

Planificación familiar: logros en la última década y retos futuros

Doroteo Mendoza Victorino¹

El presente trabajo tiene como propósito analizar los cambios en los indicadores de planificación familiar observados en la última década, a través de las encuestas nacionales de la dinámica demográfica (ENADID) efectuadas en 1997 y 2006, aunque eventualmente se hace uso de los datos de encuestas previas para incorporar las tendencias de indicadores clave. En este sentido, el artículo toma como referencia los trabajos previos sobre el tema de: Mojarro, y Zúñiga, 1999; Zúñiga *et al.*, 2000 y CONAPO, 2005. El análisis permite valorar los logros y avances de las metas planteadas en el *Programa Nacional de Población 2001-2006* (PNP) (CONAPO, 2001), las cuales se establecieron con base en los datos de la ENADID 1997. Asimismo, también destaca los desafíos de la política de población en cuanto a estos temas en los próximos años y señala las posibles áreas de oportunidad para atender las necesidades aún no satisfechas.

En el trabajo se describe la prevalencia anticonceptiva, se analiza el papel de la anticoncepción en el marco de los determinantes próximos de la fecundidad, las diferencias socioeconómicas y demográficas del uso de anticonceptivos, así como la estructura de uso de los métodos. También se analiza el papel de las instituciones como fuentes proveedoras de servicios anticonceptivos, en la anticoncepción posparto y en la incorporación de nuevas aceptantes. Finalmente, se aborda la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar, resaltando el grupo de adolescentes con los niveles más elevados; por lo que se describen algunas características del comportamiento reproductivo de esta población.

Prevalencia anticonceptiva y volumen de usuarias

Durante 30 años el tránsito de los programas, primero de planificación familiar y después de salud reproductiva, ha conllevado cambios importantes en el uso de los medios para regular la fecundidad de la población. Las preferencias sobre el tamaño de la familia han ido cambiando hacia tamaños cada vez más reducidos. En los últimos años, el uso de anticonceptivos de las mujeres en edad fértil unidas (MEFU) se ha incrementado de forma sostenida y significativa en términos estadísticos, aunque a ritmos cada vez menores (véase gráfica 1). Así, pasó de 68.5 por ciento en 1997 a 70.9 por ciento en 2006, incremento debido fundamentalmente a los métodos modernos (definitivos, DIU, hormonales y condón), cuyo porcentaje de cambio anual en la última década fue del triple en comparación con el total de los métodos; de esta forma, la prevalencia anticonceptiva de los métodos modernos subió de 59.2 a 65.8 por ciento. No obstante, no se alcanzó la meta de 73.9 por ciento en la prevalencia anticonceptiva total, establecida para el 2006 en el PNP (CONAPO, 2001), lográndose únicamente la mitad del aumento esperado.

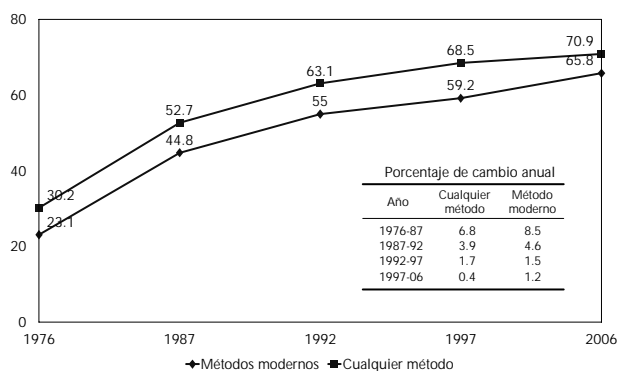
Asimismo, el volumen de usuarias unidas de anticonceptivos alcanzó los 11.7 millones en 2006, con base en la cifra de MEFU de 29.0 millones, según las proyecciones de población del CONAPO y con 0.567 de pro-

¹ Se agradece el apoyo de Miguel Sánchez por el procesamiento de los datos, y de Irma Escamilla por la edición del documento.

porción de unidas de la ENADID. Dicha cifra es menor en 1.2 millones a la meta establecida en el PNP (CONAPO, 2001) con lo que del incremento esperado de 30 por ciento con respecto al volumen de 9.9 millones de 1997, sólo se alcanzó parcialmente 18 por ciento. Sin embargo, si se agregan 1.1 millones de usuarias de las mujeres no unidas, se estima que en 2006 el número total de mujeres usuarias de anticonceptivos asciende a 12.8 millones.

Con 70.9 por ciento de cobertura anticonceptiva, México se ubica en el lugar 32 de los 152 países con los niveles de uso de anticonceptivos más elevados que aparecen en el Cuadro de la Población Mundial (PRB, 2005); y ocupa el octavo lugar entre 21 países de la Región Latinoamericana y del Caribe, superado por Costa Rica (80%), Cuba (73%), Puerto Rico (78%), Brasil (76%), Colombia (76%), Ecuador (73%) y Paraguay (73%). Cabe destacar que hace seis años México ocupaba el cuarto lugar en esta región, sólo superado por Brasil, Costa Rica y Colombia (PNP, 2001-2006).

Gráfica 1. Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usan métodos anticonceptivos, 1976-2006



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población, con base en la EMF 1976; ENFES 1987; y ENADID 1992, 1997 y 2006.

La anticoncepción y el marco de los determinantes próximos de la fecundidad

El incremento continuo en la prevalencia anticonceptiva a nivel nacional, particularmente de los métodos modernos, se ha traducido en un impacto fundamental en la disminución del número promedio de hijos por mujer, medido a través de la tasa global de fecundidad (TGF). El índice de anticoncepción en el Modelo de Bongaarts (1982) ha disminuido de 1976 a 2006 de forma sistemática, de 0.705 a 0.260, manifestándose cada vez un mayor efecto sobre la fecundidad,² tal como se ha planteado en otros trabajos (Mendoza, 1998 y CONAPO, 2005).³ Este índice ejerce su efecto a través de dos indicadores: la cobertura anticonceptiva en MEFU y la efectividad anticonceptiva promedio, reflejando esta última una medida resumen de la estructura por método específico con que las usuarias practican la anticoncepción. En 2006, las mujeres mexicanas usaron la anticoncepción con una efectividad de 96.6 por ciento, cifra sustancialmente mayor a la de 95.1 por ciento reportada en 1997. En general, la efectividad anticonceptiva promedio ha aumentado en el tiempo debido a una cada vez mayor participación relativa de métodos más efectivos para prevenir el embarazo.

Por otra parte, el índice de nupcialidad también ha disminuido de forma continua, de 0.630 en 1976 a 0.567 en 2006, reflejando también un aumento del efecto de la no unión sobre la fecundidad, pero de menor magnitud que el de la anticoncepción; de esta manera, la no unión se ubica en importancia como segundo determinante próximo de la fecundidad.⁴

² Los índices de las variables intermedias están contruidos de forma tal que cuando su valor tiende a cero significa un mayor impacto sobre la fecundidad, mientras que cuando tiende a uno dicho impacto se reduce.

