

Práctica contraceptiva en Guanajuato, Jalisco y Michoacán¹

GEORGINA AGUIRRE PATIÑO*

Marco histórico contextual

De las políticas demográficas, han tenido una importancia particular aquellas que tienen como objetivo principal la reducción de la natalidad. Ello bajo la convicción de que, para acelerar el desarrollo económico y mejorar las condiciones de vida de las familias, las tasas de crecimiento demográfico debían ser reducidas.

La primera política demográfica destinada a reducir la tasa de natalidad fue proclamada en India en 1951. Desde entonces varios países se han encaminado en esta vía. Para lograr los objetivos antinatalistas la mayoría de estos países aplicaron un programa oficial de planificación familiar acompañado de medidas de disuasión o de incitación. Como cualquier medida deliberada a introducir un cambio social, la aplicación de un programa de planificación familiar requiere de grandes esfuerzos humanos, políticos y financieros.

En el caso de México, no fue hasta 1973 que se emitió la primera declaración de una política demográfica de control de la natalidad, la cual obedeció al reconocimiento de una problemática de la época: una elevada natalidad (44.2 nacimientos por mil habitantes) y una baja mortalidad

(9.6 defunciones por mil habitantes), que dio como resultado un crecimiento acelerado de la población; además, existían movimientos migratorios internos que afectaban al sistema de urbanización nacional. Estos tres fenómenos demográficos habrían afectado negativamente el “bienestar” de los mexicanos –según el gobierno de la época–; en consecuencia, el poder público federal tomó la decisión de regular y estabilizar el crecimiento de la población y actuar en la repartición espacial de la población, con el fin de mejorar las condiciones de vida de la población mexicana.²

Con el objetivo explícito de administrar la planificación demográfica del país fue creado el Consejo Nacional de Población (Conapo) –artículo 5 de la Ley General de Población de 1973–. Así, el Conapo estableció un programa con diversos objetivos, pero principalmente con la finalidad de satisfacer las expectativas de la política de población.³

Conapo participó en actividades de información y educación escolar, formación de recursos humanos, instrumentación de servicios de planificación familiar, investigación médica y demográfica y la creación de programas de protección a la familia.⁴

En 1976, el gobierno mexicano determinó un objetivo demográfico: bajar la tasa de crecimiento de la población de 3.2 por ciento en 1976 a 2.5 por ciento en 1982; para alcanzar ese objetivo estimuló el programa de planificación familiar. Al interior de Conapo se dio una separación de actividades en lo que se refiere a la aplicación de la política de población: el sector salud tuvo como responsabilidad la aplicación del programa de planificación familiar a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salud (SS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y otras instituciones públicas; esto casi no tuvo complicaciones, ya que era un programa que aportaba elementos nuevos al sector salud sin afectar las estructuras ya establecidas.⁵ De los objetivos de la política de población el más desarrollado fue el de planificación familiar.

Aplicación y evolución del programa de planificación familiar

En la estrategia general para la aplicación del programa de planificación familiar se dio importancia particular

* Maestra en demografía por la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica.

al aumento de la cobertura del programa; durante la década de los años setenta se realizaron numerosos esfuerzos para aumentar la cobertura de los servicios primarios de salud, principalmente en las zonas rurales del país⁶ y en las zonas de menor desarrollo económico, las cuales, entre otras características, tienen un nivel de fecundidad elevado. Para ello se trabajó no solamente con el personal médico y paramédico –los pasantes en las zonas rurales–, sino también con gente de la misma comunidad; se trataba generalmente de mujeres interesadas en trabajar en su comunidad que recibían formación técnica básica sobre las enfermedades más comunes de la población, las medidas de prevención y sobre planificación familiar.⁷

Asimismo, se establecieron planes para el desarrollo de la infraestructura y la formación del personal médico y paramédico, a fin de responder a las necesidades crecientes de servicios en materia de planificación familiar y de protección materno-infantil.

