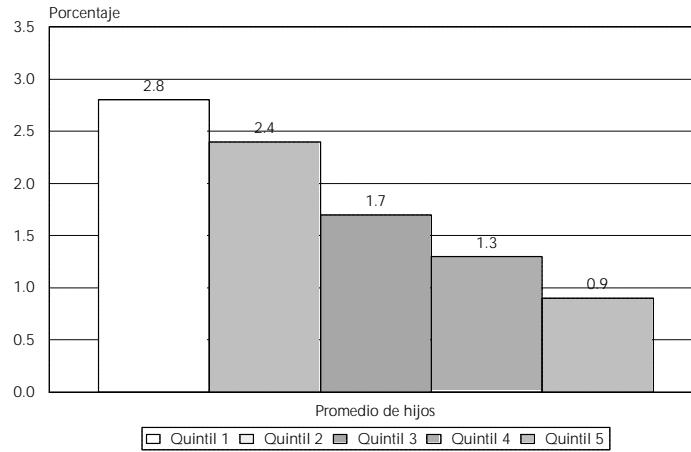
Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENFES, 1987, y la ENADID, 1997.

ubica cerca de la mitad de las mujeres de este grupo de edad (46.1%) se concentra la tercera parte de los nacimientos (28.8%) (véase gráfica 9). Estos datos dan cuenta de la iniquidad con la cual se distribuye la carga de la reproducción demográfica entre los grupos sociales del país.

Es sabido que la estructura de oportunidades a la que tienen acceso las mujeres por su condición de clase ejerce una fuerte influencia en sus patrones reproductivos. A su vez, estas pautas de conducta inciden en la estructura de oportunidades de las mujeres y sus familias. Una expresión de esta relación se obtiene del porcentaje de mujeres que llegan a la etapa de la juventud tardía sin haber tenido hijos según el quintil de ingreso del hogar y el tamaño de la localidad de residencia. El porcentaje de mujeres sin hijos a esas edades es siempre mayor en los quintiles de ingreso más altos, y crece significativamente conforme aumenta el tamaño de la localidad. Las diferencias se profundizan en las ciudades más grandes del país, donde las mujeres disponen de mayores oportunidades para la cristalización de proyectos de vida personales, pero cuyo aprovechamiento depende más de sus ingresos y capacidad adquisitiva, lo que a menudo conduce a acentuar las brechas entre las mujeres de los estratos más pobres respecto a la de los estratos económicos superiores (véase gráfica 10).

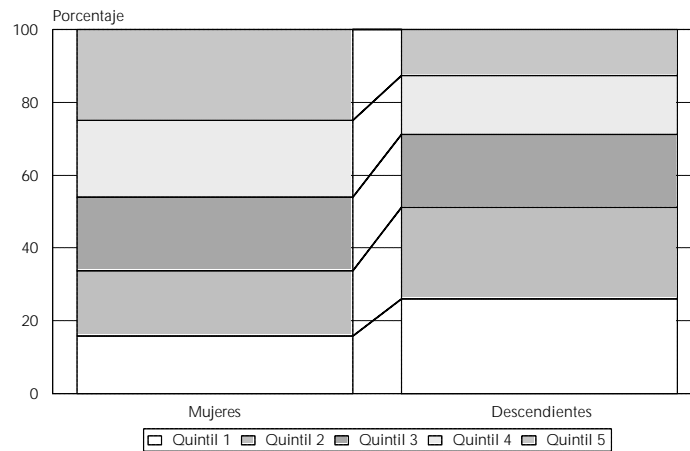
Las mujeres de los grupos sociales más pobres cargan con la mayor parte del peso de la reproducción

Gráfica 8.
Promedio de hijos vivos de las mujeres de 25 a 29 años
de edad según quintil de ingreso per cápita del hogar



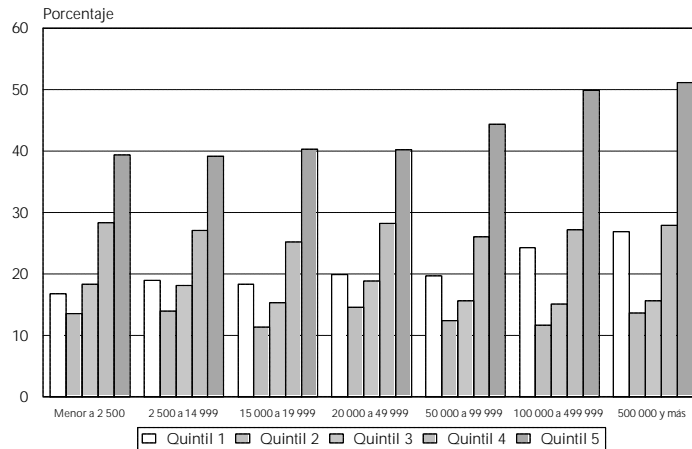
Fuente: estimaciones del CONAPO con base en la ENADID, 1997.

Gráfica 9.
Distribución porcentual de las mujeres de 25 a 29 años de edad
y de sus descendientes según quintil de ingreso per cápita del hogar



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en la ENADID, 1997.

Gráfica 10.
Porcentaje de mujeres de 25-29 años de edad que no ha tenido
hijos nacidos vivos según quintil de ingreso per cápita
del hogar y tamaño de la localidad



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000, INEGI.

Estos resultados dan cuenta de la importancia de atender las necesidades de las jóvenes y sus particularidades en los contextos urbanos y rurales, con políticas de población y desarrollo que actúen simultáneamente en la creación de oportunidades y en la promoción de conductas demográficas que favorezcan tanto el aprovechamiento de esas oportunidades, como su generación.

Un campo de atención prioritaria, es el relacionado con la satisfacción de las necesidades de los y las adolescentes en materia de salud reproductiva, incluido su acceso a la información, la orientación y la provisión de servicios adecuados a sus demandas y requerimientos, con el propósito de proteger su salud y mejorar su bienestar.

La salud reproductiva

La salud reproductiva comprende el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos, así como con el ejercicio de la sexualidad. El enfoque de la salud reproductiva imprime un alto valor al

El ejercicio pleno de los derechos reproductivos se sustenta en relaciones de respeto e igualdad entre hombres y mujeres

derecho de hombres y mujeres a regular su fecundidad en forma segura y efectiva, a cursar un embarazo y parto sin riesgos para la salud, a tener y criar hijos saludables, a comprender y disfrutar su propia sexualidad, y a permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.³

Este enfoque, a la vez que afirma la importancia de la planificación familiar, no se reduce al periodo fértil, porque está afectada por el estado de salud de la persona durante su infancia, niñez y adolescencia, y sus experiencias se pueden reflejar en las edades posteriores al periodo reproductivo.⁴

El enfoque de la salud reproductiva tiene la virtud de reconocer la existencia de complejos vínculos entre la sexualidad, la reproducción y los contextos históricos, sociales y culturales que les confieren significados específicos. Por ello, el ejercicio de los derechos reproductivos descansa en relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, en la participación plena de las mujeres en la toma de decisiones que atañen a su vida, particularmente en lo que se refiere a su sexualidad y reproducción, y en la disponibilidad y acceso a recursos, información, educación y servicios que permitan a las personas asumir su sexualidad de modo responsable, así como encarar de manera adecuada los problemas de salud reproductiva que enfrentan a lo largo de su trayectoria de vida.

La adopción y aplicación del enfoque de la salud reproductiva en México ha implicado profundas modificaciones en las estructuras institucionales, jurídicas y administrativas del sector salud y ha provocado una amplia movilización de recursos humanos y materiales orientados a establecer los marcos normativos de la prestación de los servicios, a impulsar la capacitación y sensibilización en salud reproductiva de miles de agentes de salud, y a promover la participación social. El esfuerzo realizado por las instituciones de salud también se ha orientado a fortalecer tanto las estrategias para disminuir la morbilidad materna y perinatal, como las medidas de prevención y control de los cánceres cérvico uterino y mamario.

A pesar de que son muchos los logros que se han obtenido en la aplicación del enfoque de la salud reproductiva, la necesidad de vigorizar su desarrollo se hace evidente frente a la persistencia de rezagos en la atención de muchas de sus dimensiones.

Con el propósito de revisar el estado que guardan los componentes de la salud reproductiva, se definieron como expresiones negativas o indicadores de déficit de la misma las siguientes condiciones:

³ CONAPO, Colección de Cuadernos de Salud Reproductiva, 1999.

⁴ Naciones Unidas, Derechos reproductivos y salud reproductiva. Informe conciso, New York, 1996, p.2.

- ? *Trayectorias reproductivas riesgosas para la salud.* Se caracterizan por iniciar la reproducción a temprana edad, con espaciamentos cortos entre los nacimientos y por una fecundidad elevada al final de la vida reproductiva.
- ? *Preferencias reproductivas no satisfechas.* Cuando las preferencias sobre la reproducción no se pueden cristalizar por la existencia de barreras (sociales, económicas, institucionales o culturales) para el uso de métodos anticonceptivos, ocurren embarazos no planeados o problemas de infertilidad.
- ? *Daño a la salud materna.* Cuando se pone en peligro la vida de la mujer, como resultado de los riesgos que acompañan al embarazo y la práctica del aborto.
- ? *Embarazo y parto sin atención médica.* Se refiere a las situaciones en las que el embarazo, el parto o el puerperio se cursan sin atención obstétrica de calidad, poniendo en riesgo de sufrir patologías a madres e hijos.
- ? *Morbilidad y mortalidad infantil.* Comprende las condiciones económicas, sociales, culturales y de salud que impiden a las parejas tener y criar hijos saludables.
- ? *Actividad sexual bajo riesgo.* Cuando el ejercicio de la sexualidad encierra riesgos de enfermedad, daño físico o embarazo no planeado.
- ? *Sexualidad no placentera.* Cuando la actividad se ejerce bajo violencia o coacción.
- ? *Daños a la salud asociados con los procesos sexuales y reproductivos del periodo fértil.* Se refiere a la morbilidad y mortalidad de las personas por patologías cuya etiología se asocia a procesos como los señalados, como el cáncer de la mama y el cérvico uterino, el climaterio y la menopausia. Existe actualmente una amplia discusión de si el cáncer de próstata debe ser considerado parte de los daños a la salud reproductiva.