³ El índice de anticoncepción se calculó con la expresión: $Cc = 1 - 1.08 u e$; donde u es la prevalencia anticonceptiva en MEFU y e es la efectividad anticonceptiva promedio, que se calcula ponderando la estructura relativa de las usuarias por método con los valores medios de efectividad de acuerdo a la Norma Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, mayo de 1994: método definitivo = 1, pastillas = 0.955, inyecciones = 0.990, implante subdérmico = 0.978, DIU = 0.970, condón = 0.910, locales = 0.825, ritmo y retiro = 0.750 y otros métodos = 0.900 (CONAPO, 2005).

⁴ El índice de nupcialidad se calculó directamente y se refiere a la proporción de mujeres en edad fértil casadas o unidas al momento de la encuesta.

Con respecto al índice de lactancia materna, éste permaneció aproximadamente constante hasta 1992, con un valor cercano a 0.824, después aumentó levemente a 0.831 en 1997 y a 0.862 en 2006.⁵ De este modo, la duración de la lactancia, que se estimaba en un promedio próximo a los diez meses en las encuestas previas, actualmente parece haber disminuido a ocho meses, implicando cada vez un menor efecto sobre la TGF, en la medida de influir menos en la duración del periodo de infertilidad posparto.

Con esos índices, y suponiendo un valor de 17 como tasa de fecundidad natural, el cual representa el límite superior sugerido por Bongaarts, se estima que la TGF actual por el efecto de los determinantes próximos sería de:

$$TGF = 0.567 \times 0.260 \times 0.862 \times 17 = 2.16$$

Es decir, de 2.2 hijos por mujer para fines prácticos, cifra que se ubica para el año de 2006 en tanto refleja el impacto sobre la fecundidad del periodo anual siguiente a la medición de las variables intermedias.

La cuarta variable intermedia de la fecundidad sugerida por Bongaarts es el aborto inducido; sin embargo, no se ha podido medir su efecto a través de la tasa global de aborto, debido a que su cuantificación es imprecisa en las historias de embarazos. El aborto es un evento sensible en la vida de la mujer y, por ello, no se declara en las encuestas. Por esta razón, más por falta de evidencia que por convencimiento, su impacto sobre la TGF se considera nulo. Lo que sí se conoce a través de las encuestas, quizá con una aproximación razonable, es la proporción de mujeres que experimentan un aborto, sea inducido o espontáneo. Según las ENADID, se ha encontrado que dicha proporción ha disminuido en el tiempo a nivel nacional, de 19.6 en 1992, a 19.0 en 1997 y a 15.3 por ciento en 2006; reducción que también parece haberse dado en las entidades federativas, con la excepción de Quintana Roo cuyas cifras muestran un ligero aumento de 18.6 en 1992 a 19.6 en 1997 y a 20.2 por ciento en 2006, y Baja California Norte y Tabasco, que si bien presentan

una disminución entre 1992 y 1997 con cifras de 21.2 a 15.1 por ciento y de 20.8 a 16.2 por ciento, respectivamente, en 2006 ambas aumentaron su porcentaje a 17.3.

Diferencias socioeconómicas y demográficas en el uso de métodos anticonceptivos

Prevalencia anticonceptiva por edad

El porcentaje de uso de anticonceptivos por las MEFU entre 1987 y 2006 se muestra en el cuadro 1. Según puede apreciarse, en todas las encuestas dicho porcentaje se incrementa progresivamente conforme aumenta la edad hasta los 35-39 años y después desciende. Este patrón peculiar se asocia con el incremento de la infertilidad femenina conforme aumenta la edad, así como con la inestabilidad en las parejas por el efecto de las separaciones temporales o definitivas por migración. Con el objeto de analizar si el aumento de la prevalencia anticonceptiva en el tiempo ha sido estadísticamente significativo, en el cuadro 1 se agregan, además de la estimación puntual, los intervalos de confianza en que se mueven los porcentajes. Se corrobora el incremento de la práctica anticonceptiva en el ámbito nacional en todo el periodo, ya que los intervalos de confianza entre encuestas no se traslapan.

Por edad la precisión de las estimaciones es menor en el grupo 15-19, debido a que los tamaños de muestra de mujeres unidas disminuyen en las encuestas. La cobertura anticonceptiva de las adolescentes no varió estadísticamente entre 1987 y 1992, con valores entre 30 y 36 por ciento; aumentó significativamente a 45 por ciento según la ENADID 1997, pero se mantuvo estable en los siguientes años dado que la cifra de 39.4 por ciento de 2006 no resultó diferente en términos estadísticos. De esta forma, puede decirse que por lo menos en los últimos diez años el uso de anticonceptivos por las adolescentes no ha cambiado según las

⁵ El índice de lactancia se calculó con la expresión: $Ci = 20 / (18.5 + l)$, donde l se refiere a la duración de la amenorrea posparto; y se aproxima relacionándola con la duración media de la lactancia L , mediante la expresión: $l = 1.753 \exp(0.1396 L - 0.001872 L^2)$.

encuestas, y siguen siendo seis de cada diez las mujeres unidas que no practican la anticoncepción en este grupo. En las edades entre 20 y 49 años la prevalencia en el uso de anticonceptivos de las MEFU aumentó prácticamente en todos los grupos quinquenales, con diferencias significativas en 1987-1992 y 1992-1997; pero en la década siguiente los grupos entre 20 y 39 frenaron esa tendencia hacia una estabilidad en su práctica anticonceptiva. La ENADID 2006 sugiere que los únicos grupos que continuaron aumentando el uso de anticonceptivos fueron los de 40-44 y 45-49.

En resumen, el análisis de la precisión en las estimaciones sostiene que en la década pasada, entre 1997 y

2006, el uso de anticonceptivos de las adolescentes unidas permaneció sin cambios significativos con un nivel que pudo haber oscilado entre 39 y 45 por ciento; y lo mismo parece haber ocurrido en los siguientes cuatro grupos: el de las jóvenes de 20-24 mantuvo su prevalencia entre 58 y 59 por ciento, las de 25-29 lo hicieron con valores entre 66 y 68 por ciento, las de 30-34 se ubicaron en un nivel de 75 por ciento, mientras que las de 35-39 mantuvieron estable su prevalencia entre 76 y 78. En cambio, las de 40-44 y 45-49 aumentaron el uso de anticonceptivos de 74.5 a 77.7 por ciento y de 61.4 a 72.3 por ciento, como corresponde.