Durante el periodo 1973-1976, la SS prestó servicios de planificación familiar en todos sus hospitales y centros de salud urbanos y rurales; en ese periodo la SS cubrió aproximadamente el 90 por ciento de la población rural.⁸

Por su parte, el IMSS desempeñó un papel muy importante en el desarrollo del programa de planificación familiar. Se fijó metas para tener nuevas utilizadoras de métodos contraceptivos, y para alcanzar sus objetivos aplicó diversas estrategias, como incorporar servicios de planificación familiar a las clínicas de salud que asistían tanto a la población asegurada como a la no asegurada. Esta

institución recurrió a las parteras empíricas de las comunidades, a las que proporcionó formación técnica básica en materia de planificación familiar. “El personal del IMSS y las parteras debían cumplir el papel de instigadores de la planificación familiar: ‘crear la demanda’. Cada médico del programa IMSS-COPLAMAR tenía como objetivo mensual reclutar mujeres utilizadoras de métodos contraceptivos, con la finalidad de asegurar la promoción de la planificación familiar, incluyendo en esto las comunidades desprovistas de una infraestructura sanitaria institucional”.⁹

Los medios empleados para la instrumentación y la extensión del programa de planificación familiar a lo largo del país situó a México, en 1979, entre los 10 países del mundo –décimo lugar entre un total de 73 países– que hicieron mayor esfuerzo en un programa de planificación familiar.¹⁰ Para 1982, tres años después, México ocupó el quinto lugar de un total de 75 países.¹¹

En 1994, con base en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, título primero, capítulo I, artículo 4º, que dice al texto: “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”, se instrumenta la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar cuyo objeto es

uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva,

pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social. El campo de aplicación de esta norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado.¹²

La problemática

Hace aproximadamente cuarenta años que Davis y Blake estudiaron la influencia que ejerce el contexto sociocultural sobre la fecundidad e identificaron once variables, a las que llamaron variables intermedias. Según este estudio, únicamente a través de estas variables intermedias los factores culturales y socioeconómicos influyen la fecundidad. Estos investigadores identificaron tres etapas en el proceso de la reproducción: 1) las relaciones sexuales; 2) la concepción, y 3) la gestación y el parto. Entre estas etapas se ubican las once variables intermedias; una de ellas es la utilización de métodos contraceptivos, la cual se encuentra en la segunda etapa: la concepción. El presente documento analiza esta variable intermedia de la fecundidad: la utilización de métodos contraceptivos.

El estudio del proceso de la reproducción ha llevado a la elaboración de esquemas analíticos estructurados que establecen ciertos mecanismos a través de los cuales las diversas características individuales y sociales de las personas influyen su comportamiento reproductivo.¹³ Al hablar de las características individuales de

identificación social –sexo, edad, situación matrimonial, paridad, nivel de instrucción escolar, profesión u ocupación, lugar de residencia, entre otras– se encuentra que varias de ellas están relacionadas con las probabilidades de procrear, de migrar y de morir. La identificación de estas relaciones constituye a menudo la parte esencial e incluso exclusiva del análisis de los determinantes sociológicos de las probabilidades estudiadas.¹⁴

Las variables consideradas como individuales están ligadas al contexto socioeconómico y cultural en el cual se encuentra el individuo. El conjunto de modelos culturales que han sido transmitidos al individuo desempeña un papel importante, así como los modelos culturales dominantes en una época determinada. Estas variables individuales sintetizan las influencias anteriores y dan una forma de actuar concreta de los individuos, en este caso la utilización de métodos

contraceptivos. A título de ejemplo, se puede mencionar el lugar de residencia: el hecho de habitar en una zona urbana permitiría tener una mayor y mejor disponibilidad de los servicios públicos y privados en materia de instrucción escolar, saneamiento básico, salud y otros. Se ha observado que a mayor nivel de instrucción corresponde también una mayor movilidad social, es decir, la adopción de nuevos ideales, cambios en las expectativas del desarrollo

Características generales de la población de los estados de Guanajuato, Jalisco y Michoacán

