



Salud Pública de México
Instituto Nacional de Salud Pública
europeza@insp.mx
ISSN (Versión impresa): 0036-3634
ISSN (Versión en línea): 1606-7916
MÉXICO

2007

Octavio Mojarro Dávila / Doroteo Mendoza Victorino
TENDENCIAS Y CAMBIOS DETERMINANTES EN LAS POLÍTICAS DE
ANTICONCEPCIÓN EN MÉXICO Y EL MUNDO: ¿QUÉ HEMOS LOGRADO Y A
DÓNDE SE PRETENDE LLEGAR?

Salud Pública de México, año/vol. 49, número especial
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México
pp. 238-240

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

<http://redalyc.uaemex.mx>



Tendencias y cambios determinantes en las políticas de anticoncepción en México y el mundo: ¿qué hemos logrado y a dónde se pretende llegar?

Octavio Mojarro-Dávila, Doroteo Mendoza-Victorino⁽¹⁾

Resumen

Las acciones relacionadas con la planificación familiar en el mundo evolucionaron a partir de la difusión y el conocimiento de los medios para la planificación familiar. Los planteamientos de ésta procuran un cambio favorable en la actitud de la población respecto de la regulación de su fecundidad y aseguran la disponibilidad y acceso a los servicios anticonceptivos. De este proceso dan cuenta las encuestas mundiales relacionadas con la fecundidad y las de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos llevadas a cabo en la década de los años setenta, en cuyo diseño predominó el enfoque demográfico, es decir, el de considerar a la anticoncepción como uno de los determinantes próximos de la fecundidad y a ésta como componente fundamental del crecimiento de la población. Es precisamente con esa información que surgió y se difundió en aquella época el marco cuantitativo de las variables intermedias que propuso Bongaarts para ubicar el porcentaje de mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad), casadas o unidas a una pareja que usa anticonceptivos (prevalencia anticonceptiva), así como la efectividad anticonceptiva promedio derivada de la distribución de usuarias por método (mezcla de métodos). Estos dos valores serían los indicadores de vigilancia en la evaluación de las acciones y programas, pero también para el planteamiento de escenarios futuros de la tasa global de fecundidad y de proyecciones de población.

Más tarde, en los años ochenta, la planificación familiar se entrelaza con la salud materno-infantil a fin de procurar patrones reproductivos caracterizados por retrasar el inicio de la reproducción en la vida de la mujer, un intervalo de al menos dos años entre nacimientos sucesivos y un adelanto en la llegada del último hijo, todo ello con el propósito de coadyuvar en una mejora en la salud del binomio madre-hijo. Al mismo tiempo se

consideraron en la prescripción de la metodología anticonceptiva los factores de riesgo de la salud reproductiva. Las encuestas de fecundidad y salud atestiguaron el avance de ese enfoque.

A partir de los años noventa, a raíz de las reuniones mundiales sobre población y la mujer, se incorporaron con mayor énfasis el consentimiento informado con respecto a la adopción de los métodos anticonceptivos así como la perspectiva de género a las acciones de planificación familiar con el propósito de fortalecer la participación del varón en la salud reproductiva. Las encuestas de salud reproductiva permitieron evaluar y reorientar las acciones correspondientes.

Ahora bien, ¿qué se ha logrado con más de 30 años de planificación familiar y salud reproductiva? Sin duda, los logros han sido notables, aunque un tanto heterogéneos a escala mundial. A continuación se realiza un balance según los datos de las encuestas más recientes, practicadas en la década de los años noventa y principios del presente siglo.

Se estima, según el Cuadro de la Población Mundial 2005 (*Population Reference Bureau*), que 60% de las MEFU del mundo regula su fecundidad con algún método anticonceptivo y 53% lo hace con métodos modernos (pastilla, inyección, DIU, condón y esterilización), lo que se relaciona con una tasa global de fecundidad de 2.7 hijos por mujer.

Pero la situación no es homogénea al interior del territorio. Mientras la prevalencia del uso de anticonceptivos de los países más desarrollados alcanzó la cifra de 68%, con un nivel de fecundidad de 1.6 hijos por mujer, por abajo del reemplazo generacional, en los países menos desarrollados el uso de anticonceptivos es de sólo 58%, con una fecundidad de tres hijos por mujer.