Cuadro 1. Precisión de la cobertura anticonceptiva por grupos de edad, 1987-2006

Edad	Tamaño de la muestra en MEFU	% de uso de anticonceptivos	Intervalo de confianza 90%		
			Mínimo	Máximo	Amplitud
ENFES 1987					
Total	5 441	52.7	50.4	54.9	4.5
15-19	335	30.2	24.9	35.5	10.6
20-24	893	46.9	42.3	51.5	9.2
25-29	1 118	53.9	50.3	57.4	7.0
30-34	1 064	62.3	58.4	66.2	7.8
35-39	859	61.1	56.9	65.3	8.4
40-44	667	60.2	55.9	64.5	8.6
45-49	505	34.3	30.3	38.3	8.0
ENADID 1992					
Total	40 144	63.1	62.1	64.0	1.9
15-19	2 521	36.4	33.9	38.8	4.9
20-24	6 413	55.4	53.5	57.2	3.7
25-29	8 052	65.7	64.2	67.2	3.0
30-34	7 640	70.1	65.6	71.5	2.9
35-39	6 550	72.6	70.9	74.3	3.3
40-44	4 943	67.4	65.6	69.2	3.6
45-49	4 025	50.5	48.5	52.4	3.9
ENADID 1997					
Total	50 043	68.5	67.8	69.1	1.3
15-19	2 690	45.0	42.5	47.4	4.9
20-24	7 638	59.3	57.8	60.6	2.9
25-29	9 659	67.8	66.5	68.9	2.4
30-34	9 664	75.4	74.3	76.4	2.0
35-39	8 577	76.1	74.9	77.3	2.4
40-44	6 731	74.5	73.2	75.7	2.5
45-49	5 084	61.4	59.4	62.9	3.5
ENADID 2006					
Total	20 989	70.9	69.9	71.5	1.6
15-19	855	39.4	35.5	43.1	7.6
20-24	2 439	57.8	55.3	59.9	4.6
25-29	3 412	65.8	63.9	67.6	3.7
30-34	4 153	75.0	73.1	76.2	3.1
35-39	3 986	78.4	76.8	79.7	2.9
40-44	3 399	77.7	76.2	79.2	3.0
45-49	2 745	72.3	69.9	73.9	4.0

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENFES 1987; y la ENADID 1992, 1997 y 2006.

Prevalencia anticonceptiva por lugar de residencia

Otro diferencial de la anticoncepción que es importante revisar es el rural-urbano. Su conocimiento permite disponer de una apreciación acerca de las diferencias en cuanto a acceso y disponibilidad de los servicios anticonceptivos y de factores culturales subyacentes, así como de la magnitud de los retos para la política de población. “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 asociados a 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” (Mojarro y Zúñiga, 1999, p. 209). En 2006, mientras tres de cada cuatro mujeres unidas urbanas practicaban la anticoncepción (74.6%), en las áreas rurales la proporción apenas se aproxima a seis de cada diez (58.1%).

Los incrementos en la prevalencia anticonceptiva de las zonas rurales han sido mayores que los experimentados en las áreas urbanas, lo que ha disminuido la brecha entre ambos ámbitos, de 29 puntos porcentuales como diferencia en 1987 a 16.5 puntos porcentuales en 2006. No obstante, la cobertura rural de uso de anticonceptivos de 58.1 por ciento más reciente, apenas se aproxima a la cobertura urbana de 1987, que fue de 61.5 por ciento. Dicho de otra forma, las zonas rurales tienen un atraso de 20 años con respecto a las urbanas en cuanto a prevalencia anticonceptiva se refiere.

Prevalencia anticonceptiva por paridad, escolaridad y condición de habla de lengua indígena

El análisis del uso de anticonceptivos según la paridad o número de hijos nacidos vivos que reportaron haber tenido las mujeres en edad fértil hasta la fecha de la encuesta, permite una aproximación al conocimiento acerca de los patrones de uso de la anticoncepción en función de las preferencias reproductivas de las mujeres y sus parejas. La magnitud de la cobertura anticonceptiva en mujeres sin hijos (paridad cero) refleja indirectamente la preferencia o decisión de tener o pos-

poner la llegada del primer hijo. Con las encuestas se ha encontrado que este porcentaje ha aumentado con el tiempo: de 6.5 en 1976, a 15.3 en 1987, a 23.9 en 1997 y a 29.4 en 2006. Aun cuando el valor más reciente sigue siendo bajo, sobre todo cuando se compara con los otros grupos de paridad (véase cuadro 2), indicativo de una fuerte preferencia por tener al menos un hijo antes de recurrir al empleo de anticonceptivos; la tendencia al aumento en la prevalencia anticonceptiva puede estar expresando también el deseo de algunas parejas por postergar la llegada del primer hijo.

Se ha observado (Mojarro y Zúñiga, 1999) que el empleo de anticonceptivos por las mujeres con paridad uno, es decir, para espaciar el nacimiento entre el primero y segundo hijos, muestra una tendencia al aumento, aunque a un ritmo relativamente lento en la década 1987-1997, en comparación con los grupos de paridades mayores. Sin embargo, la última encuesta sugiere una caída en esa cobertura, de 59.8 en 1997, a 55.5 por ciento en 2006; lo que podría estar indicando un cambio en algunas parejas por decidir tener un segundo hijo antes de continuar con el uso de anticonceptivos o, en su defecto, un incremento en la necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos para espaciar o limitar su fecundidad.

Sin duda, en estos términos, son las mujeres con paridad cero y uno las que constituyen retos importantes para las políticas de población y de planificación familiar del futuro próximo, a fin de hacer válido su derecho a elegir cuándo y cuántos hijos tener. Las mujeres con dos y tres hijos han alcanzado niveles elevados de uso de anticonceptivos, alrededor de ocho de cada diez están en esta situación actualmente; de hecho, estas mujeres se incorporaron rápidamente a la práctica anticonceptiva desde que se iniciaron los programas de planificación familiar.

Con relación al diferencial por nivel de escolaridad, la ENADID 2006 muestra también la relación positiva con el uso de anticonceptivos (véase cuadro 2), ya encontrada en encuestas previas: a mayor escolaridad mayor porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos. “La educación de la mujer guarda relación estrecha con el uso de anticonceptivos porque propicia en las personas actitudes de previsión y planeación; favorece una mayor capacidad de decisión, autonomía

y libertad, lo que se expresa en todas las esferas de la vida privada y social; fomenta el afán de logro y superación personales, así como una alta valoración parental de los hijos” (Mojarro y Zúñiga, 1999, p. 210).

Las encuestas reportan un aumento sostenido en la cobertura anticonceptiva de los cuatro niveles escolares, aun cuando la brecha entre las categorías extremo ha disminuido de 46 puntos porcentuales en 1987 —ya que el uso de anticonceptivos de las mujeres sin escolaridad era de 23.7 por ciento contra 69.9 por ciento en las de secundaria y más—, a 18 puntos porcentuales en 2006, debido a que las cifras de cobertura anticonceptiva fueron de 56.6 y 75 por ciento, respectivamente. Sin embargo, ese nivel reciente de uso por las mujeres sin escuela se equipara con el experimentado por las mujeres con mayor escolaridad en 1976, que era de 55.8 por ciento.

La condición de habla de lengua indígena muestra una diferencia de 20 puntos porcentuales en la cobertura anticonceptiva en 2006, la cual disminuyó en 22 puntos porcentuales que era la brecha en 1997. No obstante, el nivel de cobertura anticonceptiva reciente de las mujeres indígenas, de 52.4 por ciento, parecido al que presentan las mujeres sin escolaridad, ubica a estos grupos con un atraso de 30 años en comparación con las mujeres con secundaria y más. Dicho de otra manera, ese sería probablemente el lapso que les restaría reco-

rrer a las mujeres indígenas o aquellas que no tienen escolaridad para alcanzar una cobertura anticonceptiva de 75 por ciento.

