

20
2 of



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**LA DESIGUALDAD DE LA MUJER ANTE EL
CONTROL DE LA NATALIDAD
EN MÉXICO, 1982**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

LICENCIATURA EN SOCIOLOGÍA

P R E S E N T A

SILVIA RAQUEL LLERA LOMELI



MÉXICO, D. F.

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	1
1. CONTROL DE LA NATALIDAD ¿REIVINDICACION FEMINISTA O IMPOSICION DEL PATRIARCADO?	9
1.1. El Inicio de los Debates sobre el Control de la Natalidad.	9
1.2. El Feminismo, la Liberación de la Mujer y el Control Natal.	12
1.2.1. El Feminismo del Siglo XIX.	12
1.2.2. La Liberación de la Mujer en el Siglo XX.	15
1.2.3. La Liberación de la Mujer y el Control Natal.	18
1.2.4. Feminismo en América Latina.	21
2. PANORAMA GENERAL DE LA DINAMICA DEMOGRAFICA EN MEXICO DESDE PRINCIPIOS DE SIGLO.	23
Introducción	23
2.1. La Dinámica Demográfica en México.	24
3. LA MUJER Y LAS POLITICAS DE POBLACION EN MEXICO: MARCO JURIDICO.	40
Introducción	40
3.1. Ley General de Población de 1936.	40
3.2. Ley General de Población de 1947.	43
3.3. Ley General de Población de 1974.	44
3.3.1. Reglamento de la Ley General de Población.	46
3.3.2. El Programa Nacional de Planificación Familiar.	48
3.4. Comentarios Generales.	54
4. FUENTES DE INFORMACION Y TECNICAS DE INVESTIGACION	55
4.1. Fuentes de Información	55
4.1.1. Las Encuestas Retrospectivas de Fecundidad en México	55
4.1.2. Características Generales de la Encuesta Mexicana de Fecundidad y la Encuesta Nacional Demográfica.	61
4.1.3. Confiabilidad de los Datos.	62
4.2. Técnicas de Investigación.	63
5. LA ANTICONCEPCION: ANTECEDENTES HISTORICOS.	67
6. PARTICULARIDADES DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.	74
6.1. Métodos Reversibles.	75

6.1.1. Métodos Hormonales.	75
6.1.2. Métodos Mecánicos.	89
6.2. Métodos Definitivos.	101
7. CARACTERISTICAS DE LA ANTICONCEPCION MEXICANA, 1982.	114
7.1. El Impacto de la Planificación Familiar.	114
7.1.1. Panorama General (1976-77 a 1982).	115
7.1.2. La Práctica Anticonceptiva por Método de 1976-77 a 1982.	119
7.2. La Esterilización y el Uso de Inyecciones Anticonceptivas en 1982.	129
7.2.1. La Esterilización en 1982.	129
7.2.2. Los Inyectivos.	136
CONCLUSIONES	140
BIBLIOGRAFIA	149

INDICE DE CUADROS

No.		Pág.
2.1.	Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y Crecimiento Natural México, 1930-1981	33
6.1.	Distribución Porcentual de las Mujeres "Sujetas al Embarazo" por Grupos de Edad Quinquenal y Método, 1982	93
7.1.	Porcentaje de Mujeres Sujetas al Embarazo que están Usando Actualmente un Método Anticonceptivo, según Número de Hijos (1976-77 a 1982)	118
7.2.	Distribución Porcentual de las Mujeres Actualmente Usuarias de algún Método Anticonceptivo (1976-77 a 1982) por Tipo de Localidad	118
7.3.	Distribución y Cambio Porcentual de Mujeres Usuarias de Algún Anticonceptivo de Acuerdo al Nivel de Escolaridad, EMF-END.	119
7.4.	Distribución Porcentual de Mujeres, según Uso Actual de Anticonceptivos en México	126
7.5A	Distribución Porcentual de Mujeres, según uso actual de Métodos Anticonceptivos Específicos y Grupos de Edad (1976-77 a 1982)	127
7.5B	Distribución Porcentual de Mujeres, según uso actual de Métodos Anticonceptivos Específicos y Grupos de Edad	128
7.6.	Comparación entre la Prevalencia Porcentual Anticonceptiva Femenina y Masculina, de 1976-77 a 1982	128
7.7.	Distribución Porcentual de las Mujeres Esterilizadas por Grupos de Edad Quinquenal y Tamaño de la Localidad, México, 1982	133
7.8.	Distribución Porcentual de las Mujeres Esterilizadas de Acuerdo al Número de Hijos Sobrevivientes, 1982	134
7.9.	Distribución Porcentual de las Mujeres Esterilizadas por Grupos de Edad Quinquenal y Años de Escolaridad, 1982	135
7.10.	Distribución Porcentual de las Mujeres Usuarias de Inyectivos por Grupos de Edad Quinquenal y Tamaño de Localidad, 1982.	137
7.11.	Distribución Porcentual de Mujeres Usuarias de Inyectivos de Acuerdo al Número de Hijos Sobrevivientes, 1982	138
7.12.	Distribución Porcentual de Mujeres Usuarias de Inyectivos por Grupos de Edad Quinquenal y Años de Escolaridad, 1982	139