Los datos continentales y regionales muestran aún mayores diferencias. Por un lado, las regiones que van a la vanguardia en tales procesos son Eu-

(1) Consejo Nacional de la Población

ropa, que presenta 68% de cobertura anticonceptiva y 1.4 hijos de TGF; América del Norte, con 73% de uso de anticonceptivos y 2.0 hijos, y Oceanía, con 60% de prevalencia de la anticoncepción y 2.1 hijos. En tanto que la región de América Latina y el Caribe, presenta 71% de prevalencia anticonceptiva y 2.6 hijos, así como Asia muestra 64% de práctica anticonceptiva y 2.5 hijos para ubicarse en una posición intermedia. Por último, el continente africano presenta el mayor rezago, con sólo 28% de prevalencia anticonceptiva y una elevada fecundidad del orden de cinco hijos por mujer.

Está demostrado que los avances hacia menores niveles de fecundidad responden en esencia al acceso, disponibilidad y uso de anticonceptivos y al desarrollo económico, a la urbanización y a un incremento en la escolaridad de la población.

En un análisis con los datos de las encuestas realizadas entre 1990 y 2003 en los países en desarrollo, Bongaarts concluye que algunos países aún no han disminuido su fecundidad, en tanto que otros se han estancado en su trayectoria de altos a bajos niveles. Países como Malí, Burkina Faso, Mozambique, Níger y Uganda, que son muy pobres y presentan altos niveles de fecundidad, permanecieron prácticamente sin cambios de una encuesta a otra, a finales de la década de 1990. En otros, como la República Dominicana, Ghana, Kenya y Turquía, las tasas de fecundidad se estancaron entre 2.5 hijos (en Turquía) y 4.7 hijos en Kenya, después de considerables reducciones iniciales [...], pero también permaneció sin cambios el uso de anticonceptivos; mientras que el número de nacimientos no planeados y la necesidad insatisfecha de anticonceptivos siguieron siendo altos (PRB).

Se plantea que para reducir los embarazos no planeados y la fecundidad continúe disminuyendo en esos países se requieren mayores inversiones en desarrollo socioeconómico y mejoras en el suministro y acceso a los métodos anticonceptivos.

En México, hay una apertura a la formulación de políticas y programas de planificación familiar con la publicación de la nueva Ley General de Población en enero de 1974, que tiene por objeto regular los fenómenos demográficos además de establecer que el Estado tiene la obligación de ofrecer servicios de planificación familiar gratuitos en las instituciones públicas de salud. Luego, en diciembre de ese mismo año se reformó el Artículo 4° de la Constitución Política con el fin de incorporar el derecho a decidir de manera libre, responsa-

ble e informada el número de los hijos y el intervalo entre ellos. Para finalizar, en 1984, con la promulgación de la Ley General de Salud se incluyó la planificación familiar como parte de los servicios de salud.

Con este marco de actuación, el escenario que destacan las encuestas sociodemográficas nacionales de los últimos 30 años muestra que la mayoría de las mujeres mexicanas en edad fértil conoce al menos un método anticonceptivo, condición necesaria para la adopción y continuidad en el uso de la anticoncepción. Ello refleja los efectos positivos de las estrategias de información y orientación al respecto, con excepción de los grupos de mujeres sin escolaridad o hablantes de lengua indígena, en que 15 y 17%, respectivamente, aún desconocen los anticonceptivos según los datos de la última Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica (ENADID) efectuada en 2006.

Las preferencias sobre el tamaño de la familia han cambiado, y ahora las familiares son cada vez más pequeñas. La práctica de la planificación familiar se extendió de manera notable a partir del cambio en la orientación de la política de población y la puesta en marcha de los programas de planificación familiar. El uso de anticonceptivos de las MEFU se incrementó en forma sostenida, aunque a ritmos cada vez menores en los últimos años. Así, pasó de 30.7% en 1976 a 37.8% en 1979, 52.7% en 1987, 63.1% en 1992, 68.4% en 1997 y a 70.9% en 2006.

En la actualidad, el ejercicio de la sexualidad es cada vez más abierto. Además, la maternidad y la paternidad responsables han logrado ser asimiladas de manera gradual por gran parte de los habitantes del país. Aunque hay que decir que desde que se iniciaron los programas de planificación familiar las mujeres que se incorporaron con mayor rapidez a la práctica anticonceptiva fueron aquellas con dos y tres hijos, así como las que tenían mayor escolaridad o las que vivían en zonas urbanas. Si bien es cierto que los esfuerzos realizados mediante la política de población y los programas de planificación familiar redujeron la brecha que separa a los grupos de mujeres según el nivel de escolaridad o entre las residentes en áreas rurales respecto de las que viven en zonas urbanas, uno de los principales problemas actuales es atender las necesidades de los grupos con menos recursos con el objeto de que puedan hacer valer su derecho a elegir cuándo y cuántos hijos tener.