Prevalencia anticonceptiva por entidad federativa

La actualización de las cifras sobre cobertura anticonceptiva por entidad federativa es de particular importancia para evaluar los logros y avances de los programas estatales de planificación familiar, acorde a las metas del PNP 2001-2006. La última ENADID sugiere que 14 entidades federativas rebasaron la meta de 73.9 por ciento de cobertura anticonceptiva planteada por el PNP para el 2006, entre ellas: Baja California Sur, Nuevo León, Distrito Federal, Chihuahua, Sonora, Colima, Coahuila, Sinaloa, Nayarit, Baja California Norte, Estado de México, Quintana Roo, Campeche y Yucatán. En un plano intermedio seis entidades se ubican con porcentajes de uso de métodos mayores al promedio nacional pero menores a la meta del PNP y doce presentan niveles de uso menores a la media nacional, de las cuales cuatro, Guerrero, Oaxaca, Chiapas y Puebla, poseen coberturas anticonceptivas demasiado bajas, menores a 60 por ciento. El nivel de uso que presenta actualmente Guerrero, por ejemplo, es equivalente al que se registraba en el ámbito nacional hace casi 20 años.

No obstante, vale la pena resaltar que 24 estados incrementaron su cobertura en el uso de anticonceptivos entre 1997 y 2006: diez lo hicieron con aumentos entre seis y ocho puntos porcentuales, doce con incrementos entre tres y cinco puntos y dos aumentaron su cobertura con uno o dos puntos; del resto, en siete la prevalencia permaneció sin cambios y sólo una entidad (Zacatecas) redujo su prevalencia anticonceptiva en tres puntos porcentuales. El rango, que es de 27.9 puntos porcentuales en 2006, está definido por el valor máximo (82.6%) ubicado en Baja California Sur y el valor mínimo (54.7%) correspondiente a Guerrero. Dicho rango ha disminuido levemente, ya que en 1997 era de 30.7 puntos porcentuales, limitado por el Distrito Federal con 78.1 por ciento, y Guerrero con 47.4 por ciento de uso de métodos anticonceptivos.

Otra forma de evaluar el avance de los programas estatales de planificación familiar se realiza por medio del

Cuadro 2. Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usan métodos anticonceptivos, según características seleccionadas, 1997 y 2006

Características de la mujer	1997	2006
Paridad		
0	23.9	29.4
1	59.8	55.5
2	75.4	76.2
3	80.6	83.2
4 y más	70.4	74.5
Nivel de escolaridad		
Sin escolaridad	48.0	56.6
Primaria incompleta	61.3	62.1
Primaria completa	69.8	70.0
Secundaria y más	74.8	75.0
Condición de habla de lengua indígena		
Habla	48.3	52.4
No habla	70.2	72.3

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2006.

porcentaje de MEFU que nunca ha utilizado métodos anticonceptivos. El 15.2 por ciento de las mujeres mexicanas o sus parejas nunca ha usado anticonceptivos según datos de 2006, pero esta cifra disminuyó un punto porcentual, ya que en 1997 dicho porcentaje era de 16.3. La gran mayoría de los estados disminuyeron el nunca uso de anticonceptivos en 1997-2006, con la excepción de Tlaxcala y Veracruz. No obstante, actualmente once entidades presentan niveles superiores al promedio nacional, de las cuales en seis el nunca uso rebasa el 20 por ciento; en tanto que en doce las cifras son bajas, menores a diez por ciento y en nueve estados el nunca uso se ubica en una posición intermedia, entre 10 y 15 por ciento. El rango es amplio, de 29.3 puntos porcentuales, con el valor más alto de nunca uso en Chiapas (32.6%) y el valor más bajo en Nayarit (3.3%).

Estructura de uso de métodos anticonceptivos

La estructura de uso de métodos anticonceptivos hace referencia a la distribución de las usuarias según método anticonceptivo, también denominada mezcla de métodos porque representa la gama de anticonceptivos a los que puede acceder la población. Este indicador refleja indirectamente aspectos de calidad de los servicios anticonceptivos y proporciona el insumo para cuantificar la efectividad anticonceptiva promedio con que se utiliza la anticoncepción. La transición de bajos a altos niveles de cobertura anticonceptiva se ha acompañado de un cambio en la estructura de los métodos. En el inicio de los programas oficiales de planificación familiar las pastillas fueron la primera opción de las parejas y los métodos tradicionales constituían la segunda alternativa; sin embargo, al cabo de los primeros diez años del *Programa Nacional en Planificación Familiar*, la oclusión tubaria bilateral (OTB) ya representaba el primer método en importancia relativa, seguido del dispositivo intrauterino (DIU). Hoy en día, más de la mitad de las parejas, 53 por ciento, recurre a la OTB, 17 por ciento al DIU, 8 por ciento a los métodos locales, así como a los tradicionales, 6 por ciento a las pastillas y a las inyecciones, y un poco más de 2 por ciento a la vasectomía.

La tendencia general en la mezcla de métodos se ha caracterizado por un aumento continuo de la OTB y una disminución de las pastillas y de los métodos tradicionales; no obstante, según la ENADID 2006, recientemente también se advierte una reducción del DIU, simultánea a un incremento de la vasectomía, de las inyecciones y de los métodos locales, donde el condón es el que tiene la mayor participación. En la actualidad, el 70 por ciento de las usuarias unidas ha optado por los métodos definitivos o por el DIU.

Los métodos anticonceptivos modernos disponibles en México son, en su mayoría, para uso de la mujer. Los únicos métodos para el varón son la vasectomía y el condón, cuyo uso es equivalente a un poco más de dos y casi ocho por ciento de las usuarias en edad fértil en 2006. Sin embargo, existen otros medios de regulación de la fecundidad en los cuales los hombres participan en su empleo de forma directa e indirecta, los que en conjunto representan casi a una de cada cinco usuarias. Se consideran métodos de uso directo, el condón, la vasectomía y el retiro; y de uso indirecto, los métodos locales y el ritmo. En el primer grupo se encuentra 12.8 por ciento de las usuarias y en el segundo 4.7 por ciento. En estos términos, la participación global del varón en el uso de métodos tendió a disminuir de 20.5 por ciento en 1997 a 17.5 por ciento en 2006, como resultado de una reducción en la participación indirecta, de 8 a 4.7 por ciento, dado que la participación directa del varón se mantuvo aproximadamente estable, incluso con un leve ascenso, en particular en el medio urbano, como resultado del ligero aumento de la vasectomía y del condón.

El papel de las instituciones en la planificación familiar

La cobertura anticonceptiva y la mezcla de métodos están íntimamente relacionadas con las características de acceso y disponibilidad a los servicios anticonceptivos, así como a la oferta de metodología anticonceptiva. En dichos aspectos las instituciones proveedoras públicas y privadas tienen un papel fundamental. Al respecto, en este apartado se revisan tres indicadores:

las fuentes de obtención a donde recurren las mujeres para obtener los métodos, la anticoncepción posparto y el número de nuevas aceptantes de anticonceptivos según los registros institucionales.

Fuentes de obtención de los métodos anticonceptivos

En lo que va de la historia del *Programa Nacional de Planificación Familiar*, el IMSS se ha caracterizado por constituir la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos de las mujeres. Hasta inicios de la década de los noventa su participación relativa aumentó de forma sostenida, de 28 por ciento en 1979 a 41 por ciento en 1992; entre 1992 y 1997 se mantuvo sin cambios, mientras que en los últimos diez años, entre 1997 y 2006, redujo su aporte a 38 por ciento. Otras instituciones públicas diferentes al ISSSTE y a la SSA, también bajaron su participación relativa, de 6.7 a 2.6 por ciento

entre 1997 y 2006, así como las farmacias, que desde 1992 han disminuido su aporte. Estas reducciones se han visto compensadas con una mayor participación de la SSA, que pasó de 15 por ciento en 1992 a 20 por ciento en 1997 y a 26 por ciento en 2006, así como del ISSSTE y de los consultorios privados, que aumentaron ligeramente de 4.5 a 5.0 por ciento y de 14.2 a 15.3 por ciento entre 1997 y 2006, como corresponde.