Características en 1990	Guanajuato	Jalisco	Michoacán	Nacional
Geográficas				
Superficie (kilómetros cuadrados)	30589	80137	59863	1967183
Demográficas				
Población (habitantes)	3982593	5302689	3548199	81249645
Densidad (habitantes por kilómetro cuadrado)	130.2	66.2	59.3	41.3
Tasa de crecimiento anual (por ciento) (90-92)	1.80	2.78	1.88	2.04
Población urbana (por ciento)	63.4	81.9	61.6	71.3
Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes)	31.1	32.6	38.3	32.7
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacimientos)	36.3	24.0	17.4	24.6
Tasa bruta de mortalidad (por mil habitantes)	5.6	5.7	4.9	5.2
Tasa global de fecundidad (número de hijos por mujer)*	3.8	3.8	4.2	3.4
Socioculturales				
Población de 5 años y más que habla una lengua indígena (por ciento)	0.3	0.5	3.5	7.5
Población de 15 años y más analfabeta (por ciento)	16.5	8.9	17.3	12.4
Instrucción de nivel secundaria (+12 años) (por ciento)	8.9	10.9	8.5	11.1
Instrucción de nivel superior (+16 años) (por ciento)	4.8	8.7	5.9	8.6
Económicas 1993				
Producto interno bruto anual por habitante, pesos	9302	13007	6902	12955
Índice nacional=100	71.8	100.4	53.3	100.0
Producto interno bruto agropecuario, participación porcentual	9.8	8.7	17.5	6.8

* Tasa global de fecundidad: número promedio de hijos nacidos vivos que tendría cada mujer al término de su vida reproductiva.
FUENTE: INEGI, *XI censo general de población y vivienda, Resumen general, 1990*; ENADID 1992. *Principales resultados, 1992*.

Algunas semejanzas y diferencias en la población femenina de 15 a 54 años de los estados de Guanajuato, Jalisco y Michoacán

Variables	Porcentaje de mujeres		
	Guanajuato	Jalisco	Michoacán
Ningún conocimiento sobre los anticonceptivos/total de mujeres	4.6	3.3	2.9
Utilizadoras */total de mujeres	42.4	49.6	48.2
Actualmente utilizadoras **/total de mujeres	25.3	26.2	25.8
Actualmente utilizadoras **/mujeres en unión consensual	44.1	52.0	51.5
Métodos anticonceptivos más utilizados a la realización de la encuesta	1 Esterilización 2 Métodos naturales 3 Píldora	1 Esterilización 2 Dispositivo intrauterino 3 Píldora	1 Esterilización 2 Métodos naturales 3 Dispositivo intrauterino
Proveedores de medios de contraceptivos a la realización de la encuesta/ utilizadoras			
Sector público en conjunto	66.9	61.8	63.6
IMSS	42.8	44.9	35.9
SS y otros	24.1	16.9	27.7
Razones de abandono de los métodos anticonceptivos /utilizadoras			
Efectos secundarios	40.8	33.1	36.4
Querer embarazarse	20.2	30.3	30.6

* Utilizadoras: mujeres que han utilizado alguna vez en su vida un método contraceptivo (moderno y/o natural).

** Mujeres que utilizaban algún método contraceptivo (moderno y/o natural) al realizarse la encuesta.

FUENTE: Elaborado con base en datos de la ENADID 1992.

individual, la modificación de actitudes y de comportamiento hacia la salud, la fecundidad y la utilización de métodos contraceptivos.

Las actitudes hacia el tamaño de la familia podrían ser influenciadas por la situación de las mujeres en el sector económico, las que trabajan fuera del hogar estarían más estimuladas a utilizar los métodos contraceptivos. El número de hijos sería también un factor importante para la utilización de métodos contraceptivos.

A partir de variables individuales y de la información obtenida por la Encuesta de la Dinámica Demográfica (ENADID), realizada en 1992, se pretende identificar los elementos

que influenciarían el comportamiento de las personas en materia de utilización de métodos contraceptivos. Aprovechando la particularidad que tiene la ENADID de poder analizar los datos por entidad federativa –particularidad ausente en todas las anteriores encuestas demográficas realizadas en México– y dada la importancia de tener información a nivel estatal para la toma de decisiones, planificación, elaboración de proyectos y otras actividades, se decidió tomar en cuenta tres estados: Guanajuato, Jalisco y Michoacán.

