

Situación y perspectivas de la demanda no satisfecha de planificación familiar

Introducción

La política de población se orienta a partir de dos premisas fundamentales. La primera se refiere a la convicción de que el mejoramiento del bienestar y la calidad de vida de las personas y las familias debe ser el fin último de los programas de desarrollo económico y social y de las estrategias para promover la regulación de los fenómenos demográficos. La segunda premisa se sustenta en el reconocimiento de la libertad de los mexicanos para decidir sobre su comportamiento reproductivo y sobre el asentamiento de su lugar de residencia en cualquier localidad dentro del territorio nacional. De estas premisas se deriva la norma jurídica y ética de los programas: las estrategias y las acciones de la política de población deben realizarse con absoluto respeto a la libertad y la dignidad de las personas.

A lo largo de los últimos 26 años, la dinámica demográfica de México ha experimentado una profunda transformación. De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Población, la esperanza de vida al nacer, que en 1970-1975 era de 63 años, aumentó a 75.3 años en el presente año. En el mismo periodo, la mortalidad en el primer año de vida descendió 65 por ciento, al pasar de 71 a cerca de 25 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos. El comportamiento reproductivo de las familias también se ha modificado sustancialmente: la tasa global de fecundidad (TGF) pasó de 6.1 hijos por mujer en 1974 a 2.4 hijos en la actualidad. De continuar las tendencias observadas, se espera que en los próximos cinco años la TGF alcanzará la tasa de reemplazo intergeneracional (2.1 hijos por mujer).

La transformación de la dinámica demográfica ha tenido lugar en amplios y diversos segmentos de la sociedad mexicana, pero sus modalidades se encuentran estrechamente vinculadas con el desigual e inequitativo proceso de desarrollo económico y social. Si bien a lo largo de estos años han disminuido de manera importante las brechas en los niveles de mortalidad y fecundidad de las entidades federativas, la transición demográfica de las regiones y grupos más desfavorecidos muestra una evolución más lenta, lo que, a su vez, se refleja en mayores demandas de empleo, educación, salud, vivienda y alimentación.

Es indudable que uno de los principales retos de la política de población en el último cuarto de siglo ha sido impulsar la desaceleración del ritmo de crecimiento demográfico. Se puede decir, sin lugar a dudas, que los avances en este sentido son notables. Sin embargo, la persistencia de importantes desigualdades y rezagos en algunas regiones del país hace necesario focalizar y reorientar algunas de las tareas de las políticas social y de población, con la finalidad de que sus objetivos primordiales puedan convertirse en una realidad para todas las personas.

En particular, en la esfera del comportamiento reproductivo, será necesario identificar los factores que favorecen u obstaculizan el ejercicio pleno del derecho de las personas y de las parejas a decidir sobre el número de sus hijos y su espaciamiento. Uno de los condicionantes que impiden el ejercicio efectivo de este derecho es la persistencia de una demanda no satisfecha en materia de planificación familiar, es decir, de situaciones en las cuales una mujer que no desea tener más hijos, definitivamente o por un tiempo, no cuenta la informa-

ción y los medios para regular su fecundidad. Es absolutamente inaceptable que un gran número de personas se encuentren imposibilitadas de ejercer plenamente sus derechos reproductivos, ya sea por no contar con acceso a los servicios de salud, o bien, porque diversas barreras culturales se los impiden.

En este trabajo se propone una metodología que puede ser de utilidad para identificar un conjunto de factores cuya eliminación podría contribuir de manera importante a la reducción de los niveles de demanda no satisfecha de planificación familiar. Este capítulo focaliza su atención en la población que reside en las áreas rurales de nueve estados de la República, los cuales se caracterizan, en conjunto, tanto por un nivel de desarrollo económico y social, como por un ritmo de descenso de la mortalidad y de la fecundidad, que está por debajo de la media nacional.¹ Se eligieron las zonas rurales debido a que es donde las parejas encuentran los mayores obstáculos para ejercer de manera efectiva sus derechos reproductivos y para concretar sus preferencias reproductivas. Al respecto, cabe mencionar que las necesidades no satisfechas de servicios de planificación familiar son significativamente más elevadas en las áreas rurales que en las ciudades y en las grandes áreas metropolitanas, llegando a representar, en 1995, a casi una de cada cuatro mujeres unidas en edad reproductiva (Aparicio y Angulo, 1996; CONAPO, 1999).

En la literatura sobre los determinantes del comportamiento reproductivo existe consenso en señalar que son múltiples y muy diversas las dimensiones del desarrollo social y económico que ejercen influencia sobre la fecundidad de la población, como las de tipo individual, familiar y comunitario; todas ellas desencadenan un conjunto de transformaciones en las condiciones de vida que tienden a favorecer la preferencia por un menor tamaño de familia.² Con el fin de identificar los factores que se asocian de manera importante con la práctica anticonceptiva y con la demanda no satisfecha de servicios de planificación familiar en las áreas rurales, en este análisis se han recuperado algunas dimensiones de cada uno de los tres tipos de influencias señaladas.

El grado de desarrollo de la comunidad es uno de los factores que se ha considerado como un determinante relevante del comportamiento reproductivo. La mejoría de las condiciones de vida de la población tiende a vincularse con el deseo de limitar voluntariamente el tamaño de la familia (Bulatao y Lee, 1983). En este trabajo se utilizó el índice de marginación de la localidad de residencia como un *proxy* del grado de desarrollo de la comunidad. El contacto de la comunidad con el exterior también es un factor que contribuye a promover cambios en el comportamiento reproductivo de la población, por lo que se incorporó al análisis otra variable que indica si hay servicios de telecomunicación (teléfono, telégrafo y correo) y esparcimiento (cine)³ disponibles, y en tal caso, la cantidad de los mismos. Al respecto, se podría plantear la hipótesis de que las comunidades más aisladas mantienen pautas reproductivas caracterizadas por una fecundidad elevada (CONAPO, 1999).

Son también múltiples las evidencias que sugieren que, en México, las instituciones públicas de salud han ejercido una influencia determinante en el cambio de la fecundidad. Es innegable que la disponibilidad de información sobre métodos anticonceptivos, la institucionalización y expansión de los servicios de planificación familiar y la legitimación pública del principio de regulación de la fecundidad han desempeñado un papel decisivo en los cambios que han tenido lugar en nuestro país en los últimos años (Lerner y Quesnel, 1990).

En general, los programas de planificación familiar, a través de diversos mecanismos, no sólo han logrado disminuir la brecha entre el tamaño de familia ideal y la descendencia final, sino que también han influido en las preferencias reproductivas (Pollak y Watkins, 1993). La influencia de los programas de planificación familiar tiene lugar mediante la expansión del acceso, la oferta y la promoción de este tipo de servicios a segmentos cada vez más amplios de la población (Potter, 1984). Se ha encontrado que la reducción de los costos de la regulación de la fecundidad, tanto por el acceso como por el uso, pueden ser un factor importante para impulsar su

¹ Se trata de los estados de Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

² Balán, 1984; Coale, 1977; Fuccharaccio, 1994; Welti, 1996.

³ Esta variable es importante no sólo por su relación con el grado de desarrollo de una localidad, sino también porque los servicios de comunicación y de esparcimiento son canales a través de los cuales se puede acceder a nuevas ideas, mensajes y valores.

disminución (Bulatao y Lee, 1983). En México, desde finales de los años setenta se ha encontrado que la accesibilidad a los servicios de salud se asocia con un incremento importante de las prácticas de regulación de la fecundidad.⁴

En el plano individual, uno de los factores que más contribuye a la disminución de la fecundidad es el mejoramiento de la condición social de la mujer, y, en particular, de su nivel educativo. La educación favorece una mayor autonomía e independencia de la mujer y contribuye a la difusión de actitudes, valores y expectativas de vida que se asocian con una disminución de los tamaños ideales de familia.

Otro elemento que puede ejercer un efecto importante sobre las decisiones de la mujer respecto de la reproducción es el de las relaciones de género que se establecen en el seno de la familia, aunque su impacto sobre el cambio demográfico también se ve influenciado por otras características de la vida social, económica y política (Oppenheim-Mason, 1995). Respecto a las decisiones reproductivas, es importante que tanto la mujer como el hombre estén de acuerdo con utilizar algún medio de regulación de la fecundidad para operar esta práctica con éxito. La oposición del esposo, especialmente en situaciones de marcadas desigualdades entre hombres y mujeres respecto de quien debe tomar las decisiones reproductivas, puede ser un elemento que influya para impedir que la mujer adopte un método, pese a su deseo de no tener más hijos.

El comportamiento reproductivo es un proceso multidimensional y dinámico, de tal suerte que sus determinantes operan de manera diferenciada según el curso de vida, lo que implica privilegiar acontecimientos que constituyen transiciones importantes en la vida del individuo, tanto familiares como no familiares (Balán y Jelin, 1979). Al respecto, debe tomarse en cuenta que los cambios en los patrones del curso de vida no pueden separarse de los contextos sociales, institucionales, económicos y culturales en los cuales están inmersos los individuos (Tuirán, 1990). En atención a la importancia de considerar esta dimensión en el análisis, se incorporaron dos variables directamente

relacionadas con la trayectoria de vida familiar de las mujeres: la edad y la paridad.

Los Sistemas de Información Geoestadística

En años recientes, el Consejo Nacional de Población ha desarrollado varias investigaciones que permiten contar en la actualidad con información de calidad acerca del grado de desarrollo socioeconómico de las localidades rurales del país y de su accesibilidad a los servicios de salud. Por una parte, el CONAPO elaboró un Sistema de Información Geoestadística (SIG) que combina la información de la ubicación de las unidades médicas de la SSA y del IMSS con la red de caminos y carreteras. Este sistema permite generar mapas con la ubicación de las localidades y las unidades médicas y obtener medidas precisas y confiables acerca de la oferta de servicios institucionales de salud (Mejía, 1999).