En el ámbito rural el IMSS perdió 13 puntos porcentuales en su importancia relativa como lugar de obtención de métodos anticonceptivos entre 1997 y 2006, al tiempo que la SSA tuvo un aumento equivalente de casi 15 puntos porcentuales. En resumen, ambas instituciones comparten el liderazgo como fuentes proveedoras de anticonceptivos; mientras dos de cada cinco usuarias urbanas acuden al IMSS, más de la mitad de las usuarias rurales asiste a la SSA para obtener algún método (véase cuadro 3).

Cuadro 3. Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, usuarias de anticonceptivos modernos, por lugar de obtención, según lugar de residencia, 1997 y 2006

Fuente de obtención del método anticonceptivo	1997			2006		
	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano
IMSS/IMSS-Solidaridad	41.4	37.4	42.3	38.0	24.7	40.7
ISSSTE	4.5	2.1	5.1	5.0	2.5	5.5
SSA	19.6	39.5	15.3	26.4	54.0	20.8
Otro público	6.7	5.8	6.9	2.6	2.0	2.7
Farmacia	13.5	6.4	15.0	12.7	6.4	14.0
Otro	14.2	8.6	15.4	15.3	10.5	16.3

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2006.

Anticoncepción posparto

Los programas posevento obstétrico han buscado aprovechar el espacio que brinda la atención prenatal y del parto para promover la planificación familiar entre las mujeres. Los métodos promovidos en estos programas para el posparto básicamente son: la OTB para las mujeres con paridad satisfecha, y el DIU para las mujeres que desean espaciar su próximo embarazo.

El enfoque de riesgo reproductivo y los programas de anticoncepción posevento obstétrico lograron vigorizar el uso de métodos anticonceptivos y favorecieron cambios en los patrones reproductivos de la población mexicana. En el país, 56.6 por ciento de las mujeres en edad fértil que recurría a la práctica de la planificación familiar en 2006 inició el uso del método actual en el posparto,⁶ cifra que es diez puntos porcentuales mayor a la registrada en 1997 (46.5%). Asimismo, 75.9

⁶ Se consideró que una mujer adoptó un método en el periodo posparto cuando inició el uso de un método moderno en el mes y año en el que ocurrió el nacimiento de su último hijo nacido vivo.

por ciento de las usuarias de OTB y 57.2 por ciento de las usuarias de DIU comenzó el uso del método en ese mismo periodo.

En todas las entidades federativas aumentó el peso de la anticoncepción posparto en la prevalencia anticonceptiva entre 1997 y 2006. Actualmente, 15 de ellas poseen niveles mayores al promedio nacional, de las cuales Colima es el estado con la mayor proporción de usuarias de métodos en el posparto, con 66.7 por ciento, mientras que en el otro extremo se ubica Oaxaca con 43.9 por ciento.

Nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos en 1990-2005

Otra forma de evaluar el desempeño de los programas de planificación familiar es por medio del examen del número de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos que registran los sistemas administrativos de las instituciones de salud. La tendencia del sector salud fue de un aumento sostenido prácticamente en toda la década de los noventa, partiendo de un total de dos millones 114 mil nuevas aceptantes de anticonceptivos; aunque se reconoce que el mayor número se registró durante el segundo quinquenio, con una cifra promedio de dos millones 500 mil. Posteriormente, a partir del 2001 se observa un descenso continuo que culmina con dos millones 181 mil nuevas aceptantes en el 2005.

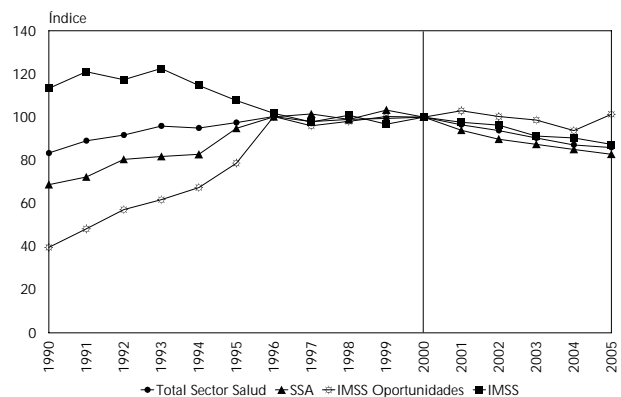
Dicha tendencia es parecida al patrón que sugieren las cifras de la SSA: parte de 621 mil en 1990, alcanza sus mayores valores en la segunda mitad de los noventa con 900 mil en promedio, y después desciende, para llegar a 748 mil nuevas aceptantes en el 2005. El IMSS e IMSS-*Oportunidades* siguen tendencias diferentes. El régimen ordinario registró sus mayores volúmenes en los primeros cinco años del periodo estudiado, con un promedio de un millón 250 mil nuevas aceptantes, representando más del 50 por ciento de las aceptantes del sector salud; posteriormente se mantiene constante en el segundo quinquenio de los noventa con un promedio de un millón 70 mil aceptantes, para descender de forma continua a partir de 2001, y alcanzar la cifra de 931 mil en 2005, cuando representó el 43 por ciento. Finalmente, el IMSS-*Oportunidades* aumentó de manera continua su número de nuevas aceptantes en todo

el periodo analizado, aunque con pequeños altibajos, alcanzando una cifra promedio de 368 mil entre 1996 y 2005, la cual es 2.5 veces la cifra de 147 mil nuevas aceptantes en 1990.

Si se toma como referencia el volumen de nuevas aceptantes del año 2000 y se iguala a 100 en cada una de las cuatro series de datos, a fin de construir un índice temporal relativo, dado que ese año presenta el punto de inflexión en las tendencias (véase gráfica 2), el sector salud, la SSA y el IMSS-*Oportunidades* muestran valores del índice menores a 100 entre 1990 y 1996, pero en un aumento continuo; en tanto que el IMSS presenta sus valores más altos entre 1990 y 1993, alrededor de 120, esto es, en esos años su número de nuevas aceptantes era 20 por ciento mayor al de 2000, no obstante, el índice desciende entre 1994 y 1996; pero entre este último año y 1999 dicho índice se estabiliza en todas las instituciones, indicando cifras de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos equivalentes a las de 2000. Finalmente, con la excepción del IMSS-*Oportunidades*, el índice relativo desciende de forma continua e importante en el sector salud, en el IMSS y en la SSA entre 2001 y 2005.