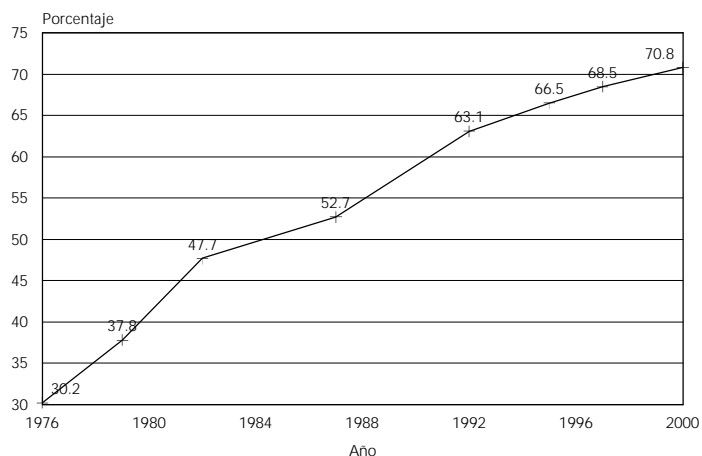
El Consejo Nacional de Población publicó recientemente la colección *Cuadernos de Salud Reproductiva* para la República Mexicana y las entidades federativas del país, en los que se analizó la evolución de diversos indicadores relativos a las dimensiones descritas anteriormente. Los resultados de esos estudios dan cuenta de la gran variedad de situaciones que enfrenta la población, particularmente las mujeres, para planear el número y espaciamiento de sus hijos, cursar embarazos y partos seguros, tener y criar hijos(as) saludables, y permanecer libres de enfermedad, incapacidad o muerte asociados con el ejercicio de su sexualidad y reproducción. Los principales hallazgos se comentan brevemente a continuación.

Las pautas reproductivas han cambiado significativamente en México como resultado de la difusión de la planificación familiar, lo que ha hecho posible que las personas puedan ejercer un mayor dominio sobre el calendario e intensidad de la fecundidad. El cambio en las preferencias

reproductivas se ha cristalizado en una disminución del número de descendientes al pasar de 7.3 a 2.4 hijos en promedio por mujer entre 1960 y 2000, así como en la disminución de los embarazos de alto riesgo obstétrico.

En las últimas décadas, el uso de métodos anticonceptivos para regular la fecundidad se elevó de 30.2 a 68.5 por ciento en las mujeres unidas en edad fértil entre 1976 y 1997 y se estima que durante el año 2000 este porcentaje alcanzó la cifra de 70.8 por ciento (véase gráfica 11). Aunado a ello, las mujeres han logrado conciliar cada vez más sus preferencias reproductivas con sus comportamientos, al disminuir significativamente la llamada *demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos*, que se refiere al número de mujeres que no hacen uso de métodos anticonceptivos, a pesar de su deseo expreso por limitar o espaciar los nacimientos. El valor de este indicador descendió de 25.1 por ciento de las mujeres en edad fértil unidas en 1987 a 12.1 por ciento en 1997, y se estima que en el año 2000 ascendió a 9.8 por ciento.

Gráfica 11.
Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usa métodos anticonceptivos, 1976-2000

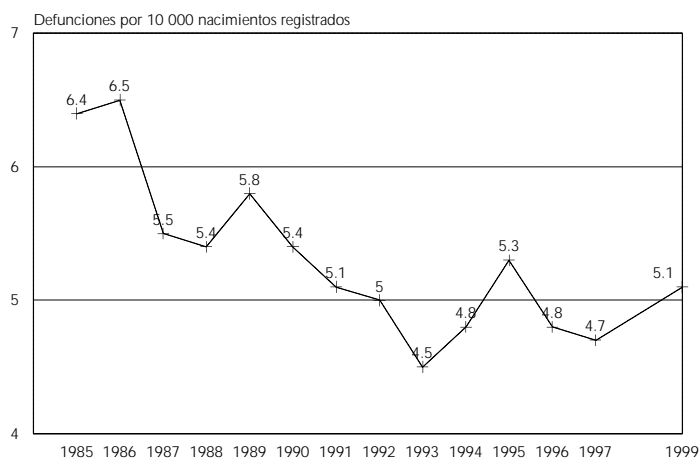


Fuente: estimaciones del CONAPO con base en las encuestas nacionales demográficas.

La mortalidad materna sigue siendo elevada

Junto con estos cambios han ocurrido otros que han hecho posible que la reproducción, además de planeada, sea menos riesgosa para la salud de las mujeres y de sus hijos(as). Cada vez más la maternidad es concebida por las personas como un proceso que requiere cuidados especiales, por lo que su atención se ha medicalizado aceleradamente. Así, mientras que a mediados de los setenta uno de cada dos nacimientos era atendido por un médico, veinte años después esta relación aumentó a ocho de cada diez. Estos cambios han favorecido cierta reducción de la tasa de mortalidad materna la cual se disminuyó, entre 1980 y 1999, de 9.5 a 5.1 defunciones por diez mil nacimientos registrados, lo que equivale a poco más de mil muertes por año (véase gráfica 12).

Gráfica 12.
Tasa de mortalidad materna, 1985-1999



Fuente: SSA/DGEI; Mortalidad 1985-1997; 1999, información de la SSA/DGEI.

La incidencia del aborto en México, a pesar de que se reconoce que la información disponible en el país sobre su número no es precisa, se estima que ha venido descendiendo de 230 mil abortos anuales, durante el periodo 1985-1987 a 220 mil entre 1990-1992 y 196 mil para el periodo 1995-1997. A partir de estas encuestas y con base en el modelo de Bongaarts, se estima que en 1995 ocurrieron alrededor de 110 mil abortos inducidos en el país y cerca de 102 mil en 1997. El porcentaje de mujeres que declara haber tenido por lo menos un aborto muestra una tendencia decreciente en el tiempo, al pasar de 22.7 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez embarazadas en 1987 a 19.6 en 1992 y a 19 por ciento en 1997.

Los esfuerzos orientados a abatir la incidencia del aborto deben continuarse e intensificarse

Durante los años sesenta y setenta, la práctica de la lactancia en México, al igual que en el resto del mundo, experimentó una gradual disminución. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976, 83.2 por ciento de las y los recién nacidos(as) fueron amamantados y la duración mediana de la lactancia, es decir, la edad en que la mitad de ellos ya habían sido destetados, fue de 12.4 meses. Casi 21 años después, con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997, puede apreciarse un aumento en el porcentaje de niños(as) amamantados (89.9%), a la vez que una reducción en la duración mediana de la lactancia (9.8 meses).

El riesgo de fallecer en la infancia descendió de manera significativa desde la segunda mitad del siglo pasado. En 1950, 126.6 de cada mil recién nacidos(as) fallecía antes de su primer aniversario; en 1990 descendió a 36.6 y se estima que en el año 2000 la tasa de mortalidad infantil se sitúa en 24.9 por mil. El nivel de la mortalidad infantil ha descendido de

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un problema endémico que requiere atención prioritaria

tal manera que de cada cien defunciones infantiles que ocurrirían de pre- valecer la mortalidad de 1950, se han evitado más de 80. Sólo entre los periodos 1971-1976 y 1991-1995, se redujo en más de sesenta por ciento la tasa de mortalidad infantil, lo que ha permitido que cada vez menos mujeres experimenten la muerte de un hijo(a) en su primer año de vida.

El ejercicio de la sexualidad implica riesgos para la salud que van en aumento. Ciertas infecciones de transmisión sexual (ITS), como la candidiasis y la tricomoniasis urogenitales e incluso el herpes genital, registran una tasa de incidencia en constante incremento durante la última década. Asimismo, la pandemia del VIH-SIDA sigue cobrando nuevas víctimas, sin que se logre reducir el número de casos nuevos que se registran cada año. De acuerdo con las estadísticas oficiales, las ITS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998. Los índices de incidencia de las principales ITS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos absolutos como relativos. Este es el caso de la candidiasis y la tricomoniasis urogenitales, cuya incidencia en 1998 ascendió a 238.6 y 142.1 casos por 100 mil habitantes, respectivamente.

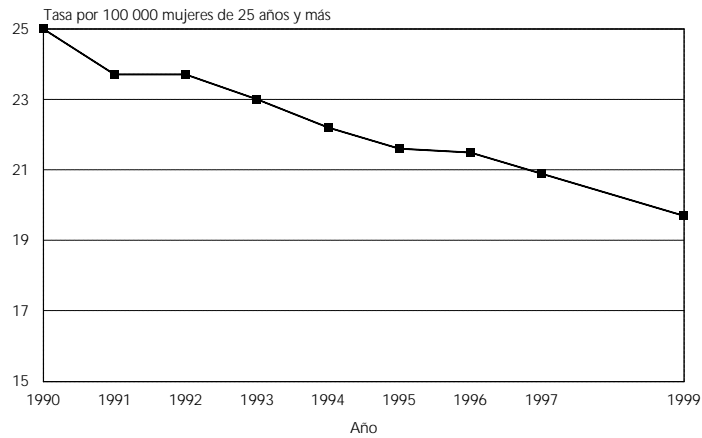
El SIDA se ha convertido en un problema social y de salud pública en México, dado el acelerado incremento del número de personas que han adquirido esta enfermedad y los elevados costos inherentes a su tratamiento. En 1999, el SIDA se ubicó como la vigésima causa de muerte en el país, la tercera entre hombres de 25 a 34 años y la quinta causa entre las mujeres del mismo grupo de edad. Al 31 de diciembre de 2000 se habían reportado más de 47 mil casos en México.