La unidad de análisis se limitó a la población femenina comprendida entre 15 y 54 años de edad, aunque la información obtenida sobre la

utilización o no de métodos contraceptivos se refiere también al esposo o a la pareja.¹⁵ La selección de los estados de Guanajuato, Jalisco y Michoacán se basó en el criterio de observar el comportamiento de esas poblaciones con relación al uso de métodos contraceptivos; de población considerada como conservadora desde el punto de vista de su práctica religiosa en la Iglesia católica,¹⁶ y a que la sociedad en la cual se encuentran las mujeres favorece o no la aceptación de los métodos contraceptivos.¹⁷ La aceptación de los métodos contraceptivos depende de varios factores, entre ellos: las actitudes hacia los métodos contraceptivos, el conocimiento del cuerpo humano, el conocimiento de su funcionamiento, el conocimiento de la sexualidad, el conocimiento de la reproducción, y las características culturales que influyen estas perspectivas del conocimiento del cuerpo.¹⁸

Resultados

Los resultados que presentaremos fueron obtenidos a través del manejo informático de la información recabada por la ENADID, utilizando el programa estadístico SAS. Es necesario señalar que los cuadros estadísticos y la metodología empleada para el análisis de los mismos no se presenta en este resumen.¹⁹

Con relación a los tres estados analizados, se observa que Jalisco tiene mayor población urbana que los otros dos y que el nivel de analfabetismo es menor, incluso se encuentra por debajo de la media nacional. En cuanto a la tasa global de fecundidad, los tres estados muestran que es ligeramente superior a la media nacional, sobre todo la de Michoacán.

Resultados generales

La muestra utilizada por la ENADID es autoponderada, por lo que la estructura de la población real de cada estado es respetada. La estructura de edad de la población femenina de los tres estados es similar, por ello es posible realizar el análisis de la información sin mayores dificultades.

La población femenina de 15 a 54 años en cada estado representa aproximadamente el 25 por ciento de la población total de las tres entidades. Cerca del 50 por ciento de ella posee nivel primario de instrucción escolar. La población de Jalisco se diferencia más de la de las otras dos, ya que poco más de la mitad habitan ciudades de más de 100 mil habitantes. Las mujeres en Jalisco tienen una tasa de analfabetismo menor y han alcanzado niveles de instrucción más elevados; además son más en el sector económico. Estas características están ligadas a la mayor urbanización de ese estado.

Resultados específicos

En Jalisco y Michoacán cerca de la mitad de la población femenina de 15 a 54 años ha utilizado al menos una vez en su vida un método contraceptivo; en Guanajuato esta proporción de mujeres es menor.²⁰ Se observó que la proporción de mujeres que no conocen ningún método contraceptivo es baja en las tres entidades. Si se considera que más del 90 por ciento de mujeres entre 15 a 54 años de edad conocen o han oído hablar de los métodos contraceptivos y que más de la mitad de estas mujeres no los utilizan, es posible coincidir con García en que "es falso decir que el tener conocimiento de los métodos contraceptivos es una condi-

ción suficiente para su utilización".²¹

Al analizar el grupo de mujeres que nunca han utilizado un método contraceptivo se encuentran dos grupos bien diferenciados: el más numeroso se trata por lo general de mujeres entre los 15 y 24 años de edad, solteras, que nunca han estado embarazadas, que han alcanzado el nivel secundario de instrucción y que residen en zonas urbanas. El otro grupo, menos numeroso, se caracteriza por constituirse de mujeres de más de 40 años de edad, casadas o en unión consensual, con más de cinco hijos, que residen en zonas rurales y que son analfabetas o tienen el nivel primario de instrucción escolar.

La utilización de métodos contraceptivos en el momento de la encuesta

Entre las características de las mujeres utilizadoras de métodos contraceptivos se encontró que son sobre todo mujeres mayores de 25 años, casadas o en unión consensual, que tienen al menos un hijo vivo, que habitan en zonas urbanas y que tienen un nivel primario de instrucción escolar.