Los datos previos sugieren que el desempeño de las instituciones en cuanto a la incorporación de nuevas aceptantes de planificación familiar ha sido un tanto diferente en el tiempo. No obstante, el resultado glo-

Gráfica 2. Índice temporal en el número de aceptantes nuevas de planificación familiar, 1990-2005



Fuente: Quinto Informe de Gobierno 2005.

bal del sector salud se caracterizó por un incremento sostenido en los años de la administración pública de la primera mitad de los noventa, seguido de una estabilidad en dicho desempeño en el sexenio antepasado, y de una franca caída en la administración anterior. Por la modalidad de la estructura en el uso de los métodos, caracterizada por una alta y cada vez mayor presencia de anticonceptivos definitivos, particularmente de la OTB, se infiere que la falta de incorporación de nuevas aceptantes en el sexenio pasado significa un déficit en la cobertura de los programas de planificación familiar en los grupos de mujeres adolescentes y jóvenes.

Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos

La proporción de mujeres expuestas a un embarazo y que no hacen uso de algún método anticonceptivo, no obstante su deseo de limitar o espaciar sus nacimientos, se define como necesidad insatisfecha (CONAPO, 1997). Las mujeres con demanda insatisfecha para limitar son las que no desean tener más hijos y no están empleando actualmente un método anticonceptivo. Las mujeres con demanda insatisfecha para espaciar son las que desean posponer el próximo nacimiento por un periodo específico (por ejemplo, durante al menos dos años a partir de la fecha de la encuesta), pero que no están usando actualmente un método anticonceptivo.

El descenso observado en la demanda insatisfecha del ámbito nacional entre 1987 y 1997, de 25.1 a 12.1 por ciento, permitió suponer una disminución esperada de 45 por ciento al 2006, y plantear una meta de demanda insatisfecha de 6.7 por ciento en el PNP 2001-2006 (CONAPO, 2001). Sin embargo, el resultado de la encuesta fue de 12 por ciento, lográndose una reducción de sólo uno por ciento con respecto a la cifra de 1997; o sea, tal parece que la demanda insatisfecha del país no varió en la última década, o lo hizo de forma muy ligera, según las encuestas; empero, la demanda total aumentó de 80.6 a 82.9 por ciento, por efecto del incremento en poco más de dos puntos porcentuales en la demanda satisfecha o uso de anticonceptivos, que pasó de 68.5 a 70.9 por ciento entre 1997 y 2006.

Se ha planteado que "el cambio de la necesidad insatisfecha se debe a modificaciones de la práctica anticonceptiva y a cambios en el deseo de regular la fecundidad" (Westoff y Bankole, 1995). "En consecuencia, la necesidad insatisfecha a nivel agregado disminuirá si aumenta más rápido el porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos que el porcentaje que desean regular su fecundidad; la necesidad insatisfecha aumentará si la necesidad de regular la fecundidad aumenta más rápidamente que la prevalencia anticonceptiva" (Jain, 1999). Siguiendo este razonamiento, en el contexto de las mujeres mexicanas no usuarias de anticonceptivos, la proporción que no desea más hijos pasó de 7.8 por ciento en 1997 a 7.5 por ciento en 2006, y la proporción que desea hijos más tarde lo hizo de 4.3 a 3.5 por ciento. En suma, la proporción que no desea más hijos, más la proporción de las que sí desean pero más tarde, pasó de 12.1 por ciento en 1997 a 11 por ciento en 2006. Esto refleja otra forma de estimar la demanda insatisfecha (Bertrand y Escudero, 2003), cuyas cifras equivalen a las descritas previamente. Por lo tanto, ambas formas de proceder sugieren que la demanda insatisfecha del ámbito nacional permaneció aproximadamente estable o acaso disminuyó en forma muy ligera; y que ese comportamiento responde a un pequeño aumento del uso de anticonceptivos, simultáneo a una ligera disminución del no deseo de más hijos.

La demanda insatisfecha de planificación familiar disminuye con la edad y con el nivel escolar de la mujer. Es mayor en aquellas que tienen un hijo, en las que viven en zonas rurales y en las hablantes de lengua indígena en comparación con las que tienen tres hijos, viven en áreas urbanas o no son indígenas (véase cuadro 4). Los grupos que presentaron cierta tendencia a disminuir su demanda insatisfecha entre 1997 y 2006, son los de 35 a 44 años de edad, con al menos tres hijos, sin escolaridad o con primaria incompleta, las que residen en zonas rurales y las que hablan lengua indígena. De hecho, en este último grupo la demanda insatisfecha pasó de 25.8 a 22.8 por ciento, habiéndose reducido 12 por ciento; aunque en una magnitud mucho menor a la meta del PNP 2001-2006 de 15.5 por ciento (CONAPO, 2001) como demanda insatisfecha de las mujeres indígenas, es decir, se planteaba una disminución esperada de 40 por ciento con respecto a la cifra de 1997.

Por otra parte, los grupos de mujeres que no bajaron su demanda insatisfecha entre las dos últimas encuestas, inclusive parece que la aumentaron, son: las menores de 35 años de edad, pero particularmente las adolescentes y jóvenes, las de paridad cero y uno, y las que poseen al menos la primaria completa. Las mujeres que hoy en día presentan los niveles más elevados de demanda insatisfecha son las adolescentes, con 36 por ciento; las jóvenes de 20-24, con 24.8 por ciento; las hablantes de lengua indígena, con 22.8 por ciento; las que viven en zonas rurales, con 20.9 por ciento; las que tienen un hijo, con 19.1 por ciento y las que no fueron a la escuela, con 18.5 por ciento. En general, la necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos de las adolescentes y jóvenes, así como de las de paridad cero y uno, ocurre fundamentalmente para espaciar la llegada de sus hijos; mientras que en las mujeres indí-

genas, rurales o sin escolaridad, también tiene relevancia la demanda insatisfecha para limitar la fecundidad.

El hecho de que la demanda insatisfecha de las adolescentes no disminuyó entre 1997 y 2006, parece explicarse porque no aumentó la prevalencia anticonceptiva; en tanto que la proporción que no desea más hijos se incrementó de 7.9 a 10.2 por ciento, y la proporción que desea hijos más tarde también aumentó de 20.2 a 22.7 por ciento.

Una aproximación a las causas de la necesidad insatisfecha se logra mediante el análisis de las razones de no uso actual por parte de las mujeres unidas. La principal razón de no uso de las adolescentes y jóvenes, así como de las mujeres rurales es el embarazo actual. En el caso de las hablantes de lengua indígena y en las

Cuadro 4. Demanda insatisfecha de planificación familiar de las mujeres en edad fértil unidas, según características seleccionadas, 1997 y 2006

Características de la mujer	1997			2006		
	Total	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar
Total	12.1	6.9	5.2	12.0	6.2	5.7
Grupos de edad						
15-19	26.7	23.8	2.9	36.0	30.8	5.2
20-24	21.1	17.0	4.1	24.8	19.0	5.9
25-29	14.7	9.0	5.7	16.6	9.4	7.2
30-34	10.3	4.4	5.9	11.2	4.7	6.5
35-39	9.3	2.6	6.7	7.7	1.4	6.3
40-44	6.6	1.0	5.6	5.8	0.7	5.1
45-49	3.2	0.3	2.9	3.3	0.3	2.9
Paridad						
0	11.8	10.9	0.9	16.4	14.1	2.3
1	17.3	15.3	2.0	19.1	15.4	3.8
2	10.6	6.6	4.0	10.7	5.4	5.3
3	8.6	4.1	4.5	7.8	2.5	5.3
4 y más	12.8	3.5	9.3	11.3	2.4	8.9
Lugar de residencia						
Rural	22.2	12.8	9.4	20.9	11.2	9.7
Urbana	8.9	5.0	3.9	9.4	4.8	4.6
Escolaridad						
Sin escolaridad	21.8	9.3	12.5	18.5	5.7	12.8
Primaria incompleta	16.9	8.8	8.1	16.5	7.1	9.4
Primaria completa	12.4	7.7	4.7	13.4	7.1	6.3
Secundaria y más	8.0	5.2	2.8	9.6	5.7	3.9
Condición de habla de lengua indígena						
Habla	25.8	14.6	11.3	22.8	11.8	11.1
No habla	11.0	6.3	4.7	11.2	5.8	5.4