A fin de que el SIG sirviera como apoyo para el estudio de la accesibilidad física y la oferta de los servicios de salud reproductiva, el CONAPO llevó a cabo diversas labores de acopio, desarrollo, sistematización, integración y documentación de la información disponible, entre las que se incluye la geocodificación de las bases de datos provenientes de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar de 1995 (ENPF95). Adicionalmente, se elaboraron bases cartográficas digitales que contienen información generada por diversas instituciones públicas. Estas bases pueden ser utilizadas para ubicar geográficamente las unidades de salud. Paralelamente a las actividades encaminadas a conformar el SIG, se calcularon medidas de accesibilidad física de los servicios de salud. Para efectuar este cálculo, se tomó en cuenta el tipo de caminos existentes para determinar las distancias y los tiempos de acceso a las unidades médicas desde cada una de las localidades de la encuesta.

El Sistema de Información Geoestadística cuenta con datos sobre los usuarios potenciales de los servicios de planificación familiar, los prestadores de servicios, por

⁴ Aparicio *et al.*, 2000; Entwisle *et al.*, 1996; Mendoza *et al.*, 1986; Tsui *et al.*, 1981.

institución y nivel de atención, y la red de caminos, con la determinación de los tiempos de recorrido. Esta información permitió realizar los análisis espaciales que derivaron en las medidas de accesibilidad a los servicios de salud para cada una de las localidades consideradas en la ENPF95.

Con objeto de sintetizar la potencialidad de las bases del SIG, se presenta un conjunto de mapas generados para el estado de Oaxaca a partir de dicha información (véase esquema 1). Para ilustrar los resultados de los análisis espaciales, a manera de ejemplo, se muestra un acercamiento geográfico a la localidad de San Antonio Huitepec, en Oaxaca, donde se observa la red de caminos y las localidades que cuentan con servicios de primer nivel proporcionados por la Secretaría de Salud (véase esquema 2). Mediante la aplicación de las herramientas de análisis de redes espaciales para identificar rutas mínimas, se encontró que San Pedro Totomachapan es la localidad que cuenta con una unidad de primer nivel de la SSA con el mínimo tiempo de recorrido desde San Antonio Huitepec (36.6 minutos). Se siguió un procedimiento similar para calcular los tiempos mínimos de acceso a las unidades médicas de primer y segundo nivel de la SSA, el IMSS Régimen Ordinario y el Programa IMSS-Solidaridad. Las seis medidas de accesibilidad física conforman la oferta de servicios de salud de las distintas localidades. Después de realizar un análisis exploratorio, se identificaron las medidas de accesibilidad a los servicios de salud que se exploraron en este trabajo: 1) el tiempo estimado de recorrido a la unidad médica de primer nivel más cercana; 2) el tiempo estimado al hospital más cercano; y 3) el tipo de servicios médicos institucionales que se encuentran accesibles desde una localidad en menos de treinta minutos.

Metodología

Las fuentes de información utilizadas en este trabajo son la base integrada de la información de la ENPF95, los índices de marginación de cada una de las localidades de la muestra rural de la encuesta y las medidas sobre la accesibilidad a los servicios de salud que se derivaron del Sistema de Información Geoestadística. Esta información permite analizar algunos determinantes relevantes de la práctica anticonceptiva y la demanda no

satisfecha de servicios de planificación familiar que operan en los ámbitos comunitario, familiar e individual.

Adicionalmente, en la ENPF95 se aplicó un cuestionario adicional en el que se recabó información acerca de los servicios de salud con los que cuenta cada una de las localidades rurales de la encuesta. Esta información se empleó para realizar un análisis exploratorio de la influencia potencial de los agentes comunitarios que brindan servicios de planificación familiar (como las auxiliares de salud y las parteras capacitadas). En ningún caso se observó una influencia determinante de estos agentes, por lo que se decidió no incorporarlos en los análisis definitivos. Lo mismo sucedió con el tiempo de traslado a las unidades de primer nivel de atención desde la localidad de residencia de la mujer. Esta variable no mostró ninguna influencia significativa ni sobre el uso de anticonceptivos ni sobre la demanda insatisfecha de servicios (Aparicio *et al.*, 2000), posiblemente debido a que, en la muestra de la ENPF95, el tiempo promedio de traslado a la unidad de primer nivel más cercana era muy pequeño (menor de quince minutos). Debido a lo anterior, en el análisis de la asociación de los factores explicativos con los indicadores de planificación familiar, se trabajó exclusivamente con el tiempo de traslado al hospital más cercano como indicador de accesibilidad a los servicios de salud.

La población de estudio de la base integrada de la ENPF95 comprende 4 132 mujeres de 15 a 49 años de edad unidas, que residían en localidades rurales de los nueve estados. Esta base fue la que se utilizó para conocer los factores que determinan la demanda no satisfecha de servicios de planificación familiar. Con el fin de determinar lo que hemos dado en llamar *como índice de desarrollo humano para reducir la demanda no satisfecha* (IDHDNS) y para estimar los esfuerzos futuros en materia de acceso a la educación secundaria en los próximos veinte años, fue necesario recurrir a otras fuentes de información demográfica, como el Censo de Población y Vivienda de 1995, las Encuestas Nacionales de la Dinámica Demográfica de 1992 y 1997, y las proyecciones de población por tamaño de localidad elaboradas por el CONAPO.

En primera instancia, y con el fin de conocer el perfil sociodemográfico de la población de las nueve entidades federativas y las características de accesibili-

esquema 1

esquema 2

dad a los servicios de salud y de marginación de las localidades, se examinó la distribución de frecuencias de cada una de las variables. Se prosiguió con el análisis de la relación de cada una de estas variables explicativas con los indicadores de planificación familiar. Como resultado, se obtuvo una primera aproximación de las influencias comunitarias, familiares e individuales que contribuyen a explicar las variaciones del uso de anticonceptivos y de la demanda no satisfecha de servicios.

Sin embargo, puesto que estos dos fenómenos obedecen a una causalidad multidimensional, y en virtud de que los distintos factores se encuentran interrelacionados, se recurrió a la utilización de técnicas de análisis multivariado para valorar el efecto neto de cada variable explicativa, una vez que ha sido ajustado el efecto de los factores restantes. Para realizar este análisis se ajustaron, en una primera fase, modelos de regresión logística múltiple. Puesto que la estructura de los datos involucra tanto factores comunitarios como familiares e individuales, se ajustaron también modelos logísticos de niveles múltiples.⁵ Se definieron dos niveles: el primero corresponde a las características individuales y familiares de la mujer, y el segundo a las características de su localidad de residencia. Las variables comunitarias consideradas son el grado de marginación, el número de servicios de telecomunicación y el tiempo de traslado al hospital más cercano, en tanto que las características de la mujer incluyen la edad, la paridad, la educación, si conversa con su pareja sobre cuestiones de planificación familiar y si él estaba de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos.

Posteriormente, se calculó la probabilidad ajustada de utilizar un método anticonceptivo y de tener demandas no satisfechas de servicios de planificación familiar. A partir de esta información, fue posible valorar los factores que determinan la demanda no satisfecha, y el impacto potencial en su reducción, si se eliminara cada uno de ellos. Este procedimiento llevó a la identificación de cuatro dimensiones que pueden contribuir a la disminución de la demanda no satisfecha: el grado de desarrollo económico y social de la localidad, la educación de la mujer, el tiempo de traslado al hospital más cercano y el acuerdo del esposo con la planificación familiar. Cada una de ellas constituye una

dimensión importante, que no sólo contribuye a reducir la demanda no satisfecha, sino que su promoción constituye un fin en sí mismo.

Inspirados en la metodología desarrollada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) utilizado en el cálculo de los índices de desarrollo humano, se procedió a identificar un índice para cada uno de los nueve estados de la ENPF95 que permite conocer el grado de avance y el camino que falta por recorrer en cada uno de los cuatro componentes para abatir la demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos y, de esta manera, contribuir a hacer plenamente efectivo el derecho de todas las personas a decidir sobre su reproducción.

Finalmente, se utilizaron las proyecciones de población del CONAPO y las tendencias en la proporción de mujeres unidas que han cursado algún grado de educación secundaria, para estimar los esfuerzos que será necesario llevar a cabo en cada una de las nueve entidades federativas con el fin de que, en el año 2020, sean abatidos los rezagos en este indicador.

Accesibilidad a los servicios de salud

Después de realizar un análisis exploratorio de la información sobre la oferta de servicios de salud, se valoró su accesibilidad en función del tiempo que tarda la población de las localidades en la muestra de la ENPF95, en llegar a las unidades médicas de primer y segundo nivel más cercanas.

Cabe mencionar que la expansión de la oferta de servicios de salud en los últimos años ha contribuido a lograr que una proporción creciente de la población, principalmente de áreas rurales, tenga acceso a unidades médicas de diversos tipos, donde se ofrecen servicios de orientación y atención en materia de planificación familiar.

La expansión de los servicios de salud ha dado como resultado que, a pesar de la marginación que se vive en las localidades rurales, el tiempo para llegar a la

⁵ Hermalin, 1986; Hosmer y Lemeshow, 1989; Hox, 1995.

unidad médica más cercana fuera menor a 30 minutos para nueve de cada diez mujeres, y que sólo una de cada diez tardara más de media hora en llegar a la unidad más cercana (véase gráfica 1). La mitad de las mujeres tiene acceso a servicios de primer nivel en menos de media hora, y únicamente una de cada diez mujeres no puede acceder a ninguno de los servicios médicos en este tiempo. Además, casi tres de cada cuatro mujeres tardan menos de una hora en trasladarse al hospital más cercano (72.3%), mientras que una de cada siete mujeres requiere invertir más de una hora y media. En general, en la muestra de la ENPF95, el tiempo promedio para llegar a la unidad médica más cercana es de tan sólo once minutos, en tanto que se requiere un tiempo medio de 53 minutos para llegar al hospital más cercano (véase cuadro 1).