La prolongación de los años de vida de las mujeres se ha traducido en un mayor riesgo de presentar cáncer cérvico uterino y de la mama, que son enfermedades cuya incidencia aumenta aceleradamente con la edad. Estas patologías registraron una tasa de 19.7 decesos por 100 mil mujeres de 25 años y más en el caso del cáncer cérvico uterino en 1999, y de 14.6 defunciones por 100 mil mujeres del mismo grupo de edad por cáncer de la mama (véanse gráficas 13 y 14). La escasa utilización y promoción de las medidas preventivas, como la aplicación periódica del *papanicolaou* y la realización de mastografías, contribuyen a que sus niveles en México sean elevados.

Índice de Rezago de la Salud Reproductiva

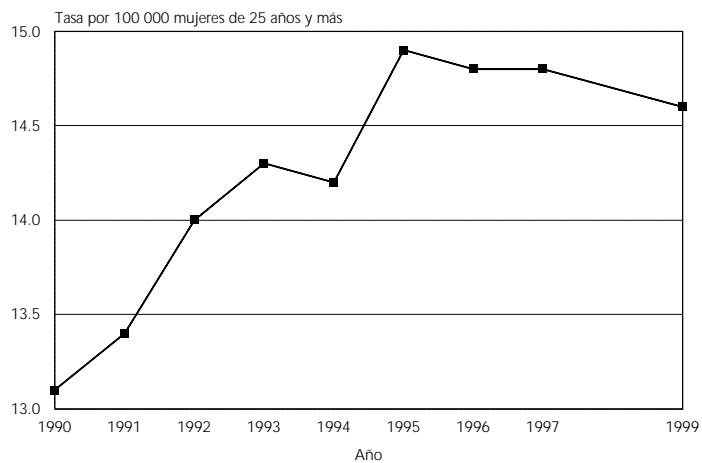
Es sabido que las desigualdades sociales y las insuficiencias de nuestro desarrollo se expresan en las pautas diferenciadas que siguen las transiciones demográfica y epidemiológica en las entidades y regiones del país. Con el objeto de caracterizar las expresiones particulares que adquieren las condiciones de la salud reproductiva en las distintas regiones del país,

Gráfica 13.
Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino, 1990-1999



Fuente: estimaciones del CONAPO a partir de las bases de defunciones.

Gráfica 14.
Tasa de mortalidad por cáncer de la mama, 1990-1999



Fuente: estimaciones del CONAPO a partir de las bases de defunciones.

se optó por construir medidas de rezago por entidad federativa, de siete de las ocho dimensiones de déficit, listadas anteriormente. Para cada una de ellas se construyó un índice, compuesto por uno o más indicadores, cuya información se obtuvo de las encuestas sociodemográficas de representatividad estatal y, en algunos casos, de los sistemas de registro del sector salud. Los índices fueron estandarizados tomando como referencia los valores extremos de los países del mundo, cuando éstos estuvieron disponibles; y valores ideales establecidos con base en criterios de generalización absoluta del daño (100%) o erradicación total (0). Los índices expresan el promedio aritmético de los indicadores que los componen. A su vez, con base en el promedio aritmético de cada índice se construyó el *Índice de Rezago de la Salud Reproductiva*, el cual constituye una medida sintética que permite ordenar a las entidades federativas según su nivel de rezago en esta materia. Estas dimensiones fueron:

Trayectorias reproductivas riesgosas para la salud. Para la construcción de este índice se seleccionaron los siguientes indicadores: la probabilidad de las mujeres de la cohorte 1968-1972 (las cuales en 1997 tenían entre 25 y 29 años de edad) de tener el primer hijo(a) en la adolescencia; la desviación de la mediana de los meses transcurridos entre el primer y segundo hijo(a) nacido vivo respecto a un ideal predeterminado de 60 meses para las mujeres de la misma cohorte; y la tasa global de fecundidad, cuyo parámetro de estandarización fue el de los países que registran los valores extremos en el mundo. Se sabe que los nacimientos menos frecuentes, más espaciados, y que no ocurren en la adolescencia temprana son menos riesgosos para la salud de la madre y del niño.

Preferencias reproductivas no satisfechas. Se seleccionaron tres indicadores: los dos primeros corresponden al porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que no hacen uso de métodos anticonceptivos a pesar de su deseo expreso de espaciar o limitar su descendencia, denominado *demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos*, para las localidades rurales y urbanas de cada entidad federativa. El tercero se refiere a la probabilidad acumulada de las mujeres de la cohorte 1968-1972 de tener un embarazo premarital antes de los 25 años de edad, como una aproximación de embarazos no deseados.

Embarazo y parto sin atención médica. Se mide con base en cuatro indicadores, correspondientes a los porcentajes de nacimientos ocurridos en el periodo 1994-1997 cuya madre no acudió a consulta prenatal con un médico, no acudió a atención prenatal en el primer trimestre del embarazo, el parto no fue atendido por un médico, y no recibió atención puerperal.

Daño a la salud materna. Se utiliza la tasa de mortalidad materna, correspondiente a al año de 1999; así como el porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas que ha abortado correspondiente al año de 1997.

Morbilidad y mortalidad infantil. Se utiliza la tasa de mortalidad infantil estimada por CONAPO para el año 2000 y el porcentaje de mujeres que no lactaron a sus hijos nacidos vivos en el periodo 1994-1997.

Actividad sexual bajo riesgo. Se utiliza la tasa de defunciones por SIDA para el año de 1999.

Daños a la salud asociados con los procesos sexuales y reproductivos del periodo fértil. En este rubro se consideraron dos indicadores: la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino por 100 mil mujeres de 25 años y más, así como la tasa de mortalidad por cáncer de la mama por cien mil mujeres del mismo grupo de edad, para el año 1999.

Resultados del Índice de Rezago de Salud Reproductiva

Los estados más pobres del país, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Hidalgo y Tlaxcala, entre otros, ocupan las posiciones de mayor rezago en la mayoría de los indicadores de las dimensiones de la salud reproductiva que se ven más afectadas por la pobreza y la exclusión social. Estas son: la tasa global de fecundidad, el embarazo en la adolescencia, la demanda insatisfecha de anticonceptivos tanto rural como urbana; los cuatro indicadores de acceso y oportunidad de la atención médica para el embarazo, parto y puerperio; la tasa de mortalidad materna y la tasa de mortalidad infantil. Por el contrario, ocupan las posiciones con menos rezago en aspectos como el SIDA, la mortalidad por cáncer de la mama y el aborto (véase cuadro 4).

Las entidades del centro del país las cuales se encuentran en términos generales en las fases intermedias de la transición demográfica presentan mayor heterogeneidad en las posiciones que ocupan en los diversos índices, e incluso en algunos casos son las de mayor rezago. Este es el caso de San Luis Potosí respecto al intervalo intergenésico, y muchos otros se ubican entre los primeros cinco lugares de mayor rezago, en varios indicadores asociados a la pobreza (Nayarit, en la probabilidad de tener el embarazo en la adolescencia; San Luis Potosí, en el nivel de la fecundidad; Jalisco, con relación al intervalo intergenésico poco espaciado; Veracruz, en atención prenatal y del parto y atención tardía de la primera revisión; México, Tabasco y Distrito Federal en la tasa mortalidad materna; Yucatán, Tabasco y Nayarit, en cáncer cérvico uterino). En este grupo de estados también se encuentran los que ocupan los primeros lugares en aborto, cáncer cérvico uterino y embarazo premarital (junto con el Distrito Federal y Chihuahua) (véase cuadro 5).

Las entidades del norte del país y el Distrito Federal han alcanzado fases avanzadas de la transición demográfica y en ellas predominan los problemas de salud emergentes, como son el cáncer de la mama, las

El rezago en salud reproductiva se vincula estrechamente con el grado de desarrollo socioeconómico de las entidades federativas del país