La mezcla de métodos hace pensar en que hay una participación cada vez mayor de las interven-

ciones quirúrgicas, con 54.3% en 2006, una tendencia al aumento también en el uso de inyecciones y condón, con cifras recientes de 7 y 9%, respectivamente, y un menor uso del DIU, de las pastillas y de los métodos tradicionales, según cifras de la última ENADID de 16.3, 6.6 y 6.2%, respectivamente. Esta mezcla de métodos se traduce en un aumento en la efectividad anticonceptiva promedio del orden de 96.9% respecto del dato de 1997, que fue de 95.1%.

Si bien el uso de anticonceptivos alcanzó un valor alto para el ámbito nacional y su impacto demográfico sobre el nivel de la fecundidad es inquestionable, la situación no es homogénea en la población, donde incluso la tendencia en algunos grupos parece haberse revertido en los últimos años. Por ejemplo, en las adolescentes casadas o unidas en unión libre de 15 a 19 años de edad disminuyó el uso de métodos, que pasó de 45 a 39.4% entre 1997 y 2006, y en las mujeres jóvenes de 20 a 24 años las cifras pasaron de 59.3 a 57.8%, respectivamente. Además, parece haberse adelantado el inicio de las relaciones sexuales en las adolescentes en los últimos 10 años, y ya no es de 17 años como la edad promedio que se estimaba en 1995, sino de 16 años, de acuerdo con datos de 2006. Todos estos datos plantean el reto de cómo satisfacer la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes.

Un indicador que refleja la necesidad insatisfecha de métodos de planificación familiar es la proporción de mujeres expuestas a un embarazo y que no usan ningún método anticonceptivo, no obstante su deseo de limitar o dejar un intervalo más amplio entre los nacimientos. A este respecto, la ENADID de 2006 informa para fines prácticos que una de cada tres adolescentes de 15 a 19 años, una de cada cuatro de las jóvenes de 20 a 24 años y una de cada cinco de las mujeres en edad fértil sin escolaridad o con primaria incompleta o que vive en localidades rurales o que habla alguna lengua indígena están padeciéndola falta de métodos anticonceptivos.

Ahora bien, la misma encuesta da a conocer que hay 14 entidades federativas donde es baja la demanda insatisfecha, con un valor promedio de 7.5%, las cuales son Nuevo León, Distrito Federal, Baja California Sur y Norte, Sinaloa, Sonora, Colima, Coahuila, Chihuahua, Nayarit, Tamaulipas, Yucatán, Campeche y Estado de México; nueve estados pre-

sentan niveles intermedios, con 13.4% en promedio, y son Jalisco, Morelos, Tlaxcala, Zacatecas, Tabasco, Quintana Roo, Veracruz, Aguascalientes y Durango, y otros nueve, Hidalgo, Michoacán, Querétaro, San Luis Potosí, Guanajuato, Puebla, Chiapas, Oaxaca y Guerrero, manifiestan una demanda insatisfecha alta, con un promedio de 19.9%. De hecho, Guerrero es la entidad federativa con la mayor demanda insatisfecha (25.8%) y Nuevo León es la entidad con la cifra más baja, 5.9%. Es decir, la brecha entre ambos estados en cuanto a necesidad no satisfecha de métodos anticonceptivos es en la práctica de 20%. De acuerdo con el escenario planteado se recomiendan las siguientes acciones futuras:

- Fortalecer actividades de información, educación y comunicación vinculadas con la planificación familiar en la población hablante de lenguas indígenas, así como en la población sin escolaridad a fin de abatir el desconocimiento de los métodos anticonceptivos.
- Diseñar e implantar estrategias efectivas para evitar embarazos no deseados en adolescentes y mujeres jóvenes mejorando el acceso y disponibilidad a los servicios públicos de salud que favorezcan el uso de métodos anticonceptivos.
- Incorporar a la Secretaría de Educación Pública en las actividades de IEC relacionadas con la salud sexual y reproductiva desde el quinto año de primaria y hasta el nivel medio superior.
- El sector salud debe ofrecer en forma oportuna una gama más amplia de métodos anticonceptivos, acorde con las necesidades insatisfechas de adolescentes, población hablante de lenguas indígenas, zonas rurales y grupos con menor nivel escolar.
- Fortalecer en forma urgente los programas de planificación familiar de las nueve entidades federativas donde la necesidad de métodos anticonceptivos está insatisfecha, con la competencia de todas las instituciones de salud, públicas y privadas, a fin de reducir en al menos 10% ese indicador. De la misma manera, disminuir por lo menos en 3% la demanda insatisfecha de los nueve estados con grados de insatisfacción intermedios. El objetivo es que todas las entidades federativas presenten niveles de demanda insatisfecha razonablemente bajos, es decir, inferiores al 10%.