Perfil de la población

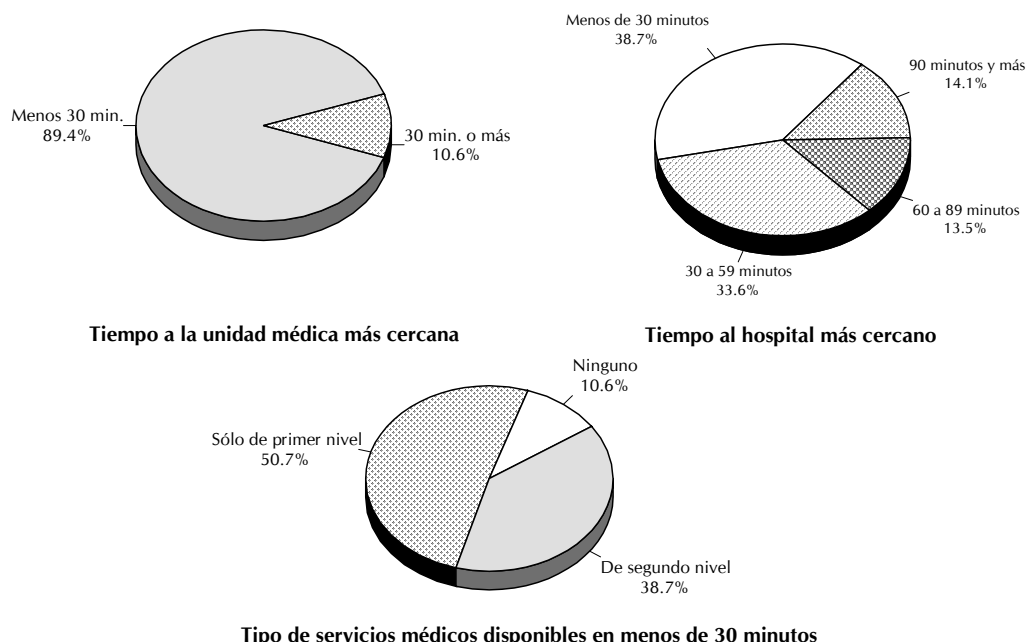
En cuanto a las principales características de las mujeres, destaca el hecho de que la mayoría de ellas reside en localidades rurales, donde, en general, se observa un bajo nivel de desarrollo, situación que se manifiesta a través de las condiciones socioeconómicas que conforman el entorno en el que viven. Sus precarias condiciones se reflejan en el hecho de que la mayor parte de ellas habita en localidades con alto grado de marginación (55.3%), y en que sólo una de cada seis mujeres vive en una localidad con marginación baja (véase gráfica 2). Además, poco más de la mitad de las mujeres reside en localidades donde existe sólo un servicio de telecomunicación o esparcimiento (teléfono, correo, telégrafo o cine), y casi una de cada cuatro mujeres donde no existe alguno de ellos (24%) (véase cuadro 2).

Cuadro 1.
Distribución porcentual de las mujeres unidas en edad fértil
según características seleccionadas de accesibilidad a los servicios de salud

Características de accesibilidad	N	Distribución porcentual
Total	4 132	100.0
Tiempo a la unidad médica más cercana		
Menos de 30 minutos	3 718	89.4
30 minutos o más	414	10.6
Tiempo al hospital más cercano		
Menos de 30 minutos	1 844	38.7
De 30 a 59 minutos	1 151	33.6
De 60 a 89 minutos	532	13.5
90 minutos o más	605	14.1
Servicios médicos disponibles a 30 minutos		
Ninguno	414	10.6
Sólo de primer nivel	1 874	50.7
De segundo nivel	1 844	38.7

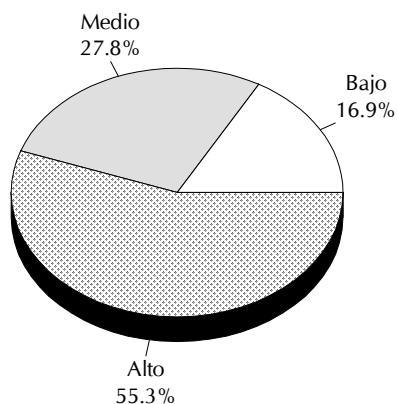
Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

Gráfica 1.
Distribución porcentual de las mujeres unidas en edad fértil según características de la accesibilidad a los servicios de salud



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

Gráfica 2.
Distribución porcentual de las mujeres unidas en edad fértil según grado de marginación de la localidad de residencia de la mujer



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

Cuadro 2.
Distribución porcentual de las mujeres unidas en edad fértil según grado de marginación y número de servicios de telecomunicación y esparsamiento en la localidad de residencia de la mujer

Grado de marginación y número de servicios en la localidad	N	Distribución porcentual
Total	4 132	100.0
Grado de marginación		
Bajo	863	16.9
Medio	1 211	27.8
Alto	2 019	55.3
Servicios		
Sin servicios	951	24.0
Con un servicio	2 095	51.4
Con dos o más servicios	1 086	24.6

Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

En términos de las características sociodemográficas, la población objeto de estudio está conformada por mujeres unidas, cuya edad se encuentra comprendida principalmente entre los 20 y los 39 años (70.3%); el resto está integrado por jóvenes de 15 a 19 años (7.2%) y por mujeres de 40 a 49 años (22.6%). Así, las mujeres con menor peso relativo son quienes se encuentran en las edades extremas del periodo reproductivo.

Es interesante hacer notar que casi la mitad de las mujeres tenía al menos cuatro hijos al momento de la entrevista (47.8%), lo que refleja que en las localidades rurales la fecundidad es superior a la de la media nacional. Cabe mencionar que las mujeres sin hijos son las que tienen el menor peso relativo (representan apenas 6.2% del total), al tiempo que tres de cada cuatro mujeres llevan más de cinco años de unión conyugal (véase cuadro 3).

La mayor parte de las mujeres no alcanza un nivel de escolaridad de primaria completa; una de cada cinco mujeres no cuenta con instrucción formal y casi dos de cada cinco sólo tienen estudios de primaria incompleta; finalmente, sólo una de cada seis tiene estudios de secundaria (16.7%) (véase cuadro 4).

En cuanto a los aspectos de tipo sociocultural vinculados con la planificación familiar, es notable el hecho de que una de cada cuatro mujeres señala no platicar con su pareja sobre cuestiones de planificación familiar. Por otro lado, más de la cuarta parte declara que su pareja se opone a la planificación familiar, además, de que once por ciento reconoce no saber qué opina su pareja al respecto (véase cuadro 5). Estos aspectos reflejan no sólo la falta de comunicación en la pareja, sino también el papel predominante que puede jugar el hombre en la toma de decisiones reproductivas.

Uso de anticonceptivos y demanda no satisfecha de planificación familiar

Entre las mujeres unidas de 15 a 49 años que residen en los nueve estados de referencia, aproximadamente una de cada dos (48.5%) regulan su fecundidad. No obstante, debe considerarse que, entre las mujeres no usuarias,

Cuadro 3.
Distribución porcentual de las mujeres unidas en edad fértil según características demográficas seleccionadas

Características demográficas	N	Distribución porcentual
Total	4 029	100.0
Edad		
15 - 19	279	7.2
20 - 24	723	17.7
25 - 29	826	19.5
30 - 34	717	17.3
35 - 39	657	15.8
40 - 44	491	11.6
45 - 49	439	11.0
Paridad		
0	246	6.2
1	517	12.8
2	668	16.4
3	682	16.8
4 o más	2 019	47.8
Duración de la unión		
Hasta 5 años	1 029	25.8
6 años o más	3 000	74.2

Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

Cuadro 4.
Distribución porcentual de las mujeres unidas en edad fértil según escolaridad

Escolaridad	N	Distribución porcentual
Sin escolaridad	819	20.7
Primaria incompleta	1 540	37.1
Primaria completa	1 051	25.5
Secundaria o más	721	16.7
Total	4 131	100.0

Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

Cuadro 5.
Distribución porcentual de las mujeres unidas en edad fértil según características socioculturales seleccionadas

Características socioculturales	N	Distribución porcentual
Platica con su pareja sobre planificación familiar		
No	983	24.9
Sí	3 095	75.1
Su pareja está de acuerdo con el uso de métodos		
Sí	2 522	62.1
No	1 114	26.8
No sabe	442	11.1
Total	4 078	100.0

Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

algunas no están expuestas al riesgo de embarazo (por menopausia, por no tener vida sexual activa o por ser infértil, entre otras razones). Al respecto, se estima que la demanda insatisfecha asciende a 22.7 por ciento, en tanto que alrededor de 25.8 por ciento de las mujeres unidas tienen alguna de las características arriba anotadas y no están en situación de demanda insatisfecha (véase cuadro 6).

Los niveles de uso de métodos anticonceptivos y de demanda no satisfecha están determinados por una amplia variedad de factores de tipo socioeconómico, demográfico y cultural. De acuerdo con los datos de la ENPF95, el patrón de uso y de demanda no satisfecha varía de acuerdo con diversas características de la mujer y del entorno en que se desenvuelve su vida cotidiana.

La accesibilidad de los servicios de salud⁶ se asocia sistemáticamente con la prevalencia de uso y la demanda no satisfecha de servicios de planificación familiar. En general, el hecho de que el acceso a los servi-

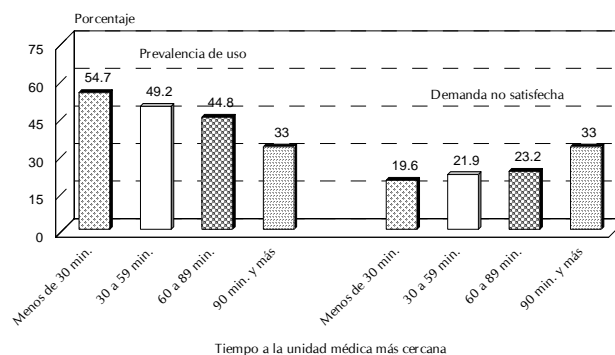
⁶ La accesibilidad a los servicios de salud es medida en este análisis a través de un indicador del tiempo que tarda la mujer en llegar al hospital más cercano.

Cuadro 6.
Distribución porcentual de las mujeres unidas en edad fértil según prevalencia de uso y demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar

Indicadores de planificación familiar	N	Distribución porcentual
Usaria		
No	2 138	51.5
Sí	1 994	48.5
Demanda insatisfecha		
Sin demanda	3 169	77.3
Con demanda	963	22.7
Total	4 132	100.0

Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

Gráfica 3.
Porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos y de mujeres con demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar, según tiempo de acceso al hospital más cercano



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

cios de salud sea relativamente razonable —menos de una hora y media—, contribuye a un mayor uso de métodos anticonceptivos y a una menor demanda insatisfecha (véase gráfica 3).