Cuadro 4.
Índice de Rezago de la Salud Reproductiva

Dimensión	Trayectorias reproductivas riesgosas para la salud			Preferencias reproductivas no satisfechas			Embarazo y parto sin atención médica				Daño a la salud materna		Mortalidad por cáncer cérvico uterino y de la mama		Actividad sexual bajo riesgo	Mortalidad y morbilidad infantil		
Indicador	TGF 2000	Probabilidad de tener el primer hijo en adolescencia (generación 1968-1972)	Desviación al ideal del primer intervalo intergenerésico (generación 1968-1972)	Porcentaje de demanda insatisfecha, 1997	Porcentaje de demanda insatisfecha, 1997	Probabilidad acumulada de tener un embarazo premarital antes de los 25 años (generación 1968-1972)	Porcentaje de la población sin atención médica prenatal, 1994-1997	Porcentaje de la población sin atención médica del parto, 1994-1997	Porcentaje de la población sin atención del puerperio, 1994-1997	Porcentaje de mujeres que no acudieron a atención prenatal en el 1er trimestre, 1994-1997	Tasa de mortalidad materna, 1999 (por cada 10 000 nacimientos registrados)	Porcentaje de mujeres embarazadas que han abortado 1997	Tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino, 1999 (por cada 100 000 mil mujeres de 25 años y más)	Tasa de mortalidad por cáncer de la mama, 1999 (por cada 100 mil mujeres de 25 años y más)	Tasa de mortalidad por sida, 1999 (por cada 100 mil habitantes)	Porcentaje de mujeres que no lactan a sus hijos, 1997	Tasa de mortalidad infantil, 2000 (defunciones por mil nacidos vivos)	Índice de Rezago de la Salud Reproductiva
Entidad																		
Agascalientes	2.6	25.9	23.7	18.7	12.4	14.8	8.0	4.6	43.6	24.1	5.9	24.3	15.7	14.3	2.7	13.7	21.9	0.21
Baja California	2.2	30.8	13.9	12.8	8.2	18.3	4.9	3.0	29.7	17.8	2.8	15.1	14.4	18.8	10.0	20.9	22.0	0.18
Baja California Sur	2.1	33.3	12.8	8.8	5.7	19.2	7.0	2.9	25.1	19.6	1.9	17.8	18.0	10.6	3.8	8.6	22.1	0.16
Campeche	2.3	39.9	21.4	15.0	6.5	13.2	18.4	27.2	38.7	25.8	3.6	19.7	22.7	8.4	2.9	9.2	26.0	0.21
Coahuila	2.4	35.8	19.2	9.3	6.7	21.3	4.9	5.3	39.7	23.7	2.8	21.3	14.9	22.6	2.0	12.2	22.3	0.20
Colima	2.1	32.0	15.6	8.7	6.6	17.4	9.8	6.5	38.4	26.4	2.3	20.9	22.7	11.7	6.2	7.4	21.9	0.19
Chiapas	2.9	49.5	27.3	27.4	13.8	5.9	46.7	55.2	45.9	29.5	7.0	13.9	23.0	9.5	2.9	7.5	31.9	0.25
Chihuahua	2.2	35.4	15.5	11.4	6.4	22.5	9.0	7.0	25.1	21.7	3.8	18.5	18.8	19.7	3.7	14.8	23.4	0.19
Distrito Federal	1.8	19.4	3.4	9.7	6.2	23.7	2.9	3.6	18.6	18.5	6.6	19.6	14.7	21.5	7.9	13.2	19.8	0.16
Durango	2.7	34.8	22.2	22.7	9.6	19.0	12.1	13.6	48.7	26.2	3.3	20.8	20.8	12.9	2.5	11.4	25.7	0.22
Guanajuato	2.8	30.4	28.9	26.1	15.7	14.5	17.2	16.5	50.1	24.8	4.4	21.4	18.0	12.6	2.3	10.1	25.1	0.23
Guerrero	3.0	44.7	30.0	33.9	19.8	11.8	38.6	37.8	55.5	37.7	7.0	16.0	20.7	7.4	4.6	6.4	29.7	0.26
Hidalgo	2.6	41.3	31.6	22.6	9.7	25.9	19.8	27.4	42.0	33.2	5.4	14.7	14.5	12.3	1.6	5.8	27.4	0.22
Jalisco	2.5	25.0	29.7	17.2	8.8	16.6	6.9	4.2	48.6	21.1	3.5	24.8	20.8	18.7	6.1	10.8	22.1	0.22
México	2.2	28.4	22.5	27.2	7.1	19.3	12.7	12.5	36.5	24.1	6.9	17.2	16.4	12.6	3.7	12.4	22.0	0.20
Michoacán	2.8	34.9	27.8	27.9	12.0	10.6	17.5	17.0	55.1	28.2	4.3	23.9	22.6	13.7	2.5	11.2	25.9	0.25
Morelos	2.1	33.5	23.0	12.0	10.8	14.4	16.7	16.6	36.3	23.4	4.5	21.8	25.6	12.2	7.4	6.8	23.2	0.21
Nayarit	2.4	42.6	20.9	11.6	5.7	14.6	10.6	12.7	41.4	24.9	4.3	19.7	26.8	16.7	4.2	6.0	24.8	0.21
Nuevo León	2.1	25.4	14.9	14.8	5.1	18.1	2.0	1.9	31.0	17.2	3.0	19.1	13.4	22.2	4.0	11.2	20.9	0.17
Oaxaca	2.9	42.6	27.0	27.2	13.5	13.7	33.5	47.7	49.9	39.9	5.8	11.7	27.7	7.3	3.2	3.5	31.7	0.25
Puebla	3.0	35.2	27.6	29.3	15.0	16.0	30.7	32.6	46.8	39.7	4.5	18.6	25.6	10.3	4.2	6.5	27.6	0.25
Querétaro	2.5	32.3	25.7	32.4	11.2	23.3	11.0	12.7	41.7	26.9	4.4	16.8	14.4	15.7	1.9	8.9	24.6	0.21
Quintana Roo	2.4	34.4	24.0	32.9	8.1	15.3	20.1	25.7	30.6	20.6	5.1	19.6	20.7	4.7	6.6	10.0	23.6	0.22
San Luis Potosí	2.9	37.7	31.8	26.3	12.7	21.2	18.6	25.9	38.7	19.1	5.1	17.0	22.5	14.8	2.3	10.3	27.3	0.24
Sinaloa	2.1	31.1	17.6	8.6	5.8	6.3	9.4	8.4	39.4	28.4	2.7	19.6	20.6	15.4	3.0	5.4	24.3	0.18
Sonora	2.1	30.3	15.6	11.3	5.8	19.2	6.0	4.4	35.0	21.6	3.0	19.6	18.0	20.4	2.1	8.1	22.6	0.18
Tabasco	2.6	40.5	26.2	15.7	9.0	7.0	17.5	36.1	41.4	26.9	6.6	16.2	26.8	9.4	4.6	11.9	25.3	0.22
Tamaulipas	2.1	28.6	23.5	9.4	8.4	15.7	9.5	5.8	40.8	19.7	5.3	22.4	19.0	15.9	2.9	15.4	23.9	0.20
Tlaxcala	2.3	38.4	31.5	12.6	10.7	22.4	15.4	14.4	39.0	26.9	6.5	16.9	24.1	14.5	2.7	10.4	24.2	0.22
Veracruz	2.3	33.7	19.2	18.3	8.6	16.4	27.3	34.2	46.9	33.6	5.8	19.3	25.5	10.7	5.6	8.7	28.0	0.23
Yucatán	2.2	30.7	24.2	15.2	7.2	13.1	7.2	19.3	39.4	22.9	3.8	23.7	32.0	7.7	5.0	5.2	27.0	0.22
Zacatecas	2.7	34.0	23.9	15.8	8.1	13.9	12.4	9.9	47.0	20.7	3.6	21.7	11.7	19.3	1.5	9.4	26.8	0.20
Nacional	2.4	31.7	23.2	22.2	8.9	17.1	16.5	18.5	40.9	25.9	5.1	19.0	19.7	14.6	4.3	10.1	24.9	0.22
Valor máximo	7.3	100.0	60.0	60.0	60.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	110.0	30.0	49.7	82.7	298.0	100.0	170.0	
Valor mínimo	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	2.7	1.7	0.0	0.0	5.0	
Somalia ¹	Ideal	Ideal	Ideal	Ideal ²	Ideal ²	Ideal	Ideal	Ideal	Ideal	Ideal	República Centrosur Grecia ¹	Ideal	Haiti ³	Dinamarca ³	África Subsahariana ⁴	Ideal	Sierra Leona ¹	
España ¹													Luxemburgo ³	Haiti ³	Ideal		Suecia ¹	

Cuadro 5.
Índice de Rezago de la Salud Reproductiva según lugar que ocupa la entidad, por indicador

Dimensión	Trayectorias reproductivas riesgosas para la salud			Preferencias reproductivas no satisfechas		Embarazo y parto sin atención médica				Daño a la salud materna		Mortalidad por cáncer cervicouterino y de la mama		Actividad sexual bajo riesgo	Mortalidad y morbilidad infantil			
Indicador	TGF 2000	Probabilidad de tener el primer hijo en adolescencia (generación 1968-1972)	Desviación al ideal del primer intervalo intergeneracional (generación 1968-1972)	Porcentaje de demanda insatisfecha, 1997	Porcentaje de demanda insatisfecha, 1997	Probabilidad acumulada de tener un embarazo premarital antes de los 25 años (generación 1968-1972)	Porcentaje de la población sin atención médica prenatal, 1994-1997	Porcentaje de la población sin atención médica del parto, 1994-1997	Porcentaje de la población sin atención prenatal en el puerperio, 1994-1997	Porcentaje de mujeres que no acudieron a atención prenatal en el 1er trimestre, 1994-1997	Tasa de mortalidad materna, 1999 (por cada 10 000 nacimientos registrados)	Porcentaje de mujeres embarazadas que han abortado 1997	Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino, 1999 (por cada 100 000 mil mujeres de 25 años y más)	Tasa de mortalidad por cáncer de la mama, 1999 (por cada 100 mil mujeres de 25 años y más)	Tasa de mortalidad por sida, 1999 (por cada 100 mil habitantes)	Porcentaje de mujeres que no lactan a su hijo, 1997	Tasa de mortalidad infantil, 2000 (defunciones por mil nacidos vivos)	Índice de Rezago de la Salud Reproductiva
Guerrero	1	2	4	1	1	28	2	3	1	3	2	28	16	30	9	27	3	0.26
Puebla	2	12	8	4	3	17	4	6	9	2	15	20	5	25	12	26	5	0.25
Chiapas	3	1	9	6	4	32	1	1	10	6	1	31	9	26	20	23	1	0.25
Michoacán	6	13	7	5	8	29	10	12	2	8	19	3	12	15	25	10	11	0.25
Oaxaca	5	4	10	7	5	25	3	2	4	1	9	32	2	31	17	32	2	0.25
San Luis Potosí	4	9	1	9	6	7	8	9	22	7	13	24	13	12	27	14	7	0.24
Guanajuato	7	25	6	10	2	22	12	14	3	16	17	8	22	18	26	15	14	0.23
Veracruz	19	17	24	14	16	16	5	5	8	4	8	18	7	23	7	20	4	0.23
Jalisco	14	31	5	15	15	15	5	27	28	6	24	24	1	15	8	6	12	0.22
Durango	9	14	20	11	13	11	17	16	5	13	25	11	14	17	24	9	12	0.22
Tabasco	12	6	11	17	14	30	11	4	14	10	4	27	3	27	10	8	13	0.22
Yucatán	21	24	13	18	21	27	25	11	18	21	21	4	1	29	8	31	8	0.22
Tlaxcala	18	8	3	22	11	5	14	15	20	11	6	25	8	13	23	13	18	0.22
Hidalgo	11	5	2	12	12	1	7	7	12	5	10	30	28	20	31	29	6	0.22
Quintana Roo	16	15	14	2	19	19	6	10	28	26	12	15	17	32	4	16	20	0.22
Morelos	30	18	18	23	10	23	13	13	25	20	14	6	6	21	3	25	22	0.21
Querétaro	13	20	12	3	9	3	18	17	13	9	16	26	30	11	30	19	16	0.21
Nayarit	15	3	22	24	31	21	19	18	15	15	18	13	4	9	11	28	15	0.21
Aguascalientes	10	29	16	13	7	20	24	26	11	17	7	2	25	14	22	4	29	0.21
Campeche	20	7	21	19	25	26	9	8	21	14	23	12	10	28	21	18	10	0.21
Zacatecas	8	16	15	16	20	24	16	20	7	25	22	7	32	6	32	17	9	0.20
Tamaulipas	27	27	17	28	17	18	21	24	16	27	11	5	19	10	19	2	19	0.20
México	23	28	19	8	22	8	15	19	24	18	3	23	24	19	15	6	28	0.20
Coahuila	17	10	23	29	23	6	30	25	17	19	28	9	26	1	29	7	24	0.20
Chihuahua	22	11	28	25	26	4	23	22	31	22	20	21	20	5	16	3	21	0.19
Colima	28	21	26	31	24	14	20	23	23	12	31	10	11	22	5	24	30	0.19
Sonora	26	26	27	26	29	9	28	27	26	23	26	17	23	4	28	22	23	0.18
Sinaloa	25	22	25	32	28	31	22	21	19	30	30	16	18	16	18	30	17	0.18
Baja California	24	23	30	21	18	12	29	30	29	31	29	29	7	1	1	27	0.18	
Nuevo León	31	30	29	20	32	13	32	32	27	32	27	19	31	2	13	11	31	0.17
Baja California Sur	29	19	31	30	30	10	26	31	30	28	32	22	21	24	14	21	25	0.16
Distrito Federal	32	32	32	27	27	2	31	29	32	29	5	14	27	3	2	5	32	0.16