Se constató en los tres estados que la esterilización femenina es el más utilizado de los métodos contraceptivos (un poco más del 30 por ciento del total de utilizadoras). Dado que la esterilización es un método definitivo de contracepción que una vez utilizado, la posibilidad de abandonar su uso es nula, toda nueva utilizadora de este método se adiciona a las antiguas utilizadoras, lo que explica en parte este porcentaje elevado. Las diferencias entre las entidades se manifiesta a partir del segundo método contraceptivo más utilizado: en Guanajuato, los métodos naturales y la píldora son el segundo y el tercer

método contraceptivo más utilizado, mientras que en Michoacán los métodos naturales ocupan el segundo lugar y el dispositivo intrauterino el tercero; en Jalisco el dispositivo intrauterino tiene el segundo lugar y la píldora el tercero.

Se observó que la edad y la paridad –que generalmente está relacionada con la edad de la mujer–, entre otras variables, son las que están más relacionadas con la elección del método contraceptivo que se va a utilizar. De esta manera, las mujeres menores de 30 años y de baja paridad (hasta dos hijos) son la mayoría en utilizar la píldora y el dispositivo intrauterino, mientras que las mujeres de más de 30 años y que tienen tres o más hijos son las que prefieren utilizar la esterilización como método contraceptivo.

Los proveedores de métodos contraceptivos modernos

Aquí se consideran dos grandes sectores: el público –IMSS, SS, ISSSTE, DIF y otras instituciones públicas– y el sector privado –hospitales y clínicas privadas, consultorios privados y farmacias–. Se observaron ciertas diferencias entre los estados en cuanto a los lugares en los cuales las mujeres utilizadoras de métodos contraceptivos modernos se aprovisionan; en Jalisco, el IMSS y las farmacias son los proveedores de métodos contraceptivos a los cuales más acuden las mujeres utilizadoras, mientras que en Guanajuato y Michoacán, además del IMSS, la SS y los hospitales y clínicas privadas son los mayores proveedores.

Entre 60 y 65 por ciento de las utilizadoras se dirigen al sector público; de éstas, más de la mitad acuden para ser esterilizadas quirúrgica-

mente, y entre 23 y 27 por ciento para la colocación de un dispositivo intrauterino. Por otra parte, del total de usuarias del sector privado –en los estados de Guanajuato y Michoacán– 30 por ciento acuden para adquirir la píldora y otro 30 por ciento para esterilización. En el caso de Jalisco, las usuarias del sector privado acuden en un 44 por ciento para obtener la píldora (generalmente a través de las farmacias) y 23.8 por ciento para la esterilización quirúrgica (en hospitales o clínicas privadas).

La mayor o menor utilización de un método contraceptivo determinado está relacionada con la política empleada en la aplicación del programa de planificación familiar, donde cada institución fija sus propios objetivos.²²

El abandono del uso de métodos contraceptivos

Entre las principales razones mencionadas por las mujeres que habían utilizado al menos una vez en su vida un método contraceptivo se tiene “la presencia y/o miedo de efectos secundarios”; esta razón es la más señalada (entre el 33 y 40 por ciento) por todas las mujeres utilizadoras. Lo anterior sería producto de diversas situaciones; por ejemplo, la falta de información por parte del personal calificado para ello, o la utilización de vocabulario técnico en la explicación a las usuarias. Habría que distinguir además los efectos secundarios reales de aquellos percibidos como tales por la población.

La segunda razón de abandono –señalada por entre 20 y 30 por ciento de usuarias– es el “querer embarazarse”; esto pudiera significar control voluntario de la fecundidad,

lo cual sería el caso de mujeres que utilizan los métodos contraceptivos para espaciar los nacimientos y que, una vez tomada la decisión de tener un hijo, suspenden el uso del método contraceptivo. Esta razón fue mencionada entre las mujeres menores de 30 años de edad y aquellas que tienen una paridad menor a tres hijos.

Conclusión

Una de las estrategias de la política de población en México fue el programa de planificación familiar. Este programa fue integrado al sector salud, que gracias a su organización y estructura facilitó la aplicación del programa de planificación familiar en todo el país. El sistema de salud es responsable de velar, proteger y estimular la salud de la población; además, recibió la responsabilidad de lograr un objetivo demográfico: la disminución de los niveles de fecundidad, lo cual sobrepasa el dominio de la medicina.