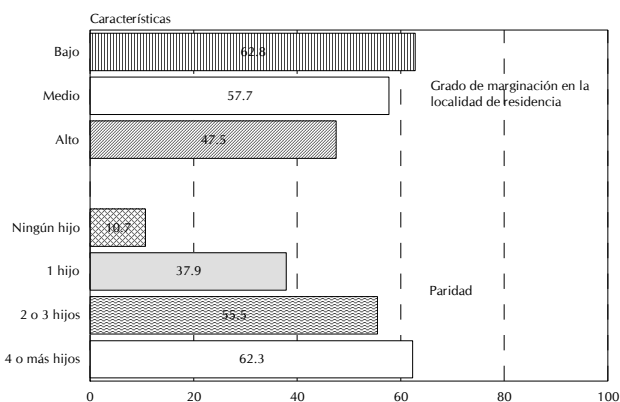
Análisis multivariado de los determinantes del uso de anticonceptivos

En este apartado se examina la influencia conjunta de los diversos factores considerados previamente, para lo cual se utilizaron técnicas de análisis multivariado. En el modelo de regresión logística⁷ la variable dependiente es la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos. Las variables explicativas que resultaron estadísticamente significativas son: el grado de marginación, el número de servicios de comunicación y esparcimiento que existen en la localidad (teléfono, telégrafo, correos y cine), la edad de la mujer, la paridad, el nivel de escolaridad, la situación respecto de si platica con su pareja sobre cuestiones de planificación familiar, y si su pareja está de acuerdo con la planificación familiar. Los resultados del modelo se muestran en el cuadro A1 (al final del texto), y en el cuadro 7 se incluye la proporción ajustada de uso de métodos anticonceptivos, de acuerdo con diversas características relevantes de la mujer.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos aumenta conforme las condiciones de desarrollo de la localidad de residencia de la mujer son más favorables. La proporción de mujeres que usan anticonceptivos es 30 por ciento mayor en localidades con baja marginación (62.8%) que en localidades con alta marginación (47.5%) (véase gráfica 4). Existe también una mayor proporción de usuarias conforme aumenta el número de servicios de comunicación y esparcimiento en la localidad, aunque la diferencia es menor (50.1 y 56.3%, respectivamente)⁸ (véase cuadro 7).

La prevalencia de uso más baja se presenta entre las mujeres más jóvenes, de 15 a 19 años (43.8%). Conforme aumenta la edad se incrementa la proporción de usuarias, hasta alcanzar su nivel más elevado entre los 30 y los 34 años (57.2%).

Gráfica 4.
Probabilidad ajustada de usar un método anticonceptivo según características seleccionadas



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

El número de hijos de la mujer es un factor importante en la determinación del uso de anticonceptivos. Conforme aumenta la paridad, el porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos también se incrementa. Entre las mujeres sin hijos, la prevalencia de uso ajustada es de 10.7 por ciento, cifra que representa casi la sexta parte de la que registran las mujeres con cuatro hijos o más (62.3%) (véase gráfica 4).

En cuanto a la escolaridad de la mujer, se confirma que conforme aumenta el nivel de escolaridad mayor es el uso de métodos. La proporción de mujeres sin instrucción que son usuarias es 20 puntos porcentuales menor que la de mujeres con secundaria o más (45 y 64.6%, respectivamente).⁹ Es importante destacar que, de acuerdo con los datos ajustados, el hecho de que la mujer no tenga instrucción o tenga sólo primaria incompleta no representa una diferencia significativa en la probabilidad de usar un método anticonceptivo. La diferencia más notable se presenta entre estas mujeres y las que tienen primaria completa o secundaria y más. Otro aspecto relevante tiene que ver con la ausencia de

⁷ Cabe señalar que para ajustar los modelos multivariados fue necesario eliminar del análisis a las mujeres sin información en alguna variable; por ello, la población de estudio se redujo a 3 535 casos, es decir, 597 casos menos (14.4%) de los originales. No obstante, si se comparan los resultados en cuanto al nivel de la demanda insatisfecha, así como del uso de métodos anticonceptivos según diversas características de la mujer, se puede verificar que prevalece el mismo patrón de comportamiento que el encontrado originalmente.

⁸ Es importante señalar que la diferencia en la proporción de mujeres que usa métodos anticonceptivos en localidades con alto y bajo grado de marginación, así como en localidades sin servicios y con dos o más servicios de comunicación, es menor cuando los datos son ajustados, que cuando se utiliza la información observada de forma directa.

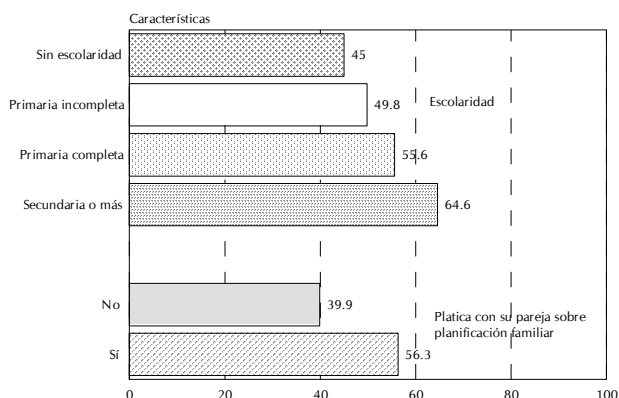
⁹ Esta diferencia es notablemente menor a la que se obtiene al usar los datos no ajustados, que es de 26 puntos porcentuales.

Cuadro 7.
Tabla de análisis de clasificación múltiple de la probabilidad
de usar un método anticonceptivo según características seleccionadas

Características seleccionadas	N	Probabilidad no ajustada	Probabilidad ajustada
Grado de marginación			
Bajo	807	67.8	62.8
Medio	1 069	60.1	57.7
Alto	1 659	45.8	47.5
Servicios			
Sin servicios	730	44.9	50.1
Con un servicio	1 828	54.5	53.2
Con dos o más servicios	977	60.9	56.3
Edad			
15 - 19	221	32.0	43.8
20 - 24	635	49.4	50.9
25 - 29	744	55.4	55.4
30 - 34	650	59.2	57.2
35 - 39	569	66.1	56.5
40 - 44	416	54.3	53.1
45 - 49	300	44.0	47.1
Paridad			
Ningún hijo	171	11.9	10.7
1 hijo	462	43.8	37.9
2 o 3 hijos	1 214	60.4	55.5
4 o más hijos	1 688	56.9	62.3
Escolaridad			
Sin escolaridad	611	42.1	45.0
Primaria incompleta	1 301	51.0	49.8
Primaria completa	932	56.4	55.6
Secundaria o más	691	68.1	64.6
Platica con su pareja sobre planificación familiar			
No	630	26.9	39.9
Sí	2 905	60.1	56.3
Su pareja no está de acuerdo con el uso de métodos			
Tiempo al hospital más cercano			
Menos de 30 minutos	433	33.8	34.7
De 30 a 59 minutos	304	28.7	33.2
De 60 a 89 minutos	131	21.2	27.8
90 minutos o más	197	14.9	18.7
Su pareja sí está de acuerdo con el uso de métodos			
Tiempo al hospital más cercano			
Menos de 30 minutos	1 229	67.4	63.9
De 30 a 59 minutos	676	67.0	65.8
De 60 a 89 minutos	268	65.9	63.0
90 minutos o más	297	52.4	53.9

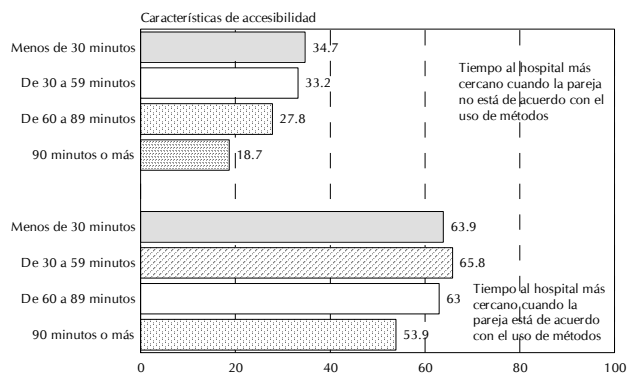
Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

Gráfica 5.
Probabilidad ajustada de usar un método anticonceptivo según escolaridad de la mujer y condición de plática con su pareja sobre cuestiones de planificación familiar



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

Gráfica 6.
Probabilidad ajustada de usar un método anticonceptivo según algunas características de la accesibilidad a los servicios de salud



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

diálogo en pareja sobre cuestiones vinculadas con la planificación familiar, la cual tiene el efecto de limitar a la mujer para que recurra a los métodos de regulación de la fecundidad. La prevalencia de uso entre las mujeres que no platican con su pareja sobre estos temas es alrededor de 16 puntos porcentuales menos que entre las mujeres que sí lo hacen (39.9 y 56.3%, respectivamente)¹⁰ (véase gráfica 5).

Por otra parte, la postura del hombre respecto de la planificación familiar influye notablemente en el uso de métodos, el cual es aproximadamente del doble cuando el hombre está de acuerdo con esta práctica que cuando no lo está. Se encontró que cuando el esposo o compañero no está de acuerdo con el uso, un incremento en el tiempo de traslado entre la comunidad de residencia y el hospital más cercano disminuye de manera importante la práctica anticonceptiva. Por el contrario, cuando sí está de acuerdo el factor de acceso no hace grandes diferencias en la proporción de usuarias (véase gráfica 6).

Análisis multivariado de los determinantes de la demanda insatisfecha de planificación familiar

El modelo que se ajustó en este caso tiene como variable dependiente la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. Las variables explicativas que resultaron estadísticamente significativas son las siguientes: el tiempo que tarda la mujer en llegar al hospital más cercano, la edad, el número de hijos y la escolaridad de la mujer, así como la interacción entre la marginación de la localidad en la que reside y el hecho de que la pareja esté de acuerdo o no con planificar la familia. Los resultados de este ajuste se presentan en el cuadro A2 (al final del texto), y las probabilidades estimadas que resultan del ajuste se muestran en el cuadro 8.

En este caso, el acceso, medido a través del tiempo que tarda la mujer en llegar al hospital más cercano,

¹⁰ Cabe mencionar que las diferencias en cuanto al uso, de acuerdo a la condición de platica con la pareja, así como al acuerdo de la pareja, son notablemente menores cuando se controla el efecto del resto de las variables, que cuando no se hace. Con base en los datos observados, la proporción de mujeres que utiliza algún método es 2.2 veces mayor entre aquellas que platican con su pareja sobre planificación familiar, respecto de las que no platican.