infecciones de transmisión sexual y el SIDA. Baja California ocupa el primer lugar en baja incidencia de la práctica de la lactancia y en la tasa de mortalidad por SIDA, en tanto que Coahuila y Jalisco ocupan el primer lugar de rezago por mortalidad de cáncer de la mama y aborto, respectivamente. Cabe destacar que los estados de mayor desarrollo, como el Distrito Federal, Nuevo León, Chihuahua y en varios casos Quintana Roo, entre otros, se ubican con frecuencia entre los primeros cinco lugares de rezago en los indicadores arriba señalados.

Los desafíos en salud reproductiva son numerosos y complejos. La política de población tiene que encarar simultáneamente los rezagos persistentes asociados con la pobreza y la marginación y los retos que emergen de las modalidades del desarrollo regional. Es evidente que las dimensiones de la salud reproductiva están profundamente interrelacionadas por lo que se requiere idear y fortalecer los mecanismos que permitan integrarlas cabalmente en la prestación de los servicios. Las estrategias de atención deberán considerar las especificidades y expresiones que adquieren los componentes de la salud reproductiva a lo largo de las trayectorias de vida de mujeres y hombres.

Asimismo, es necesario construir escenarios para dar cuenta de las demandas previsible de los servicios de salud reproductiva (atención obstétrica, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, servicios de información y educación, etc.) que se derivan de la evolución demográfica de los diferentes grupos de edades en las diversas regiones del país. Para garantizar el ejercicio pleno de los derechos reproductivos, es necesario anticipar las necesidades actuales y futuras de los distintos grupos de la población.

Con el propósito de destacar la importancia de que el diseño de políticas de población y salud reproductiva tome en cuenta algunos de los determinantes socioeconómicos, culturales e institucionales que condicionan de manera compleja e interrelacionada las capacidades y oportunidades de las personas para decidir sobre su sexualidad y reproducción, en el siguiente apartado se presenta un análisis más detallado de la evolución y características de la planificación familiar en el país. Se reconoce que es necesario llevar a cabo un análisis de este tipo para cada una de las dimensiones de la salud reproductiva.

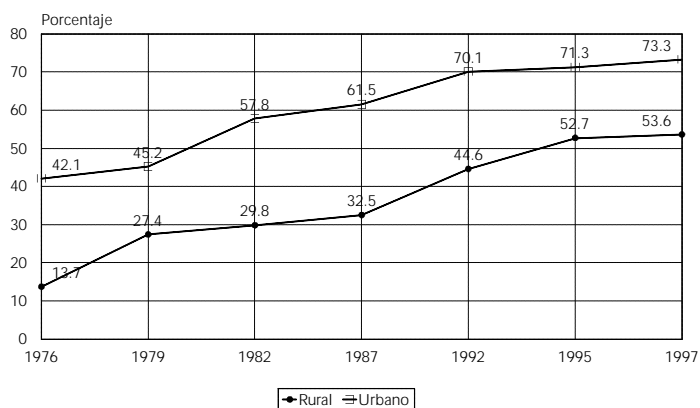
Desafíos de la planificación familiar

El principal determinante de la disminución de la fecundidad ha sido la utilización de métodos anticonceptivos para espaciar o limitar la descendencia. A mediados de la década de los sesenta, cuando la fecundidad alcanzó su nivel máximo histórico, muy pocas personas conocían los métodos anticonceptivos para regular la fecundidad y éstos sólo eran ac-

cesibles en algunos de los servicios médicos privados. La práctica de la planificación familiar se extendió de manera notable a partir del cambio en la orientación de la política de población⁵ y la puesta en marcha de los programas de planificación familiar. En 1976, 30 por ciento de las mujeres unidas entre 15 y 49 años de edad utilizaba un método anticonceptivo; en 1987 aumentó a 52.7 y, más tarde, en 1997, se incrementó a 68.5 por ciento. El CONAPO estima que 70.8 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil utilizaba algún método de regulación de la fecundidad en el año 2000.

Los múltiples determinantes económicos, culturales e institucionales que inciden en los ideales, percepciones y preferencias reproductivas, así como las dificultades de acceso físico, económico o social vinculados con la utilización de servicios, explican en buena medida la dinámica diferenciada de la difusión de la planificación familiar entre localidades rurales y urbanas. En estas últimas, los niveles de uso de métodos anticonceptivos siempre han estado muy por encima de los registrados en el medio rural. En la actualidad, mientras que más de siete de cada diez mujeres unidas en edad fértil residentes en las áreas urbanas usa métodos anticonceptivos, sólo cinco de cada diez los emplea en el medio rural (véase gráfica 15).

Gráfica 15.
Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usa métodos anticonceptivos por lugar de residencia, 1976-1997



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en las encuestas nacionales demográficas.

A pesar de los esfuerzos por ampliar el acceso a los servicios de planificación familiar y salud reproductiva en las comunidades más alejadas y dispersas, aún persisten amplios segmentos de la población y muchos lugares del país donde no existe provisión de servicios o ésta es limitada, irregular y de menor calidad.

⁵ En 1974 se promulgó la nueva Ley General de Población, vigente en la actualidad.

La prestación de servicios de salud, incluidos los de salud reproductiva y planificación familiar, constituye, junto con la educación, uno de los mecanismos primordiales para promover una auténtica igualdad de oportunidades. Para garantizar el derecho a la salud y a decidir sobre el número y espaciamiento de los nacimientos, el Sistema Nacional de Salud ha llevado a cabo diversas acciones para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios, lo que se refleja en un porcentaje creciente de parejas en edad fértil que recurren de manera activa a la práctica de la planificación familiar. Sin embargo, persisten numerosos núcleos de la población en condiciones de aislamiento geográfico, que carecen o tienen un limitado acceso a los servicios y a la información en esta materia. En esas áreas geográficas se registran niveles elevados de mortalidad, una edad temprana al momento de contraer matrimonio y de tener al primer hijo(a) y escasa prevalencia de la anticoncepción. Ampliar el acceso a los servicios y atender a la población con mayores necesidades es una condición básica para garantizar el ejercicio pleno de los derechos reproductivos, al tiempo que constituye un componente medular de la equidad y la justicia social.

A pesar de la reducción de las brechas en planificación familiar, elevar la cobertura en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos sigue siendo una prioridad

El acceso tardío a la anticoncepción de los grupos sociales y regiones más desfavorecidas del país, aunado a su mayor aislamiento social y cultural y a las múltiples carencias en que se desenvuelven, son factores que contribuyen a explicar sus elevados niveles de fecundidad, así como el menor nivel de uso de métodos anticonceptivos.

El porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usaba métodos anticonceptivos ascendía, en 1997, a 48 por ciento entre quienes no contaban con instrucción escolar, a 53.6 por ciento en las localidades rurales (menores de 2 500 habitantes) y a 48.3 por ciento entre quienes hablaban alguna lengua indígena. Estos niveles de uso son similares a los que registraba el país en su conjunto hace diez y doce años. En contraste, en ese mismo año, el uso de anticonceptivos estaba ampliamente extendido entre las mujeres que habían cursado estudios de secundaria o niveles superiores (74.8%), las que eran residentes de localidades urbanas (73.3%) y las que no hablaban alguna lengua indígena (70.2%) (véase cuadro 2).