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la ENADID 1997 y 2006.

de baja o nula escolaridad, los motivos del no uso se relacionan primordialmente con la falta de orientación e información correcta sobre la anticoncepción. Alerta el hecho de que el desconocimiento de los métodos, el no saber cómo usarlos y la percepción del temor a los efectos secundarios representan 35.1 y 31.9 por ciento del no uso en las hablantes de lengua indígena y en aquellas sin escolaridad, respectivamente. Ello enfatiza la necesidad de reforzar acciones de información y educación sobre el manejo y uso correcto de los métodos anticonceptivos, a través de sesiones de consejería. En general, estos datos dejan ver la posibilidad de reducir la alta demanda insatisfecha de estos grupos de mujeres, en vista de que las causas que mayormente la motivan pueden ser afectadas de manera plausible.

En el ámbito geográfico la demanda insatisfecha de planificación familiar ha tomado ciertos matices, pero sin cambios importantes en el tiempo; el patrón observado en 1997 prácticamente se repite en 2006: el Distrito Federal y los estados del norte del país presentan los niveles más bajos de demanda insatisfecha, mientras que los del sur exhiben los mayores niveles. La demanda insatisfecha se relaciona de forma inversa con el desarrollo socioeconómico de las entidades federativas. Resulta claro que a mayor índice de marginación, se tiene una mayor necesidad insatisfecha de anticonceptivos. Chiapas, Guerrero y Oaxaca presentan los niveles más

altos de marginación y de necesidad insatisfecha de planificación familiar, constituyendo al respecto, un mundo diferente, alejado del resto de los estados.

Los estados se clasificaron en tres grupos según la magnitud de su demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos: el primer grupo incluye a las 14 entidades con los niveles más bajos, 7.5 y 7 por ciento en promedio en 1997 y 2006; el segundo abarca los nueve estados con niveles intermedios de demanda insatisfecha, con 13.4 y 12.8 por ciento, en ambos años; y, finalmente, el tercero clasifica a las nueve entidades que presentan niveles altos de necesidad insatisfecha, con promedios de 19.6 y 17.8 por ciento, como corresponde (véase cuadro 5). Debe decirse que de las 32 entidades, 20 tuvieron una tendencia a disminuir su demanda insatisfecha entre ambas encuestas, de las cuales ocho pertenecen al grupo con menores niveles, cinco al grupo con niveles intermedios y siete al que presenta los niveles más altos. Actualmente, Guerrero es el estado con la mayor necesidad insatisfecha (24.3%) y Nayarit el que posee el nivel más bajo (4.2%). El rezago en las mujeres guerrerenses en cuanto a necesidad insatisfecha equivale a decir que su situación actual era la que tenía el grupo de mujeres de habla indígena hace diez años y el que presentaba el país como promedio 20 años atrás.

Cuadro 5. Demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar por grupos de entidades federativas

Entidad Federativa	ENADID (Porcentaje promedio)	
	1997	2006
Nuevo León, Distrito Federal, Baja California Sur, Sinaloa, Sonora, Colima, Coahuila, Chihuahua, Nayarit, Tamaulipas, Baja California Norte, Yucatán, Campeche, Estado de México (14 estados)	7.5	7.0
Jalisco, Morelos, Tlaxcala, Zacatecas, Tabasco, Quintana Roo, Veracruz, Aguascalientes, Durango (9 estados)	13.4	12.8
Hidalgo, Michoacán, Querétaro, San Luis Potosí, Guanajuato, Puebla, Chiapas, Oaxaca, Guerrero (9 estados)	19.6	17.8
Rango en entidades	19.9	20.1
Valor mayor	Guerrero: 25.8	Guerrero: 24.3
Valor menor	Nuevo León: 5.9	Nayarit: 4.2

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población, con base en la ENADID 1997 y 2006.

Comportamiento reproductivo de las adolescentes de 15 a 19 años

En el análisis previo se ha observado que el grupo de población con la mayor necesidad insatisfecha son las mujeres unidas adolescentes, y que esta situación se explica porque el uso de anticonceptivos no ha cambiado en la última década, en tanto que las proporciones que no desean más hijos, así como aquellas que desean pero más tarde, han aumentado. Las razones que expresaron en 2006 las adolescentes unidas no usuarias, que se relacionan con el embarazo actual y con la falta de orientación e información completa sobre los métodos anticonceptivos, dejan ver espacios de oportunidad para disminuir la demanda insatisfecha en este grupo, con actividades informativas y de consejería durante el embarazo y el parto.

Redoblar acciones educativas sobre salud sexual y reproductiva con la población adolescente, dentro y fuera de las escuelas, tanto para aquella que está unida como en la soltería, es sin duda uno de los principales retos actuales de la política de población y de los programas de planificación familiar y salud reproductiva públicos y privados, sobretudo porque el inicio de las relaciones sexuales ha ido constituyéndose en una decisión más temprana en la vida de la adolescente; según las encuestas nacionales, la edad promedio de este evento pasó de 17.2 en 1995 a 15.9 años en 2006, y la proporción con relaciones sexuales se ha mantenido aproximadamente estable: 20 por ciento en 1995 y 19 por ciento en 2006. Otro dato revelador, que refleja el poco uso de la anticoncepción por las adolescentes cuando se inicia la vida sexual, así como la ocurrencia de concepciones premaritales, que pudieran estar asociadas a embarazos no deseados ni planeados, es que la edad a la primera unión y al primer hijo ocurren en un lapso muy corto posterior al inicio de las relaciones sexuales. Según la ENADID 2006 estos eventos se presentan en promedio a los 16.4 años en la vida de la adolescente mexicana.

Discusión y consideraciones finales

La última encuesta sobre la dinámica demográfica permitió actualizar los indicadores de planificación familiar y evaluar las acciones y programas. Si bien no se alcanzaron las metas establecidas en el PNP 2001-2006, se confirma un aumento significativo en la prevalencia anticonceptiva y en el volumen de usuarias del promedio nacional entre 1997 y 2006 según las ENADID correspondientes. Esto aunado a una ganancia en la efectividad anticonceptiva promedio, producto de una cada vez mayor participación relativa de los métodos definitivos en la mezcla, simultáneo a un menor aporte de los métodos tradicionales, ha hecho que la anticoncepción siga siendo la principal determinante de la fecundidad. Su influencia, simultánea a la de las otras variables intermedias, se traduce en una tasa global de fecundidad del orden de 2.2 hijos por mujer para 2006. No obstante, la demanda insatisfecha de los métodos de planificación familiar permaneció prácticamente sin cambios entre ambas encuestas, acaso en una muy ligera disminución, asociada también con una leve reducción en la proporción de mujeres no usuarias que no desean más hijos o que los desean pero más tarde. Más allá de motivos asociados con el embarazo actual, la esterilidad o menopausia, la demanda insatisfecha todavía depende, en buena parte, de causas relacionadas con el desconocimiento de los métodos y de su forma de uso, así como de la percepción sobre los efectos colaterales de los métodos y del desacuerdo en utilizarlos.