Cuadro 8.
Tabla de análisis de clasificación múltiple de la probabilidad de tener demanda
insatisfecha de servicios de planificación familiar según características seleccionadas

Características seleccionadas	N	Probabilidad no ajustada	Probabilidad ajustada
Tiempo al hospital más cercano			
Menos de 30 minutos	1 662	18.8	17.9
De 30 a 59 minutos	980	20.3	15.8
De 60 a 89 minutos	399	18.5	15.8
90 minutos o más	494	30.2	23.8
Edad			
15 - 19	221	34.2	29.4
20 - 24	635	25.3	26.1
25 - 29	744	21.6	22.2
30 - 34	650	20.3	17.8
35 - 39	569	16.7	13.5
40 - 44	416	20.0	9.7
45 - 49	300	8.5	6.5
Paridad			
Ningún hijo	171	51.3	37.0
De 1 a 3 hijos	1 676	17.0	13.5
4 o más hijos	1 688	21.3	20.8
Escolaridad			
Hasta primaria incompleta	1 912	23.0	19.6
Primaria completa	932	20.1	16.3
Secundaria y más	691	15.4	14.2
Su pareja está de acuerdo con el uso de métodos			
Grado de marginación			
Bajo	203	27.2	9.8
Medio	293	26.6	11.9
Alto	569	35.0	17.9
Su pareja no está de acuerdo con el uso de métodos			
Grado de marginación			
Bajo	604	8.8	25.4
Medio	776	13.5	24.6
Alto	1 090	20.9	31.2

Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

es un factor que influye directamente sobre la variable dependiente; no obstante, su efecto es importante sólo cuando el tiempo de traslado al hospital es mayor de 90 minutos (23.8%) (gráfica 7).

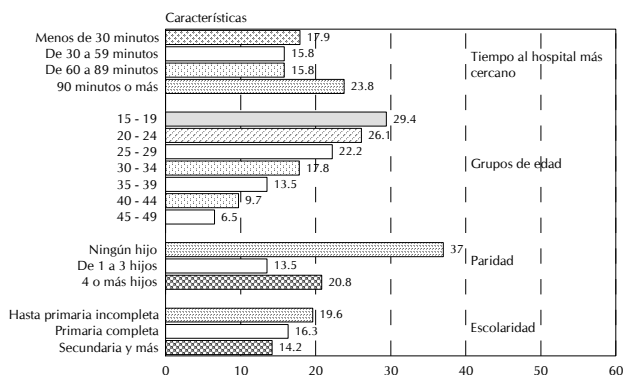
En cuanto al efecto ajustado de la edad de la mujer, se aprecia que conforme ésta aumenta, disminuye sistemáticamente la demanda insatisfecha: 29.4 por ciento entre las jóvenes (15 a 19 años), 17.8 por ciento para las de 30 a 34 años, y 6.5 por ciento entre las mujeres de 45 a 49 años. Es decir, la proporción es 4.5 veces superior entre las mujeres más jóvenes que la observada entre las de mayor edad. Por otra parte se observa que las mujeres con menor demanda insatisfecha son las que tienen de uno a tres hijos (13.5%), en tanto que la mayor la registran las mujeres sin hijos (37%). Sin embargo, es importante señalar que la diferencia entre los niveles de demanda de acuerdo con la paridad se reduce significativamente cuando se controla el efecto del resto de las variables.

La escolaridad de la mujer también es un factor que influye en la demanda insatisfecha. A mayor escolaridad de la mujer ésta tiende a disminuir: aproximadamente dos de cada diez mujeres sin escolaridad o con

primaria incompleta registran demanda insatisfecha; en cambio, sólo una de cada siete mujeres con secundaria y más está en esa situación.

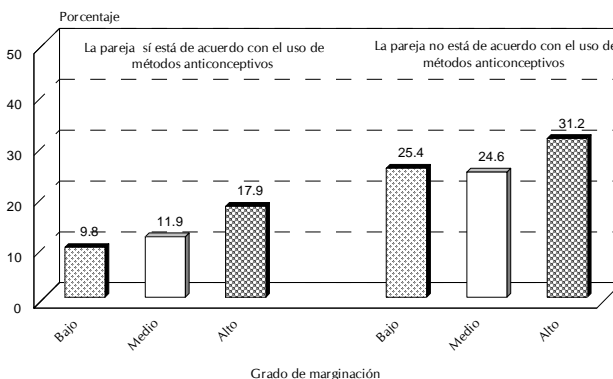
El grado de marginación de la localidad y el hecho de que la pareja esté de acuerdo o no con la planificación familiar, son factores que actúan de manera diferenciada sobre la variable dependiente (véase gráfica 8). Cuando la pareja no está de acuerdo, el nivel de demanda insatisfecha es muy similar en las localidades tanto de baja como de media marginación (aproximadamente 25%), pero aumenta cuando la localidad es de alta marginación (31.2%). En cambio, cuando la pareja está de acuerdo con esta práctica, la demanda insatisfecha aumenta sistemáticamente conforme aumenta el grado de marginación, principalmente cuando pasa de una localidad de marginación baja y media (9.8 y 11.9%, respectivamente) a una localidad de alta marginación (17.9%). Cabe mencionar que, independientemente del grado de marginación de la localidad, la demanda insatisfecha entre las mujeres cuya pareja está de acuerdo con la planificación familiar es sustancialmente menor que entre las mujeres cuyas parejas se oponen a este recurso.

Gráfica 7.
Probabilidad ajustada de tener demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar según características seleccionadas de la mujer



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

Gráfica 8.
Probabilidad ajustada de tener demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar según si la pareja de la mujer está o no de acuerdo con el uso de métodos y el grado de marginación de la localidad de residencia



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

Impacto potencial de cambios en los factores determinantes

Una vez calculadas las probabilidades ajustadas, se pueden calcular los riesgos relativos asociados a cada factor. Las estimaciones muestran que la disminución en el grado de marginación de la localidad se asocia con un aumento importante de la probabilidad de uso (véase cuadro 9). La edad de la mujer y la paridad también son factores que diferencian la probabilidad de usar un método, al igual que la educación de la mujer. La comunicación de la pareja es otro factor que ejerce una influencia notable: las mujeres que han platicado con su esposo acerca de la planificación familiar tienen una probabilidad de uso 40 por ciento mayor que las mujeres que no lo han hecho.

En general, la prevalencia de uso aumenta conforme es mayor la accesibilidad física a los servicios de atención hospitalaria. Sin embargo, este efecto es menos relevante entre las mujeres cuyo esposo está de acuerdo con el uso de los métodos, mientras que es bastante más importante cuando el esposo no está de acuerdo. Los resultados sugieren que cuando el hombre está motivado a regular su fecundidad, la falta de accesibilidad no es un obstáculo importante para cristalizar su determinación. Por el contrario, el contacto y el acceso a los servicios de salud sí juega un papel relevante cuando existe oposición al uso por parte del esposo: la probabilidad de utilizar algún método es 80 por ciento mayor cuando el hospital se encuentra a menos de una hora del lugar de residencia, en comparación con aquellos casos para los cuales el tiempo requerido de traslado es superior a hora y media.

El riesgo atribuible es un indicador de la medida en la cual se incrementa la prevalencia de uso cuando se encuentra presente un factor específico.¹¹ Es interesante notar que los factores que más impacto tienen sobre la probabilidad de uso son la comunicación en la pareja sobre cuestiones de planificación familiar (33.5%) y la accesibilidad a los servicios cuando el esposo se opone al uso de los métodos (30%). El grado de desarrollo de la comunidad (6%) y la educación de la mujer (8%) también contribuyen a incrementar el uso de métodos en la población, aunque en menor medida que los factores antes mencionados.

Un análisis similar para el caso de la demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar revela resultados interesantes. El factor que más incrementa la demanda no satisfecha es la paridad elevada: ajustando el efecto de los otros factores, y si se toma como referencia el grupo de personas con uno a tres hijos, el riesgo atribuible entre las mujeres de cuatro hijos o más es de 25 por ciento. Esto nos habla de la existencia de un fuerte impacto sobre la demanda no satisfecha en el área rural, especialmente entre mujeres que ya no desean tener más hijos.

A pesar de que el riesgo relativo para las mujeres sin hijos es mayor, este grupo solamente representa cinco por ciento del total de mujeres, mientras que las mujeres con cuatro hijos o más representan cerca del cincuenta por ciento. Estos resultados están relacionados con el hecho de que los otros factores que explican la reducción en la demanda insatisfecha de planificación familiar son la accesibilidad a servicios hospitalarios en un tiempo no mayor de una hora; vivir en una localidad de baja marginación; y que el esposo o compañero de la mujer esté de acuerdo con el uso de anticonceptivos (véase cuadro 10).

¹¹ Esta medida depende de dos elementos: los riesgos relativos asociados a dicho factor y la prevalencia de éste en la población de estudio. El riesgo atribuible permite estimar cuál es el impacto potencial que podría reflejarse en la proporción de usuarias si hubiera cambios en la prevalencia del factor.