Demanda insatisfecha

Otra expresión de la desigualdad social la constituye la llamada demanda insatisfecha de planificación familiar, que se refiere a las mujeres expuestas a un embarazo que no hacen uso de método anticonceptivo alguno, a pesar de su deseo expreso de querer limitar o espaciar su descendencia. El valor de este indicador ha venido descendiendo en los últimos años en todos los grupos sociales a medida que se extiende la práctica

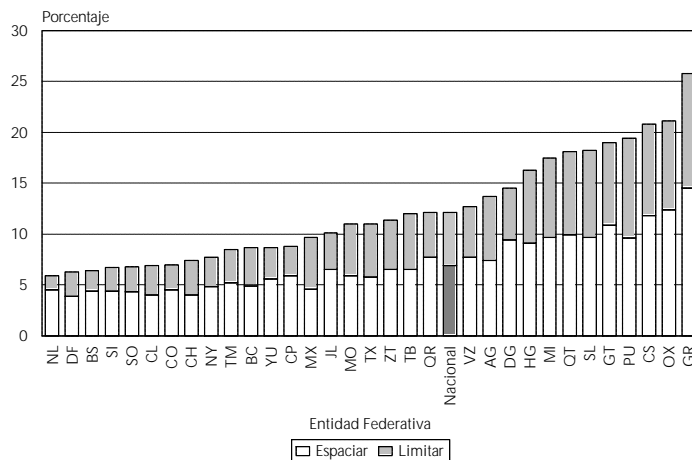
anticonceptiva. En la década transcurrida entre 1987 y 1997, la demanda insatisfecha se redujo de 25.1 a 12.1 por ciento, cifra que representa, en el último año, más de 1.8 millones de mujeres unidas en edad fértil.

De nueva cuenta, cabe destacar que en algunos grupos sociales se registran niveles muy superiores al promedio nacional, como es el caso de los grupos de mujeres indígenas, las que residen en localidades rurales y las mujeres sin escolaridad. Estas características aluden a contextos sociales, culturales y geográficos que imponen fuertes restricciones al ejercicio de los derechos reproductivos. La demanda insatisfecha de planificación familiar de estas mujeres asciende a una de cada cuatro, en el primer caso, y a más de una de cada cinco en los dos siguientes (véase cuadro 3).

El comportamiento de la demanda insatisfecha observado en las entidades federativas del país reitera, asimismo, la estrecha relación entre el rezago demográfico y el desarrollo económico y social. Son los estados más pobres los que registran los valores más altos de demanda insatisfecha: una de cada cuatro mujeres (25.8%) en el caso de Guerrero y una de cada cinco en Oaxaca, Chiapas, Puebla y Guanajuato. En contraste, Nuevo León, Distrito Federal, Baja California Sur, Sinaloa, Sonora, Colima, Coahuila y Chihuahua muestran los menores niveles de demanda insatisfecha, cuyos valores oscilaron entre seis y siete por ciento (véase gráfica 16).

Abatir la demanda insatisfecha es uno de los desafíos más importantes de la política de población

Gráfica 16.
Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas con demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos por entidad federativa, 1997



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en la ENADID, 1997.

La desigualdad de género

Como puede desprenderse de la sección anterior, el ejercicio del derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los nacimientos todavía está lejos de ser una realidad para un gran número de personas, especialmente entre los grupos con las mayores carencias. Este hecho

Las asimetrías entre hombres y mujeres se expresan, entre otros aspectos, en la desigual distribución del poder y de los recursos, lo que limita la libertad, autonomía y capacidad de decisión de las mujeres en todos los ámbitos de su vida personal y familiar

*Muchas mujeres
están al margen
de las decisiones
sobre el ejercicio de
su sexualidad y de su
reproducción*

limita la libertad de las mujeres que desean regular su fertilidad, no sólo porque en sus cuerpos y su salud recaen las consecuencias biológicas del embarazo, el parto y el amamantamiento, sino porque la cultura les asigna otras responsabilidades, como son las labores domésticas, la crianza y el cuidado de los hijos(as).

En materia de sexualidad y reproducción, todavía una proporción significativa de mujeres está al margen de estas decisiones. En una encuesta levantada por el Consejo Nacional de Población hace apenas un quinquenio,⁶ alrededor de 15 por ciento de las mujeres declararon que la decisión de cuándo tener relaciones sexuales era tomada por su pareja. En el ámbito rural el porcentaje se elevaba a 21 por ciento, y ascendía a 30 por ciento entre las mujeres sin instrucción escolar.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, la información disponible sugiere que son los hombres quienes suelen tener el control sobre las decisiones en esta materia. Cerca de una de cada dos mujeres unidas que conocía métodos anticonceptivos declaró que requería el permiso de su esposo o compañero para usarlos (47.8%); un porcentaje menor (38.8%) declaró no tener que pedir este permiso, mientras que una de cada cinco mujeres entrevistadas no respondió a esta pregunta (19.4%). Son los grupos con mayores desventajas económicas los que presentan los menores porcentajes de mujeres que están en posibilidad de tomar decisiones autónomas sobre el uso de anticonceptivos: 14 por ciento de aquellas que residen en localidades rurales contra 39 por ciento de las residentes en áreas urbanas, o bien 19.3 por ciento entre las mujeres sin estudios contra 43.9 por ciento entre las mujeres que han cursado secundaria o algún nivel superior. Finalmente, los porcentajes ascienden a 24.5 y 44, entre las mujeres que nunca han trabajado y las que participan en la actividad económica, respectivamente.

Una encuesta nacional realizada por el IMSS a su población derechohabiente en 1998⁷ mostró que, a pesar de que las relaciones sexuales son importantes para hombres y mujeres, la satisfacción expresada por los varones supera con mucho a la de las mujeres. En el caso de los hombres, tres de cada cuatro consideró que las relaciones sexuales son importantes para ambos en la pareja, dando como razón una respuesta que alude a percepciones de igualdad: "(los dos) tienen la misma necesidad" y "es placentero para los dos". En contraste, esta respuesta sólo la dio la mitad de las mujeres entrevistadas. En la mitad de los casos es el hombre quien decide cuándo tener relaciones sexuales, y diez por ciento de las mujeres ejerce su sexualidad con su pareja sin deseo, por la "obligación" que tiene en su carácter de esposa o por temor a conflictos con la pareja.

⁶ CONAPO, Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995, México.

⁷ Mendoza D., J.A. Cardona y M. Madrazo, Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente: Síntesis Ejecutiva, IMSS, 2000, México.

El papel de los varones en los procesos de toma de decisiones en el ámbito familiar, así como la persistencia de identidades, usos y costumbres que descalifican los intereses y deseos de las mujeres, coloca a muchas de ellas en situaciones de gran desventaja para cristalizar sus preferencias reproductivas. En un estudio realizado en 1996,⁸ en las localidades rurales que constituyen el universo de trabajo del Programa IMSS-Solidaridad, se encontró que la causa de no uso de métodos anticonceptivos de una cuarta parte de estas mujeres era la oposición de la pareja o esposo. Cabe destacar que, en ese contexto, un elevado porcentaje de mujeres en edad fértil con vida sexual activa no hacía uso de método anticonceptivo alguno (46.4%).

Está claro que la reproducción no puede concebirse independientemente de la sexualidad. Todo individuo percibe su existencia en relación con las diversas dimensiones de su yo. Una de ellas es la sexualidad, que es una expresión de la personalidad y uno de los fundamentos más significativos de las relaciones humanas. En este contexto, la sociedad y el gobierno tienen una responsabilidad especial que cumplir, que es la de brindar una educación para la sexualidad, brindar servicios adecuados en materia de salud sexual y fomentar una verdadera cultura de la equidad entre los sexos con el fin de ampliar las capacidades y potencialidades del ser humano.

*El ejercicio
de la sexualidad es
parte del vasto campo
de las libertades
individuales*

Los varones en la planificación familiar

Hasta ahora, los programas institucionales han privilegiado a las mujeres como objeto de sus políticas, bajo la premisa de que ellas son más susceptibles que los hombres a regular su fecundidad, por las implicaciones que la experiencia de la maternidad tiene en sus cuerpos y sus vidas. Sin embargo, esta premisa ha tenido como efecto reproducir la desigualdad de las responsabilidades reproductivas entre hombres y mujeres, al hacer descansar en ellas la utilización de la anticoncepción y, con ello, la responsabilidad de su uso efectivo.

*Se requiere
propiciar un cambio
significativo
en las actitudes
y participación del
varón en la planeación
de la familia*

La focalización de los programas de planificación familiar casi exclusivamente en la mujer ha tenido como consecuencia el escaso desarrollo de la tecnología anticonceptiva para uso del varón. Esta situación, aunada al predominio de las estrategias de promoción encauzadas a la mujer, explica en parte que el peso de la vasectomía y el condón en la estructura de uso de anticonceptivos, en 1997, haya sido de tan sólo 1.8 y 5.5 por ciento, respectivamente. Si se consideran otros medios de regulación de la fecundidad que requieren la colaboración directa e indirecta del varón, su participación activa podría ascender a 20 por ciento del uso total. En este caso, se consideran como métodos de uso directo, el condón, la

⁸ IMSS-CONAPO, La planificación familiar en el ámbito de IMSS-Solidaridad, junio 2000, México.

vasectomía y el retiro; y de uso indirecto, los métodos locales y el ritmo. En el primer grupo se encuentra 12.5 por ciento de las usuarias y los usuarios, mientras que el segundo grupo asciende a ocho por ciento. De cualquier forma, en más de nueve de cada diez parejas que emplean anticonceptivos su uso recae en la mujer.

El menor poder que gozan las mujeres respecto a los varones en el hogar se reproduce y se vive como "natural" en todos los espacios institucionales, incluyendo las instituciones de salud. Para los prestadores de servicios de planificación familiar puede resultar más fácil y, desde una perspectiva programática, más eficaz, dirigirse a las mujeres que enfrentarse a la posible negativa de los varones. Esta situación se traduce en una falta de atención e inclusión de la población masculina en los programas de planificación familiar, así como en un limitado desarrollo de acciones comunitarias, específicamente dirigidas a fortalecer a las mujeres como sujetos de derechos y a combatir las prácticas tradicionales que reproducen su subordinación.