Se observó que el sector salud generalmente trabaja por objetivos que son determinados por cada institución. Una de las medidas principales de evaluación de la efectividad en el trabajo de estas instituciones es la de haber alcanzado los objetivos establecidos; en consecuencia, la administración de las instituciones de salud incita al personal de base a cumplir con estos objetivos.

Sin embargo, los cambios en el comportamiento reproductivo no se producen solamente a través de esfuerzos por cambiar las actitudes, los valores o las motivaciones, sino en un contexto de cambios en el orden social. El programa de planificación familiar se integró a los cam-

bios ya existentes en la sociedad mexicana y facilitó el acceso de la población a los métodos contraceptivos.

El estudio de tres estados permitió observar que tienen cierta homogeneidad en el comportamiento relacionado con la práctica contraceptiva. Se observó también diferente comportamiento en los grupos de edad extremos, lo que produce un efecto generacional.

A través del análisis de variables individuales se encontraron diferencias notables entre el perfil de las mujeres que nunca utilizaron métodos contraceptivos con el perfil de las usuarias de estos métodos. Entre las mujeres utilizadoras, el proceso de la utilización de métodos contraceptivos –elección del método y el abandono– presentaron también características ligadas a las variables individuales consideradas –edad, situación matrimonial, nivel de instrucción, lugar de residencia, paridad–, las cuales tienen una relación de interacción entre ellas y con las otras variables del contexto socio-cultural.

La importancia de conocer las características de sectores de la población está ligada a la toma de decisiones, a la planificación y a la aplicación de cualquier programa que debe tomar en cuenta la realidad particular de cada población.

Por razones de prioridad, el análisis de los datos se limitó a algunas variables individuales que tradicionalmente están ligadas a la utilización de métodos contraceptivos, por lo que este estudio descriptivo debe ser profundizado; un ejemplo sería el estudio de la asociación entre variables desde un punto de vista interac-

uvo, ya que la realidad social no está constituida por variables aisladas.

Notas

- ¹ Este trabajo es parte de la tesis presentada por la autora para obtener el título de maestra en demografía en el Instituto de Demografía de la Universidad Católica de Lovaina, 1996.
- ² En el proceso de adopción de la nueva política de población en México se deben tomar en cuenta diversos elementos que influyeron en el cambio de orientación de la política de población. Para mayores detalles, el lector podrá referirse a V. Brachet, 1984, pp. 285-310.
- ³ Para profundizar en el tema, véase M. E. Cosío Zavala, 1992.
- ⁴ A. Porras, 1975-1976, p. 461.
- ⁵ V. Brachet, *op. cit.*, p. 257.
- ⁶ A. Gallegos, 1977, p. 197.
- ⁷ A. Correu, C. E. Leñero *et al.*, 1980, pp. 247-254.
- ⁸ P. Nájera *et al.*, 1995, pp. 4-11.
- ⁹ M.E. Cosío Zavala, 1994, p. 136.
- ¹⁰ R. Lapham y P. Mauldin, 1985, pp. 123-126.
- ¹¹ J. Bongaarts 1990, p. 303.
- ¹² Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, 1994, p. 336.
- ¹³ Para profundizar en este aspecto, véase K. Davis y J. Blake, 1967, pp. 157-197; R. Carleton, 1970, pp. 129-156.
- ¹⁴ H. Gerard, 1994, p. 71.
- ¹⁵ Esta práctica tiene su origen en el hecho de que las encuestas de fecundidad y de planificación familiar se dirigen por lo general exclusivamente a la población femenina.
- ¹⁶ La mayoría de la población de estos tres estados profesa la religión católica. Los datos estadísticos demuestran que la proporción de la población "no católica" de Guanajuato, Jalisco y Michoacán es la más baja de todo el país. Véase J. Pick y E. Butler, 1994, p. 204.
- ¹⁷ D. Hernández, 1985, p. 81.
- ¹⁸ A. Keller, 1979, pp. 230-236.
- ¹⁹ Para mayores detalles, referirse a Aguirre Patiño, 1996.
- ²⁰ Guanajuato, Chiapas y Puebla son los estados con la proporción más baja

de mujeres utilizadoras de métodos contraceptivos, aproximadamente 42 por ciento; véase INEGI, 1994, p. 110.