Cuadro 9.
Riesgos relativos y atribuibles de la probabilidad de usar
un método anticonceptivo según características seleccionadas

Características seleccionadas	Prevalencia del factor de riesgo o protector	Riesgo relativo	Riesgo atribuible
Grado de marginación			
Bajo	18.4	1.32	6.0
Medio	28.9	1.22	6.2
Alto	52.6	1.00	0.0
Servicios			
Sin servicios	22.0	0.94	1.3
Con un servicio	52.4	1.00	0.0
Con dos o más servicios	25.6	1.06	1.5
Edad			
15 - 19	6.8	0.77	1.6
20 - 24	18.2	0.89	2.0
25 - 29	20.6	0.97	0.7
30 - 34	18.4	1.00	0.0
35 - 39	15.9	0.99	0.2
40 - 44	11.4	0.93	0.8
45 - 49	8.7	0.82	1.5
Paridad			
Ningún hijo	5.3	0.19	4.2
1 hijo	13.3	0.68	4.2
2 o 3 hijos	34.9	1.00	0.0
4 o más hijos	46.6	1.12	5.7
Escolaridad			
Sin escolaridad	18.0	1.00	0.0
Primaria incompleta	36.9	1.11	4.0
Primaria completa	26.4	1.24	6.2
Secundaria o más	18.7	1.44	8.1
Platica con su pareja sobre planificación familiar			
No	18.4	1.00	0.0
Sí	81.6	1.41	33.6
Su pareja no está de acuerdo con el uso de métodos			
Tiempo al hospital más cercano			
Menos de 30 minutos	35.3	1.86	30.3
De 30 a 59 minutos	35.1	1.78	27.4
De 60 a 89 minutos	12.2	1.49	6.0
90 minutos o más	17.4	1.00	0.0
Su pareja sí está de acuerdo con el uso de métodos			
Tiempo al hospital más cercano			
Menos de 30 minutos	43.3	1.19	8.0
De 30 a 59 minutos	32.2	1.22	7.1
De 60 a 89 minutos	12.5	1.17	2.1
90 minutos o más	12.0	1.00	0.0

Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

Cuadro 10.
Riesgos relativos y atribuibles de la probabilidad de tener
demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar según características seleccionadas

Características seleccionadas	Prevalencia del factor de riesgo o protector	Riesgo relativo	Riesgo atribuible
Tiempo al hospital más cercano			
Menos de 30 minutos	40.9	0.75	10.1
De 30 a 59 minutos	33.0	0.66	11.1
De 60 a 89 minutos	12.4	0.66	4.2
90 minutos o más	13.6	1.00	0.0
Edad			
15 - 19	6.8	1.65	4.4
20 - 24	18.2	1.46	8.4
25 - 29	20.6	1.24	5.0
30 - 34	18.4	1.00	0.0
35 - 39	15.9	0.76	3.8
40 - 44	11.4	0.54	5.2
45 - 49	8.7	0.36	5.5
Paridad			
Ningún hijo	5.3	2.73	9.1
De 1 a 3 hijos	48.2	1.00	0.0
4 o más hijos	46.6	1.54	25.2
Escolaridad			
Hasta primaria incompleta	54.9	1.00	0.0
Primaria completa	26.4	0.83	4.5
Secundaria y más	18.7	0.72	5.2
Su pareja no está de acuerdo con el uso de métodos			
Grado de marginación			
Bajo	15.3	0.81	2.9
Medio	24.9	0.79	5.3
Alto	59.8	1.00	0.0
Su pareja está de acuerdo con el uso de métodos			
Grado de marginación			
Bajo	19.7	0.31	13.6
Medio	30.6	0.38	18.9
Alto	49.6	1.00	0.0

Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

Índice de desarrollo humano para reducir la demanda insatisfecha

A partir de los resultados de las secciones anteriores fue posible identificar los factores que se asocian con una disminución importante de la demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar. Su abatimiento es una condición indispensable en la búsqueda de una mayor equidad en el ejercicio del derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el comportamiento reproductivo.

Con la finalidad de contar con elementos para valorar tanto los avances que se han logrado en este sentido, como los desafíos y las prioridades para los próximos años, a continuación se presenta un ejercicio inspirado en la metodología del PNUD utilizada para estimar el índice de desarrollo humano (IDH DNS), el cual permite estimar los avances y rezagos en materia de demanda no satisfecha de servicios de planificación familiar. Con este fin, se incorporaron en su cálculo los cuatro factores relevantes identificados en las secciones anteriores. Se trata de aspectos que atañen a dimensiones importantes del desarrollo de las capacidades humanas, las cuales constituyen condiciones indispensables para el ejercicio pleno de los derechos reproductivos de la población: el desarrollo económico y social; el acceso a servicios de salud reproductiva y planificación familiar; la educación y el mejoramiento de la condición de la mujer; y la promoción de relaciones de género equitativas en el ámbito de la reproducción.

El IDH DNS es una medida del grado de avance que tiene cada entidad federativa en el establecimiento de las condiciones que contribuyen a potenciar el desarrollo humano y, por esta vía, a reducir la demanda no satisfecha de planificación familiar. El índice es una medida resumen de cuatro indicadores, referidos cada uno a los cuatro componentes recién señalados: desarrollo socioeconómico de la localidad, acceso a la educación secundaria, accesibilidad a servicios hospitalarios y acuerdo de la pareja respecto a la práctica de la planificación familiar.

Para cada indicador, el grado de progreso se valora en función de qué tanto se ha avanzado en relación con el valor mínimo que puede tomar el indicador y, a la vez, que tan lejos se encuentra la entidad con respecto al valor ideal que podría alcanzar. Por ejemplo, si se considera la proporción de mujeres con educación secundaria o más, el valor máximo que podría alcanzar es cien. Este valor constituye una aspiración, pues además del logro educativo reflejaría una mejora importante de la condición de la mujer. Por el contrario, el valor mínimo del indicador es cero, que corresponde a una situación en la cual ninguna mujer tuviera acceso a la educación secundaria.

En el cálculo del IDH DNS se consideró que los valores máximos y mínimos de los indicadores son cien y cero por ciento para cada uno de los cuatro componentes. Por lo tanto, para una entidad federativa, el valor del indicador de cada componente es simplemente el porcentaje de las mujeres en edad fértil de ese estado que satisface el criterio establecido. Este porcentaje proporciona tanto el grado de avance de la entidad, como una medida de los desafíos que debe enfrentar. El cálculo del IDH DNS global se obtiene mediante un promedio simple de los cuatro componentes para cada una de las nueve entidades.¹²

En el cuadro 11 se puede constatar que para las localidades de los nueve estados considerados en la muestra de la ENPF95, los mayores avances en el IDH DNS están referidos a la accesibilidad de servicios de salud: 86 por ciento de las mujeres entrevistadas en la encuesta podían llegar a un hospital en menos de 90 minutos. En la mayor parte de los estados esta proporción es superior a 85 por ciento, con la excepción de Chiapas (47%) y Puebla (67%). No obstante, debe tenerse en cuenta que estos cálculos de la accesibilidad a los servicios hospitalarios solamente están referidos a las localidades de la muestra de la ENPF95. Aun cuando estas localidades fueron seleccionadas probabilísticamente, solamente representan un porcentaje reducido del total de localidades rurales del estado, por lo que sería mejor contar con las medidas de accesibilidad para el conjunto de todas las localidades y no sólo para las de la muestra seleccionada.

¹² En un principio se pensó en utilizar un promedio ponderado, utilizando como ponderaciones el recíproco de los riesgos relativos de cada uno de los factores para reducir la demanda insatisfecha de planificación familiar. Sin embargo, los resultados no son muy diferentes de los que se obtenían aplicando un promedio simple de los cuatro componentes

Cuadro 11.
Índice de desarrollo humano para reducir la demanda insatisfecha de servicios
de planificación familiar (IDHDNS), según entidad federativa. Áreas rurales de nueve estados de la República Mexicana

Entidad	Marginación ¹ (Baja)	Escolaridad ² (secundaria o más)	Tiempo al hospital más cercano ³ (menos de 90 minutos)	Acuerdo de la pareja con el uso de métodos anticonceptivos ³ (sí)	Índice de desarrollo humano para reducir la demanda insatisfecha ⁴
Chiapas	3.6	7.9	47.0	72.5	32.8
Puebla	5.3	11.4	67.2	62.3	36.5
Guerrero	3.3	18.8	84.0	68.8	43.7
Oaxaca	5.6	10.1	91.0	71.5	44.5
Guanajuato	19.8	11.7	92.4	63.5	46.8
Veracruz	9.4	14.4	100.0	73.7	49.4
Hidalgo	24.3	19.2	95.9	69.6	52.3
Michoacán	20.9	16.0	100.0	72.8	52.4
México	31.1	24.7	87.1	72.3	53.8
Total	12.8	14.6	86.4	70.4	46.1

Fuente: estimaciones del CONAPO con base en:

¹ Censo de Población y Vivienda 1995.

² Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997.

³ El SIG y la ENPF95.

⁴ Una adaptación de la metodología del PNUD.

Otro componente que muestra avances importantes es el acuerdo del esposo con el uso de métodos: siete de cada diez mujeres señalaron que sus esposos estaban de acuerdo con este tipo de prácticas de regulación de la fecundidad. Además, en todas las entidades este porcentaje es superior a sesenta por ciento, si bien Puebla (62.3%) y Guanajuato (63.5%) muestran los menores niveles de acuerdo con el uso. No obstante, es importante destacar que incluso en Veracruz, donde se encuentra el valor más alto de este componente del índice (73.7%), más de una cuarta parte de las mujeres dijeron que su marido no estaba de acuerdo con el uso de anticonceptivos.

En el caso de los otros dos indicadores: el porcentaje de población que habita en localidades de marginación baja y el porcentaje de mujeres con un nivel educativo de secundaria como mínimo, fue posible recurrir a otras fuentes de información más precisas. En el primer caso, la información del Censo de Población y Vivienda de 1995 permitió calcular el grado de marginación de la población que habita en las localidades rurales del país, mientras que el porcentaje de mujeres

con algún grado de educación secundaria se estimó a partir de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1997.

Los avances en los indicadores de desarrollo socioeconómico de la localidad y de educación de la mujer son sustancialmente menores a los de los otros dos componentes. En el conjunto de los nueve estados, menos del quince por ciento de las mujeres en edad fértil de las áreas rurales llegó a la educación secundaria, y en ninguna de las entidades federativas esta proporción llega a 25 por ciento. Algo similar ocurre con el indicador referido al grado de marginación de las localidades: en el nivel global, solamente 13 por ciento de la población rural habita en localidades de marginación baja.

El valor global del IDHDNS para las nueve entidades es de 46.1 por ciento, lo que significa que éstas se encuentran a poco menos de mitad del camino en el desarrollo de las capacidades humanas que pueden contribuir a abatir la demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar. Se pueden identificar tres grupos

de estados. El primero de ellos está formado por Chiapas y Puebla, cuyo IDHDNS es cercano a 35 por ciento; es decir, se trata de entidades donde apenas se ha avanzado una tercera parte respecto del logro máximo que cabría esperar. El segundo grupo de estados está formado por Guerrero, Oaxaca, Guanajuato y Veracruz, con valores del IDHDNS que varían entre 44 y 49 por ciento. Los tres estados restantes: Hidalgo, Michoacán y México muestran un índice superior al cincuenta por ciento, a pesar de lo cual se debe destacar que ninguno de ellos tiene un valor por arriba de 55 por ciento.