La difusión de la planificación familiar

Diversos estudios han mostrado que las redes de conversación informal, en las cuales participan los individuos en su vida cotidiana, son referentes que tienen una gran influencia para impulsar a las personas a revisar, evaluar y confrontar las tradiciones y el valor de las nuevas oportunidades y comportamientos. Dichas redes han jugado un papel relevante en el proceso de difusión y legitimación de la planificación familiar.⁹ A través de esos espacios se intercambian experiencias y estrategias sobre cómo negociar sus deseos y preferencias con la pareja, otros miembros de la familia, la comunidad o con los agentes institucionales, incluyendo los que se refieren al ejercicio de la sexualidad y reproducción. De ahí la importancia de reforzar las iniciativas gubernamentales y de las organizaciones civiles que buscan crear espacios de participación de mujeres, jóvenes y hombres de la comunidad en los programas de salud reproductiva, en la identificación de sus prioridades en materia de salud reproductiva, en el diseño de estrategias de intervención y en los procesos de capacitación, seguimiento y evaluación de los programas en la materia.

Un estudio de caso, realizado en México recientemente con mujeres de bajos recursos encontró que su participación en grupos civiles y organizaciones sociales "proporciona un sentido de pertenencia que más tarde permite a las mujeres reconocer ciertos aspectos de su vida como áreas de derechos. Estos grupos constituyen espacios en los cuales las

⁹ Pollak, R. y S.C. Watkins, Cultural and Economic Approaches to Fertility: Proper Marriage or Mésalliance?, en *Population and Development Review* 19 No. 3, septiembre, 1993.

mujeres intercambian información y cuya dinámica e interacción les proporciona un apoyo que las alienta al reconocimiento y la construcción de su persona como sujeto de derechos".¹⁰

Los programas de educación, de comunicación en medios masivos y los propios servicios de salud reproductiva han mostrado que pueden jugar un papel relevante en la creación de condiciones más favorables para la participación de las mujeres en las decisiones reproductivas. Estos programas han servido como fuentes de apoyo para propiciar una mayor comunicación en la pareja sobre temas como la sexualidad y la reproducción, que habían sido tradicionalmente tabúes en las relaciones entre hombres y mujeres.¹¹

Calidad de los servicios de planificación familiar

Es sabido que la calidad de los servicios de salud condiciona su uso. Por ello, la búsqueda permanente de elevar su calidad debe tener presente y otorgar prioridad a todas aquellas dimensiones del servicio que pueden contribuir a generar un espacio más adecuado para la participación activa de las personas en la toma de decisiones libres y responsables del cuidado y atención de la salud y de la planificación familiar.

Los parámetros de la calidad de los servicios de planificación familiar se definieron en la Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar que fue elaborada en 1994, específicamente para regular el proceso de la atención en esta materia, tanto en las instituciones públicas como privadas de salud. El enfoque de la calidad de los servicios adoptado en dicho documento tiene como propósito orientar los servicios a las necesidades de las usuarias y los usuarios, y garantizar en el espacio institucional la toma de decisiones libres, responsables e informadas en el uso de la anticoncepción. Entre las dimensiones más relevantes de la calidad de los servicios destacan las siguientes:

- ? La competencia técnica de los prestadores de servicios
- ? La información, la consejería y el consentimiento informado
- ? La variedad de anticonceptivos disponibles

¹⁰ Rivas, M., A. Muchástegui y A. Ortiz. "La negociación de los derechos reproductivos en México", en Ortiz-Ortega A. (comp.), *Derechos reproductivos de la mujeres: un debate sobre justicia social*, 1999.

¹¹ Idem.

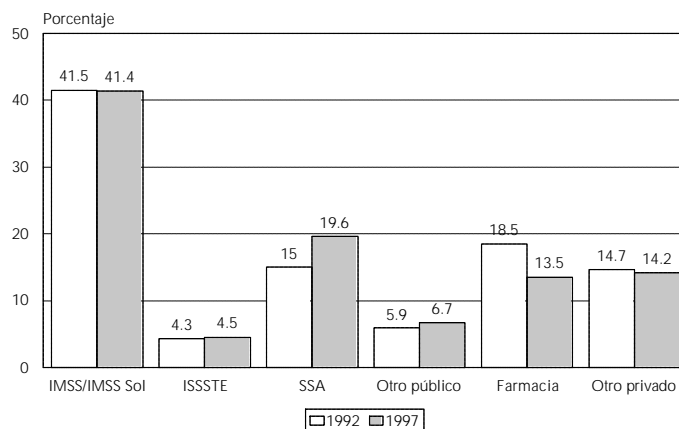
Los esfuerzos dirigidos a mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar deben intensificarse

- ? Las relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y las usuarias y usuarios, así como las condiciones de privacidad, confidencialidad e higiene de los servicios
- ? Los mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de métodos anticonceptivos
- ? La atención integral de las necesidades de salud reproductiva de hombres y mujeres

Fuente de aprovisionamiento de métodos anticonceptivos

Las instituciones públicas de salud atienden de manera creciente las demandas en materia de planificación familiar. En 1997, 72.2 por ciento de las usuarias de anticonceptivos obtenía el método que empleaba en ese sector, dentro del cual el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud (SSA) concentraron los mayores porcentajes de usuarias de anticonceptivos modernos (41.4% y 19.6%, respectivamente) (véase gráfica 17).

Gráfica 17.
Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos, según lugar de obtención, 1992 y 1997



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en la ENADID, 1992 y 1997.

*Se requiere
contrarrestar la
tendencia decreciente
del sector privado en la
atención de la demanda
de métodos
anticonceptivos*

El sector privado como fuente de obtención ha venido disminuyendo su participación en el suministro de anticonceptivos de manera continua. De atender a la mitad de las usuarias en 1976, veinte años después sólo 27.7 por ciento obtenía el método de su preferencia en dicho sector. Esta tendencia y el acelerado crecimiento demográfico de las mujeres en edad fértil ha obligado al sector público a realizar esfuerzos considerables para incrementar la cobertura de los servicios institucionales, que pasó de 1.6 millones en 1979 a alrededor de 8.5 millones de usuarias de métodos

anticonceptivos en el año 2000. Ante este panorama, y en un contexto de continuas restricciones presupuestales, se hace necesario diseñar y poner en marcha estrategias dirigidas a impulsar una mayor presencia del sector privado en este renglón.

Distribución de las usuarias por tipo de método

El tipo de método que utilizan las mujeres mexicanas para regular su fecundidad ha cambiado radicalmente en los últimos 25 años. En la fase inicial de los programas oficiales de planificación familiar, 35.9 por ciento de las mujeres en edad fértil que hacía uso de métodos anticonceptivos utilizaba la pastilla, 23.3 por ciento hacía uso de métodos naturales y 18.7 por ciento empleaba el dispositivo intrauterino (DIU). Con el paso del tiempo, la mezcla de métodos ha ido cambiando en favor de los métodos de mayor continuidad: la oclusión tubaria bilateral (OTB) y el DIU. En 1997, la pastilla continuó reduciendo su participación en la estructura de uso: sólo una de cada diez usuarias las utilizaba; los métodos naturales, después de una reducción en su participación en la primera década, se han mantenido como la tercera opción dentro de la gama de métodos (12.3%), mientras que la OTB y el DIU eran empleados por 44.7 y 20.8 por ciento de las usuarias, respectivamente.

Esta concentración en sólo dos métodos anticonceptivos se vincula con el hecho de que la población mexicana se encuentra en una etapa relativamente avanzada del descenso de la fecundidad, lo que se traduce en un peso mayor de las mujeres que no desean tener más hijos(as), y por tanto prefieren un método de alta continuidad con respecto a las que desean posponer o espaciar los embarazos. Sin embargo, también es resultado de la propia orientación de los programas de planificación familiar, los cuales promueven particularmente estos métodos, ya que garantizan su uso efectivo, en la medida en que no están sujetos a los posibles errores u omisiones que puede cometer la persona en su utilización cotidiana.

Esta percepción puede conducir a sesgos en la oferta de anticonceptivos, al limitar las opciones a los métodos que no son necesariamente los más adecuados para las mujeres que desean postergar o espaciar sus embarazos con un medio que puedan manipular fácilmente, según vayan cambiando sus necesidades y requerimientos. Asimismo, la promoción de los métodos cuyo uso cotidiano está fuera del control de la usuaria o el usuario, aunado a deficiencias tanto en la calidad de los servicios como en el conocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres, puede contribuir a propiciar prácticas que restrinjan el acceso a otras opciones.

Como lo establece la Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar, la consejería debe incluir "un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y usuarios potenciales

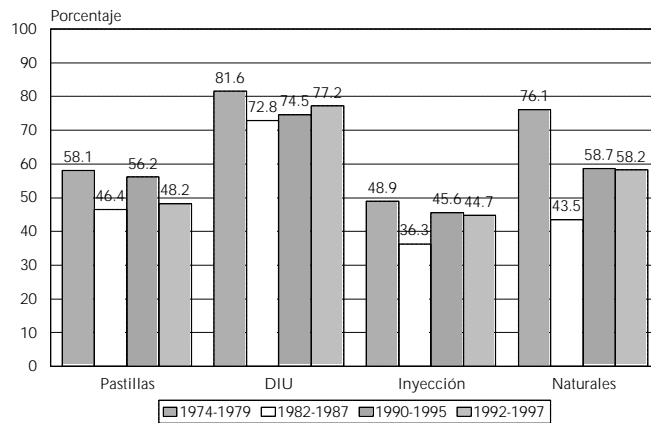
y activos, mediante el cual se brinden los elementos que les permita tomar decisiones voluntarias, concientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado para sus necesidades y asegurar así un uso correcto y satisfactorio durante el tiempo que sea la protección anticonceptiva".¹²

Entre esta amplia gama de opciones se encuentran los métodos naturales, que como se decía anteriormente, son usados por 12.3 por ciento de las usuarias de anticonceptivos, y se han mantenido como la tercera opción más utilizada durante las últimas décadas.