²¹ B. García, 1991, capítulo 7, p. 270.

²² Al hacer el análisis del grupo de mujeres esterilizadas se calculó su edad al momento de ser esterilizadas y el tiempo transcurrido desde esa fecha hasta la encuesta, a fin de determinar el periodo en que las esterilizaciones fueron más numerosas. De esa manera se encontró que 73 por ciento de las intervenciones quirúrgicas ocurrieron en los diez años anteriores a la realización de la encuesta, periodo que coincide con la decisión del sector salud de estimular la esterilización femenina como método de contracepción, lo cual fue señalado por V. Brachet, *op. cit.*

Bibliografía

- Aguirre Patiño, G., *Le programme de planification familiale et le Système de santé au Mexique. Etude de trois états*, tesis de maestría, Universidad Católica de Lovaina, Instituto de Demografía, 1996.
- Bongaarts, J. *et al.*, "The demographic impact of family planning programs", *Studies in family planning*, vol. 21, núm. 6, Population Council, New York, 1990, p. 303.
- Brachet, V., "La política de planificación en México: ¿un proceso institucionalizado?", *Revista Mexicana de Sociología*, México, vol. 46, núm. 2, 1984, pp. 285-310.
- Carleton, R., *Aspectos metodológicos y sociológicos de la fecundidad humana*, CELADE, Santiago de Chile, 1970.
- Correu, A., C. Leñero *et al.*, "Agent characteristics and productivity in the Mexican rural health program", *Studies in Family Planning*, vol. 11, núm. 7/8, Population Council, New York, 1980, pp. 247-254.
- Cosío Zavala, M.E., *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*, El Colegio de México, México, 1992.
- *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*, IHEAL, L'Harmattan, París, 1994.
- Davis, K. y J. Blake, "La estructura social y la fecundidad: un sistema analítico", en *Factores sociológicos de la fecundidad*, CELADE/El Colegio de México, 1967, pp. 157-197.
- Gallegos, A. *et al.*, "Recent trends in contraceptive use in Mexico", *Studies in Family Planning*, vol. 8, Population Council, Nueva York, 1977, p. 197.
- García, B., R. Benitez y J. Quilodrán (comps.), *La fecundidad rural en México*, El Colegio de México/UNAM, México, 1991, capítulo 7, p. 270.
- Gerard H., *Sociologie de la population*, UCL, Institut de Démographie, Louvain-la-Neuve, Belgique, 1994, p. 71.
- Hernández, D., "Fertility reduction policies and poverty in third world countries: Ethical issues", *Studies in Family Planning*, vol. 16, núm. 2, p. 81, Population Council, Nueva York, 1985, p. 81.
- INEGI, *XI censo general de población y vivienda*, Aguascalientes, 1990.
- INEGI, *ENADID 1992, Principales resultados*, Aguascalientes, 1994, p. 110.
- Keller, A., "Contraceptive acceptability research: Utility and limitations", *Studies in Family Planning*, vol. 10, núm. 8/9, Population Council, Nueva York, 1979, pp. 230-236.
- Lapham, R., y P. Mauldin, "Contraceptive prevalence: The influence of organized family planning programs", *Studies in Family Planning*, vol. 16, núm. 3, Population Council, Nueva York, 1985, pp. 123-126.
- Nájera, P. *et al.*, "Cobertura de las instituciones de salud en el Estado de México. Análisis comparativo entre la población asegurada y la no asegurada", *Salud Pública de México*, vol. 37, núm. 1, INSP, México, 1995, pp. 4-11.
- Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, *Salud Pública de México*, vol. 36, núm. 3, INSP, México, 1994, p. 336.
- Pick, J. y E. Butler, *The Mexico handbook. Economics and demographic maps and statistics*, Westview Press, San Francisco, 1994, p. 204.
- Porras, A., "Les programmes de planification familiale dans le monde: la situation en 1974", *Etudes de Planification Familial*, vol. 6, núm. 8, Population Council, Nueva York, 1975-1976, p. 461.