Necesidades futuras de educación para reducir la demanda insatisfecha

En los apartados precedentes se encontró que uno de los determinantes de la demanda insatisfecha de planificación familiar es el nivel de instrucción de la mujer. Se realizó un ejercicio prospectivo que sugiere algunos de los desafíos futuros para lograr una cobertura de educación secundaria universal entre las mujeres unidas en edad fértil, residentes de áreas rurales de las nueve entidades federativas.

Con base en las proyecciones de población estimadas por el CONAPO, y considerando los logros registrados entre 1992 y 1997 por las diversas entidades en materia de educación secundaria, se proyectaron las tendencias en la atención escolar, por quinquenio, hasta el año 2020. Además, se estimó el esfuerzo adicional que tendría que hacer cada uno de los estados para lograr que en ese año todas las mujeres rurales en edad fértil accedan a la educación secundaria.

De acuerdo con los resultados de este ejercicio, se encontró que, en cada uno de los nueve estados, la tendencia reciente en el ritmo de crecimiento en la matrícula escolar no es suficiente para lograr una cobertura universal de educación secundaria. En todos los casos se requiere un importante esfuerzo adicional para estar en posibilidades de alcanzar ese objetivo. No obstante, estos esfuerzos varían de una entidad a otra, dependiendo del tamaño de la población, del ritmo de crecimiento demográfico esperado y del nivel educativo alcanzado por la población.

En general, los estados de menor desarrollo económico y social, como Chiapas y Oaxaca, muestran los menores avances en cuanto a la expansión de los niveles educativos. Estos estados también se caracterizan por contar con un ritmo de crecimiento demográfico más intenso. La conjunción de estos factores tiene como consecuencia que estos estados requerirán realizar los mayores esfuerzos para disminuir las diferencias en la cobertura de educación secundaria entre las entidades federativas, y para lograr su universalidad en los próximos veinte años.

De acuerdo con los resultados de este ejercicio, cada una de las entidades federativas enfrentará complejos desafíos para superar los graves rezagos acumulados, los cuales condicionan incluso el ejercicio de algunos derechos fundamentales, como es el caso del derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo.

Discusión

Un valor esencial de la política de población de México es el reconocimiento y el respeto del derecho de las personas a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos. Sin embargo, debido a una serie de condicionantes institucionales, económicos, sociales y culturales, no todos los individuos pueden ejercerlo plenamente. Esta situación se refleja en que, en 1995, más de una quinta parte de las mujeres rurales unidas, de las nueve entidades federativas estudiadas, se encontraban en situación de demanda no satisfecha en materia de planificación familiar. En este marco axiológico de libertades ciudadanas, el objetivo fundamental de la política de población consiste en procurar una armonía entre la regulación de la dinámica demográfica y el ritmo de desarrollo económico y social, de manera que los beneficios de éste último sean accesibles a todos los mexicanos.

En este contexto, este artículo ha propuesto una metodología de trabajo que puede ser de utilidad en la planeación demográfica. Esta metodología permite identificar algunas dimensiones del desarrollo económico y social, cuyo fortalecimiento no solamente contribuye al desarrollo humano de las personas y de las familias, sino que, además, permite identificar algunas condiciones relevantes para garantizar un ejercicio pleno de los

derechos reproductivos. Esta propuesta metodológica deberá ser enriquecida conforme se cuente con información más actualizada y precisa sobre estos determinantes. Asimismo, será de gran utilidad el desarrollo de proyecciones desagregadas por edad de las tendencias de cobertura de educación primaria y secundaria en el medio rural.

Las cuatro dimensiones señaladas fueron combinadas para construir un índice de desarrollo humano orientado a reducir la demanda no satisfecha de servicios de planificación familiar (IDHDNS).¹³ El trabajo muestra que aun cuando son notables los avances logrados, es mucho todavía lo que falta por hacer en esta materia en el ámbito rural. El enfoque del desarrollo humano en el campo de la planificación familiar permite identificar aspectos esenciales de los derechos sociales de la población, y cuyo fomento constituye un fin en sí mismo. Además, se demostró que los logros y avances

en esta materia contribuyen a disminuir algunos de los obstáculos para el ejercicio de los derechos reproductivos. Cabe mencionar que conceptualizamos este nuevo enfoque como un instrumento de planeación complementario, el cual podría articularse con las estrategias y las acciones que se dirigen de manera directa a la atención y la promoción de la salud reproductiva.

Tomando en cuenta la naturaleza multisectorial de la política de población, las estrategias para continuar avanzando en esta materia corresponden al ámbito de acción de las diferentes dependencias federales que constituyen el Consejo Nacional de Población, e implica, entre otras tareas, instrumentar acciones dirigidas a reducir los elevados niveles de marginación de las localidades en el ámbito rural; ampliar la cobertura de la educación en todos sus niveles; fortalecer los servicios institucionales de salud y avanzar en la construcción de relaciones de género más equitativas.

¹³ Una de las virtudes del índice de desarrollo humano consiste en que sintetiza de manera adecuada los avances y, al mismo tiempo, lo que falta por hacer para alcanzar un desarrollo total en la materia.

Cuadro A1.
Razones de momios ajustadas de la probabilidad de usar un método anticonceptivo (el modelo de regresión logística y el modelo de regresión logística de niveles múltiples) según características seleccionadas individuales y comunitarias

Características seleccionadas	Sólo efectos principales				Efectos principales más interacciones			
	Modelo logístico		Modelo de niveles múltiples		Modelo logístico		Modelo de niveles múltiples	
	Razón de momios	Significancia ¹	Razón de momios	Significancia	Razón de momios	Significancia	Razón de momios	Significancia
Entidad federativa								
Chiapas	1.86	0.0200	2.03	0.0050	1.86	0.0200	2.04	0.0050
Guerrero	1.12	0.6440	1.13	0.6120	1.12	0.6510	1.13	0.6130
Oaxaca	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	-
Puebla	0.95	0.8270	1.02	0.9450	0.94	0.8080	1.02	0.9350
Hidalgo	1.46	0.1100	1.52	0.0750	1.45	0.1150	1.52	0.0780
Guanajuato	0.81	0.3780	0.81	0.3860	0.80	0.3620	0.81	0.3750
México	1.61	0.0490	1.67	0.0340	1.62	0.0450	1.68	0.0320
Michoacán	1.33	0.2700	1.36	0.2050	1.32	0.2780	1.35	0.2160
Veracruz	1.87	0.0150	1.96	0.0040	1.86	0.0160	1.95	0.0040
Tiempo al hospital más cercano								
Menos de 30 minutos	1.63	0.0050	1.70	0.0060	2.25	0.0010	2.32	0.0030
De 30 a 59 minutos	1.78	0.0010	1.77	0.0020	2.17	0.0030	2.17	0.0060
De 60 a 89 minutos	1.41	0.1610	1.52	0.0620	1.67	0.2020	1.68	0.1430
90 minutos o más	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	-
Grado de marginación								
Bajo	1.89	0.0000	1.87	0.0000	1.88	0.0000	1.87	0.0000
Medio	1.57	0.0050	1.50	0.0070	1.57	0.0050	1.51	0.0070
Alto	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	-
Servicios	1.12	0.1380	1.14	0.1060	1.11	0.1460	1.13	0.1120
Edad	1.15	0.0010	1.15	0.0010	1.15	0.0010	1.15	0.0010
Edad al cuadrado	1.00	0.0010	1.00	0.0010	1.00	0.0010	1.00	0.0010
Paridad								
Ningún hijo	0.10	0.0000	0.10	0.0000	0.10	0.0000	0.10	0.0000
1 hijo	0.50	0.0000	0.49	0.0000	0.49	0.0000	0.49	0.0000
2 o 3 hijos	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	-
4 o más hijos	1.29	0.0130	1.33	0.0080	1.28	0.0140	1.32	0.0080
Escolaridad								
Sin escolaridad	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	-
Primaria incompleta	1.24	0.0740	1.22	0.0880	1.24	0.0810	1.21	0.0960
Primaria completa	1.59	0.0000	1.53	0.0010	1.59	0.0000	1.53	0.0010
Secundaria o más	2.33	0.0000	2.22	0.0000	2.34	0.0000	2.23	0.0000
Platica con el esposo sobre planificación familiar	1.96	0.0000	1.95	0.0000	1.95	0.0000	1.94	0.0000
Su pareja sí está de acuerdo con el uso de métodos	3.76	0.0000	3.79	0.0000	5.10	0.0000	5.09	0.0000
Su pareja está de acuerdo con el uso de métodos								
Tiempo al hospital más cercano								
Menos de 30 minutos			1.70	0.0060	0.65	0.1440	0.65	0.1270
Entre 30 y 59 minutos			1.77	0.0020	0.77	0.4020	0.76	0.3520
Entre 60 y 89 minutos			1.52	0.0620	0.79	0.6240	0.87	0.7060
Chi-cuadrada del modelo	693.11	0.0000	559.33	0.0000	744.45	0.0000	556.81	0.0000
Rho (correlación intraclase)			0.1219 ²				0.1226 ³	

¹ Errores estándar ajustados para tomar en cuenta la conglomeración en las localidades.

² Prueba de cociente de verosimilitud de Rho=0: Chi 2 (1) = 20.33 (Sig = 0.0000).

³ Prueba de cociente de verosimilitud de Rho=0: Chi 2 (1) = 20.23 (Sig = 0.0000).

Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENPF95.