Tasas de continuidad

El DIU tiene una alta continuidad. De hecho, alrededor de 77.2 por ciento de las usuarias sigue usándolo doce meses después. Durante el periodo 1992-1997, las pastillas redujeron su tasa de continuidad de manera significativa, mientras que los métodos naturales y la inyección se mantuvieron estables (véase gráfica 18).

Grafica 18.
Porcentaje de mujeres que continúa usando el método después de 12 meses, según método empleado, 1974-1997



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en ENP, 1979; ENFES, 1987; ENPF, 1995; ENADID, 1997.

Anticoncepción posparto

Cabe hacer notar que el incremento acelerado de las usuarias que recurren a la OTB y al DIU se ha producido principalmente en el contexto de los programas posevento obstétrico: 75.8 por ciento de las mujeres que utilizaba el método quirúrgico en 1997, inició su uso durante la atención del

¹² SSA, Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, 1994, p.20.

parto, así como también 55.1 por ciento de las usuarias de DIU. En conjunto, la anticoncepción posparto dio origen a 46.5 por ciento de las usuarias de métodos anticonceptivos ese año.

Los programas posevento obstétrico han buscado aprovechar el espacio privilegiado que brinda la atención prenatal para promover la planificación familiar. Sin embargo, debido a que un número significativo de mujeres solicitan este servicio tardíamente, o ingresan al hospital sin haber acudido previamente a la institución a control prenatal, su acceso a la información y la consejería, así como el tiempo dedicado a la reflexión, análisis, diálogo y evaluación necesario para una decisión de tanta relevancia en la vida de la persona, puede no ser la más óptima.

La percepción de las usuarias respecto a la calidad de la información recibida es más deficiente cuando el método es otorgado en el posparto que en otro momento. Alrededor de 40 por ciento de las usuarias del DIU considera que no le aclararon todas sus dudas, que no le dedicaron tiempo suficiente para ello, que no recibió explicaciones acerca de posibles molestias o que no le informaron de otras opciones. Un perfil ligeramente más acentuado emerge en el caso de la OTB. No obstante que las usuarias de ambos métodos, que iniciaron su utilización en un momento distinto a la estancia hospitalaria, presentan porcentajes menores de falta de información en todos los indicadores señalados, respecto a las usuarias de posparto, los valores continúan siendo significativos (entre 18 y 25%) (véase gráfica 19).

Existe una clara tendencia a que con el transcurso del tiempo las mujeres opten por un método definitivo con un menor número de hijos. En el periodo 1985-1993 más de la mitad de las usuarias de estos métodos tenía cuatro o más hijos. En el periodo 1992-1997 este porcentaje se redujo a 45 por ciento, debido al crecimiento de las mujeres con tres y dos hijos que se operaron. La consejería y el mecanismo de consentimiento informado por escrito tienen que garantizar el pleno convencimiento de las mujeres del método que eligen (véase gráfica 20).

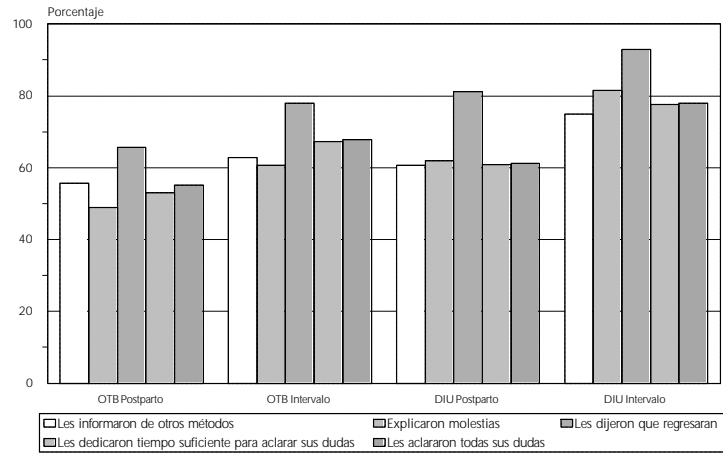
Conocimiento de los derechos reproductivos

Para garantizar la plena vigencia y respeto a los derechos reproductivos en el espacio institucional de los servicios de salud, se requiere que las mujeres conozcan sus derechos en la materia, al igual que las instancias de queja a las que pueden acudir en caso de presuntas violaciones a los mismos.

Con el objeto de contar con una aproximación del reconocimiento de los derechos reproductivos por parte de la población mexicana, el Consejo Nacional de Población realizó una encuesta telefónica probabilística en 1999, dirigida a las personas de 18 años y más. Los resultados del estudio

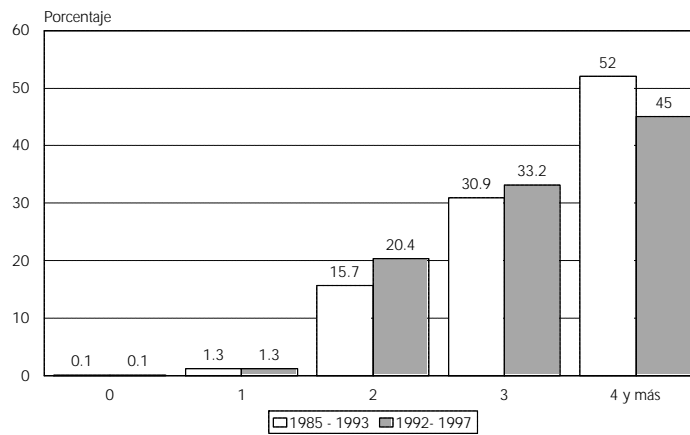
*Es imperativo
que las personas
conozcan sus derechos
reproductivos y sepan
cómo ejercerlos*

Grafica 19.
Percepción de la información recibida durante
la prescripción del método actual, 1997



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en la ENADID, 1997.

Grafica 20.
Porcentaje de usuarias de métodos quirúrgicos, aceptantes
de 1985 a 1993 y de 1992 a 1997, según número de hijos



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en la ENAPLAF, 1995 Y ENADID, 1997.

sugieren que el reconocimiento del derecho a decidir sobre la propia reproducción, entre los entrevistados, transita por un proceso de desarrollo, aunque avanzado, todavía no plenamente consolidado. Ante la pregunta abierta sobre cuáles son los derechos reproductivos de hombres y mujeres en México, 27 por ciento declaró espontáneamente el derecho a decidir cuántos hijos tener y el momento de tenerlos, y seis por ciento el derecho a decidir cuándo ya no tener más hijos. Sin embargo, al preguntar por el conocimiento previo de ciertos derechos mencionados por el entrevistador, los porcentajes se elevaron a más de ocho o nueve por cada diez entrevistados. La indagación comprendía el reconocimiento del derecho a decidir sobre cuántos hijos tener y cuándo tenerlos (83.9%), a disponer de información clara, verdadera y suficiente sobre los métodos anticonceptivos en las instituciones de salud del sector público (82%), a elegir usar o no métodos anticonceptivos (84%), y a recibirlos de forma gratuita en las instituciones de dicho sector (90.7%). Cabe destacar que los porcentajes restantes, que corresponden a las mujeres que desconocen estos derechos, siguen siendo muy significativos, sobre todo si se considera que la población que cuenta con teléfono forma parte de los sectores privilegiados del país, por lo que es de esperarse que entre los grupos más pobres el desconocimiento de estos derechos sea mayor.

En dicha encuesta, también se indagó sobre otros aspectos relacionados con el derecho a recibir servicios de calidad en las instituciones de salud, cuya variabilidad fue mayor al de los indicadores vinculados con los derechos reproductivos. Este es el caso del derecho a la confidencialidad (53%), a recibir orientación médica para la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (73%), y recibir servicios de buena calidad y un trato respetuoso en los servicios de planificación familiar (78%), entre otros.

Además del conocimiento de los derechos reproductivos, se requiere conocer las instancias a las que se puede recurrir en caso de violaciones a los mismos. Para obtener una aproximación de ese conocimiento la encuesta preguntó si el entrevistado acudiría a quejarse si le dieran un anticonceptivo, le colocaran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos sin su consentimiento. A pesar de que nueve de cada diez entrevistados respondió afirmativamente a dicha pregunta, sólo 69 por ciento de los varones y 58 por ciento de las mujeres sabía a dónde acudir a poner esta queja. Las instituciones que se identificaron con mayor frecuencia fueron la Comisión Nacional de Derechos Humanos, los ministerios públicos, las comisiones estatales de derechos humanos, los juzgados civiles y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, seguidas por las instituciones de salud.

Participación ciudadana y colaboración de los agentes sociales

Es claro que las acciones para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios serán insuficientes sin una participación activa de las usuarias y los usuarios de los mismos en la defensa de sus derechos, y en el ejercicio de una demanda calificada que exija un trato digno y respetuoso. Para ello, resulta imprescindible que las personas se perciban como sujetos de esos derechos, con total autoridad para autodeterminarse, tanto en el espacio doméstico, como en el comunitario, y en el de las instituciones públicas que les ofrecen estos servicios.

La tarea de ampliar las capacidades de mujeres y hombres para conducir libre, responsable e informadamente su vida sexual y reproductiva, hace indispensable la participación de todas las fuerzas de la sociedad. En este proceso reviste particular importancia la colaboración con las formas organizadas de la sociedad civil, abocadas a la promoción y defensa de los derechos reproductivos y de la salud sexual y reproductiva. Estas organizaciones están jugando un papel cada vez más destacado debido al apoyo que brindan a la ciudadanía. Estas instancias han sido capaces de articular diversas voces con demandas específicas en esta materia; construir consensos con otros actores y agentes institucionales, incluidos sus contrapartes gubernamentales; y traducir sus críticas en propuestas viables con el propósito de incorporar sus perspectivas, puntos de vista e intereses en los programas públicos en la materia. La coyuntura política por la que atraviesa el país brinda una magnífica oportunidad para fortalecer la colaboración con estos organismos.