La transición de la anticoncepción en México se ha acompañado también de cambios en la participación relativa de las fuentes proveedoras de los métodos. El IMSS y las farmacias, que antes presentaban un aumento continuo, actualmente han disminuido su peso relativo, mientras que la SSA lo ha aumentado. Hoy en día las usuarias urbanas recurren primordialmente al IMSS para conseguir el método, en tanto que las usuarias rurales acuden principalmente a la SSA. Sin embargo, llama mucho la atención que al interior del sector público en

su conjunto, así como del IMSS, *IMSS-Oportunidades* y de la SSA por separado, se ha dado una disminución en el número de nuevas aceptantes de anticonceptivos en el sexenio anterior según los registros administrativos. Por las características de la estructura del uso de métodos, este hecho impacta principalmente en una falta de incorporación de nuevas aceptantes adolescentes y jóvenes por el sector público, que simultánea a una disminución de las farmacias como fuente proveedora, deja ver claros vacíos en las coberturas anticonceptivas de este sector de la población.

De hecho, la cobertura anticonceptiva de las adolescentes y jóvenes no cambió entre 1997 y 2006; más aún, la demanda insatisfecha parece haber aumentado, asociada con un aparente aumento del no deseo de más hijos y del deseo de hijos más tarde en las adolescentes unidas. Sin duda, uno de los principales desafíos de la política de población actual y de los próximos años es atender a la aún creciente población adolescente en sus necesidades de salud sexual y reproductiva para hacer valer el ejercicio de sus derechos a la información y a los servicios, dada su decisión de anticipar el inicio de sus relaciones sexuales. El reto de disminuir la necesidad insatisfecha de anticonceptivos de este grupo de población significa incidir en las causas asociadas con la percepción de los efectos colaterales de los métodos, el desconocimiento de ellos y de la forma de uso, así como el desacuerdo en utilizarlos. Un espacio de oportunidad para las adolescentes en unión son las consultas prenatales y el posparto a fin de prevenir o planear un siguiente embarazo; pero más importante todavía es prevenir o retrasar la llegada del primer hijo, orientando y educando a las parejas próximas a entrar en unión, y en general a las y los adolescentes dentro y fuera de las escuelas, desde antes que inicien su vida sexual.

Se detectó un aumento en el uso de métodos de las áreas rurales y de las mujeres sin escolaridad e indígenas, lo que contribuyó a una reducción de la brecha con los grupos que van a la vanguardia. No obstante, estos mismos sectores de la población son los que aún presentan los niveles más elevados de demanda insatisfecha de anticonceptivos, como consecuencia principalmente del desconocimiento de los métodos y de su uso correcto, así como del temor a los efectos cola-

terales. El desafío de la política de población es disminuir esa necesidad insatisfecha, poniendo al alcance la información y los servicios anticonceptivos, a fin de hacer valer en las personas su derecho a elegir cuándo y cuántos hijos tener.

En el ámbito geográfico, el reto de la política de población y de los programas estatales de planificación familiar apunta hacia dos frentes básicos: por un lado, promover y favorecer el acceso de la población a una gama más amplia de anticonceptivos modernos, particularmente en los estados en que los métodos tradicionales son utilizados en una alta proporción, como Guanajuato, Yucatán y Quintana Roo, así como en aquellos donde la adopción de la OTB ha sido extraordinaria y tal vez exagerada, tal es el caso de Tabasco, Hidalgo, Veracruz, Sinaloa y Chiapas; y por otro, disminuir la elevada necesidad insatisfecha de métodos de planificación familiar, presente sobretodo en Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Puebla, Guanajuato, San Luis Potosí, Querétaro, Michoacán e Hidalgo.

Se ha cuestionado a la demanda insatisfecha de anticonceptivos como indicador que mide el rendimiento de los programas de planificación familiar a través del cambio observado de forma agregada en dos encuestas sucesivas. Un estudio de seguimiento demostró que algunas mujeres cambian sus planes reproductivos en el inter, así como su opinión de desear más hijos a no tener más, lo que hace que cambien entre una categoría de demanda insatisfecha y otra (Jain, 1999). De manera adicional, se ha planteado que por la forma en que se construye el indicador, sobrestima en aproximadamente cinco por ciento la necesidad insatisfecha (Bongaarts, 1991; citado en Bertrand y Escudero, 2003). En México se ha procurado hacer comparable la medición de la demanda insatisfecha a través de las encuestas nacionales; sin embargo, por los cambios en los patrones de no deseo de hijos que parecen estar ocurriendo recientemente, así como la incidencia de las relaciones sexuales fuera del matrimonio y de las modalidades en la estructura de uso de los métodos, parece prudente efectuar una adecuación de dicho indicador al caso mexicano, incluyendo a las mujeres sexualmente activas en lugar de las unidas, y a los métodos tradicionales por sus altas tasas de falla. Asimismo, es oportuno complementar la evaluación en los próximos años, con-

siderando la proporción de embarazos no planeados, así como la realización de estudios cualitativos al respecto, que permitan valorar la necesidad insatisfecha en el contexto individual de las mujeres.

Referencias bibliográficas

- Bertrand, J. y G. Escudero (2003), "Compendio de indicadores para evaluar programas de salud reproductiva", en *Serie de Manuales MEASURE Evaluation*, núm. 6. MEASURE Evaluation y USAID.
- Bongaarts, J. (1982), "Un marco para el análisis de los determinantes próximos de la fecundidad", en *Ensayos sobre población y desarrollo*, 3. Corporación Centro Regional de Población y The Population Council.
- CONAPO (2005), "La fecundidad en México. Niveles y tendencias recientes", en *Serie Documentos Técnicos*. Secretaría de Gobernación.
- , (1997), *La situación demográfica de México*.
- , (2001), *Programa Nacional de Población 2001-2006*, 2001.
- Jain, A. (1999), "¿Debería seguir siendo una prioridad la eliminación de la necesidad insatisfecha de anti-concepción?", en *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial, pp. 31-36.
- Mendoza, D. (1998), "Los factores determinantes de la disminución de la fecundidad", en *Demos*, núm. 11.
- Mojarro, O. y E. Zúñiga (1999), "Veinticinco años de planificación familiar en México", en *La situación demográfica de México*, CONAPO, pp. 203-212.
- Presidencia, *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, 2001.
- PRB (2005), *Cuadro de la Población Mundial 2005*. Population Reference Bureau.
- Westoff C. F. y Bankole A. (1995), "Unmet Need: 1990-1994", *DHS Comparative Studies*, Calverton, MD, EEUU: Macro International, núm.16. Citado en Jain A. (1999).
- Zúñiga, E., B. Zubieta y C. Araya (2000), *Cuadernos de Salud Reproductiva: República Mexicana*, CONAPO.