Cuadro A2.
Razones de momios ajustadas de la probabilidad de tener demanda
insatisfecha de servicios de planificación familiar (el modelo de regresión logística y el modelo
de regresión logística de niveles múltiples) según características seleccionadas individuales y comunitarias

Características seleccionadas	Sólo efectos principales				Efectos principales más interacciones			
	Modelo logístico		Modelo de niveles múltiples		Modelo logístico		Modelo de niveles múltiples	
	Razón de momios	Significancia ¹	Razón de momios	Significancia	Razón de momios	Significancia	Razón de momios	Significancia
Entidad federativa								
Chiapas	0.42	0.0000	0.41	0.0000	0.42	0.0000	0.41	0.0000
Guerrero	0.81	0.2860	0.79	0.2700	0.81	0.2910	0.79	0.2760
Oaxaca	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	-
Puebla	0.90	0.5820	0.87	0.5160	0.89	0.5710	0.87	0.5080
Hidalgo	0.62	0.0060	0.62	0.0300	0.62	0.0060	0.62	0.0300
Guanajuato	0.93	0.7070	0.94	0.7800	0.92	0.6400	0.93	0.7330
México	0.61	0.0030	0.60	0.0240	0.62	0.0040	0.61	0.0260
Michoacán	0.73	0.1440	0.72	0.1480	0.73	0.1530	0.72	0.1560
Veracruz	0.57	0.0210	0.56	0.0070	0.57	0.0220	0.56	0.0070
Tiempo al hospital más cercano								
Menos de 30 minutos	0.71	0.0230	0.70	0.0460	0.70	0.0190	0.70	0.0380
De 30 a 59 minutos	0.60	0.0010	0.61	0.0030	0.60	0.0010	0.61	0.0030
De 60 a 89 minutos	0.60	0.0420	0.60	0.0130	0.60	0.0390	0.60	0.0120
90 minutos o más	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	-
Grado de marginación								
Bajo	0.58	0.0000	0.57	0.0010	0.75	0.2070	0.72	0.1560
Medio	0.65	0.0040	0.66	0.0040	0.72	0.0950	0.72	0.0950
Alto	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	-
Edad	1.01	0.7890	1.02	0.7050	1.01	0.7830	1.02	0.7010
Edad al cuadrado	1.00	0.0960	1.00	0.0920	1.00	0.0950	1.00	0.0910
Paridad								
Ningún hijo	3.78	0.0000	3.89	0.0000	3.75	0.0000	3.85	0.0000
2 o 3 hijos	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	-
4 o más hijos	1.68	0.0000	1.67	0.0000	1.68	0.0000	1.67	0.0000
Escolaridad								
Sin escolaridad o primaria incompleta	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	-
Primaria completa	0.80	0.0590	0.80	0.0510	0.80	0.0560	0.80	0.0490
Secundaria o más	0.67	0.0040	0.67	0.0060	0.68	0.0050	0.68	0.0080
Su pareja está de acuerdo con el uso de métodos	0.43	0.0000	-0.83	0.4339	0.48	0.0000	0.48	0.0000
Grado de marginación								
Baja					0.66	0.1260	0.67	0.1150
Media					0.86	0.4930	0.86	0.4880
Chi-cuadrada del modelo	358.9800	0.00	363.57	0.0000	287.56	0.0000	287.41	0.0000
Rho (correlación intraclase)			0.0588 ²				0.056 ³	

Errores estándar ajustados para tomar en cuenta la conglomeración en las localidades.

²Prueba de cociente de verosimilitud de Rho=0: Chi 2 (1) = 3.53 (Sig = 0.0603).

³Prueba de cociente de verosimilitud de Rho=0: Chi 2 (1) = 3.30 (Sig = 0.0691).

Fuente: estimaciones del CONAPO con base en el SIG y la ENFP95.

Bibliografía

- APARICIO, JIMÉNEZ RICARDO *et al.*, "Fecundidad y procesos de difusión" en *La Situación demográfica de México*, CONAPO, México, D. F., 1998. pp. 159-175.
- APARICIO, JIMÉNEZ RICARDO e YVON ANGULO, *Demanda insatisfecha de planificación familiar*, DEMOS, México, D. F., núm. 9, año 1996. pp. 28-29.
- APARICIO, JIMÉNEZ RICARDO *et al.*, Accesibilidad y uso de los servicios de planificación familiar, CONAPO-UNPFA, México, D. F. 2000. pp. 35 (Sin publicar)
- ÁVILA, MARTÍNEZ JOSÉ LUIS, "Centros Proveedores de Servicios, una estrategia para atender la dispersión de la población" en *La situación demográfica de México*, CONAPO, México, D. F., 1999. pp. 91-113.
- BALÁN, J., "Contribución latinoamericana al estudio de las relaciones entre población y desarrollo" en *Memorias del congreso latinoamericano de población y desarrollo*, UNAM-El Colegio de México, México, 1984.
- BALÁN J. y ELIZABETH JELIN, "La estructura social en la biografía personal" en *Estudios CEDES*, vol. 2, núm. 9, 1979.
- BULATAO, R. y R. LEE, "A framework for the study of fertility determinants" en Bulatao y Lee (eds.) *Determinants of fertility in developing countries*, vol. 2, New York, Academica Press, 1983.
- COALE, A., *La transición demográfica*, CELADE, Serie D, núm. 86, Santiago, Chile, 1977.
- CONAPO, *Informe de resultados. Encuesta Nacional de Planificación Familiar*, 1995 (sin publicar). México, D. F., 1999 (a). pp.130.
- CONAPO, *Informe de resultados, Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar*, 1996 (sin publicar). México, D. F., 1999.
- CONAPO, *Proyecciones de la población de México, 1996-2050*, serie: Escenarios Prospectivos, México, D. F., 1999 (b). Microsoft Excel, versión 7.0, disponible en disquet.
- CONAPO, PROGRESA, *Índices de marginación*, 1995, México, D. F., 1998. pp. 26
- ENTWISLE, BARBARA *et al.* "Community and contraceptive choice in rural Thailand: a case study of Nang Rong", *Demography*, vol. 33, núm. 1, february 1996. pp. 1 - 11.
- ENTWISLE, BARBARA *et al.*, "Geographic information systems, spatial network analisis, and contraceptive choice", *Demography*. vol. 34, núm. 2, may 1997. pp. 171 - 187.
- FUCCARACCIO, A., "Temas de población y desarrollo" en *Políticas de población en Centroamérica, El Caribe y México*, INAP-UNAM-PROLAP. México, 1994.

- HERMALIN, A., The multi-level approach: Theory and concepts, en ONU, The methodology of measuring the impact of family planning programmes on fertility, Manual IX, Addendum. United Nations, New York, 1986.
- HOSMER D. y LEMESHOW STANLEY, Applied logistic Regression. New York, John Wiley & Sons, 1989.
- HOX, J. J., Applied multilevel Analysis. Amsterdam, 1995 (disponible en internet).
- LERNER, S. y A. QUESNEL, "Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación del papel de las instituciones de salud en la regulación de la fecundidad en México", Ponencia presentada en el seminario *50 años: La población en el desarrollo de México*, El Colegio de México, México, diciembre de 1990.
- MEJÍA, MIGUEL ÁNGEL, Metodología para el desarrollo de medidas de accesibilidad física y de entorno de oferta de servicios de planificación familiar a partir de la información cartográfica digital con que cuenta el Consejo Nacional de Población, México, D. F., 1999. pp. 1-16 (mimeografiado).
- MENDOZA, DOROTEO et al. "Disponibilidad de métodos anticonceptivos" en *Planificación Familiar, Población y Salud en el México rural*, coord. Jorge Martínez Manautou, IMSS, México, D. F., 1986. pp. 247-281.
- MOJARRO, OCTAVIO y ELENA ZÚÑIGA, "Veinticinco años de planificación familiar en México" en *La situación demográfica de México*, CONAPO, México, D. F., 1999. pp. 205 - 215.
- OPPENHEIM-MASON, K., *Gender and demographic change: What do we know?*, International Union for the Scientific Study of Population, Liege, 1995.
- PARTIDA, VIRGILIO y CONSTANZA RODRÍGUEZ, "La revolución silenciosa: el descenso de la fecundidad en México, 1974-1999" en *La situación demográfica de México, 1999*, CONAPO, México, D. F., 1999. p. 29.
- PNUD, Informe sobre el desarrollo humano 1990, Naciones Unidas, 1990.
- Poder Ejecutivo Federal, *Programa de Reforma del Sector Salud, 1995 - 2000*, México, D. F., 1996.
- Poder Ejecutivo Federal, *Programa Nacional de Población 1995 - 2000*, México, D. F., 1995. pp. 14-53.
- POLLAK, R. y S. C. WATKINS, "Culture and economic approaches to fertility: proper marriage or mesalliance?" en *Population and Development Review*, vol. 19, núm. 3, 1993.
- POTTER, JOSEPH, "Efectos de las instituciones sociales y comunitarias sobre la fecundidad" en *Serie Ensayos sobre población y desarrollo*, Corporación Centro Regional de Población, The Population Council, Bogotá, Colombia, núm. 23, 1984.
- POTTER, JOSEPH et al., "The influence of health care on contraceptive acceptance in rural México", *Studies in Family Planning*, vol. 18, núm. 3, may/jun, 1987. pp. 144-156.
- POTTER, JOSEPH et al., "The influence of maternal health care on the prevalence and duration of breastfeeding in rural México", *Studies in Family Planning*, vol. 18, núm. 6, nov/dic, 1987. pp. 309-319.
- ROSETO-BIXBY, LUIS, *Sistemas de información geográfica en la evaluación de programas de salud reproductiva*, Costa Rica 1993, Seminario internacional sobre enfoques cualitativo cuantitativo en la evaluación de programas de salud reproductiva. Santiago de Chile, 1996. pp. 1-16.
- STERN, C. y R. TUIRÁN, "Transición demográfica y desigualdad social en México", ponencia presentada en la IV Conferencia Latinoamericana de Población: La transición demográfica en América Latina y El Caribe, ABEP/CELADE/IUSSP/PROLAP/SOMEDE, México, marzo de 1993.

TSUI, A. *et al.*, "Community availability of contraceptives and family limitation", *Demography*, vol. 18, núm. 4, nov. 1981. pp. 615-625.

TUIRÁN, RODOLFO, *Life course and social structure*, University of Texas at Austin, 1990.

TUIRÁN, RODOLFO, *La esterilización anticonceptiva en México: "satisfacción" e "insatisfacción" entre las mujeres que optaron por este método*, versión modificada de la Ponencia presentada en la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México, D. F., abril de 1990 (c).

WELTI, CARLOS, "Población, desarrollo y ajuste estructural", en Welti, Carlos (coord.), *Dinámica demográfica y cambio social*. ALAS-PROLAP-IISUNAM-FNUAP, México, 1996.