INDICE DE GRAFICAS

No.		Pág.
2.1.	Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad, México 1940-1980 ...	29
2.2.	Tasas de Crecimiento Natural, México 1940-1980	30
2.3.	Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad en México, 1950-1981.	31
2.4.	Tasas de Crecimiento Natural en México, 1950-1981	32
Fig.	Distribución Porcentual de Prevalencia Anticonceptiva, México	
3.1.	1976-1982.....	49
3.1.	Distribución Porcentual de Mujeres Usuarías de algún Método Anticonceptivo de acuerdo al Tamaño de Residencia	53
Esq.	Clasificación de los Métodos Anticonceptivos	75
6.1.		
7.1.	Distribución Porcentual de Prevalencia Anticonceptiva por Tipo de Método, México 1976-1982	121
7.2.	Comparación entre Métodos Femeninos y Masculinos, 1976-77 a 1982.....	124

INTRODUCCION

El eje orientador de la presente investigación, es la desigualdad sexual y social de la mujer ante el control natal en México. No sólo se trata de demostrar empíricamente esta desproporción, sino de brindar algunos elementos que permitan la introducción hacia un análisis causal sobre ella. En otros términos, se pretende ofrecer información que permita, por un lado, ubicar los antecedentes de este control natal en el país y, por el otro, identificar algunas variables explicativas sobre la forma específica que ha adquirido este control en México.

El derecho a la vida, a la integridad personal, a la libertad física, en fin, todos los derechos humanos, sin distinción de raza, religión o sexo, se encuentran consagrados en la Carta Magna de México. Esto significa que la mujer goza, por lo menos jurídicamente, de todos estos derechos en absoluta "igualdad" frente al hombre. En este sentido, y con respecto al control de la natalidad, el artículo 4to. Constitucional señala que la mujer y el hombre son iguales ante la ley, por lo tanto, toda persona (hombre o mujer) tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos¹. Sobre esta base se elaboró la actualmente vigente, Ley General de Población (1974), y las normas y programas que han fundamentado su operacionalización. En estos documentos se menciona, una y otra vez, el derecho de la mujer, a un trato igualitario al hombre. Así, la planificación familiar se constituyó, teóricamente, en uno de los derechos de toda la sociedad mexicana, y en particular, de la mujer, debiéndole ofrecer los elementos necesarios para poder ejercer una total autodeterminación sobre

¹ CONAPO, *Ley General de Población en Bases Jurídicas de la Política de Población de México*, 1984.

su propio cuerpo y poder así, separar su sexualidad, de su maternidad.

La evidencia empírica ha mostrado que no en todos los casos, las actividades de la planificación familiar y el control natal, se han desarrollado conforme a la filosofía expresada en los documentos oficiales. La participación contrastantemente desigual de las mujeres, sugiere que en el país, la planificación se ha cristalizado más bien como una práctica impuesta por el sistema patriarcal que, basado en la diferenciación biológica entre ambos sexos, ha designado a las mujeres como el "objeto" de la investigación, producción y distribución de los métodos anticonceptivos. El patriarcado, al visualizar el acelerado crecimiento poblacional como un obstáculo para el desarrollo, no ha escatimado esfuerzos para reducir el crecimiento demográfico, dejando de lado la elevación de los niveles de bienestar de la población femenina.

La lectura de los programas de planificación familiar plantean, en todos sentidos, una serie de objetivos "ideales" donde no sólo se pretende fomentar la reducción de la natalidad y el cambio en los patrones de formación de familias, es decir, familias pequeñas y nacimientos espaciados, sino que contempla un mejoramiento global de la situación de la mujer, impulsando su integración en las actividades sociales. Comparado con otros programas análogos de países latinoamericanos, podría decirse que el mexicano es de los más completos, ya que logra integrar todas las áreas de la actividad social con los aspectos demográficos. ¿Porqué entonces sus acciones reflejan una incongruencia entre la teoría y la práctica? En el presente trabajo, de tipo hipotético-deductivo, se intentará explorar algunos elementos que puedan orientar la respuesta a dicha interrogante, enfatizando las consecuencias que, sobre la mujer,

tiene este "estilo" de planificación familiar.

En el primer capítulo se presentará una panorámica global del surgimiento y evolución de los movimientos feministas, y la manera como han incorporado el derecho a la anticoncepción en sus demandas.

Cuando el feminismo luchó por legalizar la distribución masiva de los métodos anticonceptivos, consideró que esto daría a las mujeres (casi automáticamente), el poder de autodeterminación y control sobre su propio cuerpo. El caso mexicano es un ejemplo claro de que esta aseveración puede ser falsa.

En el país, como en la mayoría de los estados tercermundistas², la promoción del control de la natalidad cobró auge, cuando el modelo de crecimiento socio-económico que prevalecía, llegaba a su límite. La influencia del pensamiento neo-malthusiano que consideraba al crecimiento de la población como un obstáculo para el desarrollo, sumado a cierta presión internacional, llevaron a un cambio en las políticas poblacionales. En este marco, poco tuvieron que ver las luchas y demandas de los movimientos de liberación de la mujer, sobre la promoción estatal de la anticoncepción.

La evolución de la dinámica demográfica del país, desde el porfiriato, se muestra en el segundo capítulo. Estos antecedentes, aunados al contexto internacional, permiten comprender, grosso modo, el momento histórico en el cual la administración mexicana adoptó, en 1974, una nueva

2 A lo largo de la presente investigación y considerando los fines de ésta, parece no afectar esencialmente el hecho de que, aunque correspondan a diferentes corrientes ideológicas, se utilicen, a lo largo del trabajo, los siguientes términos como sinónimos: Tercer Mundo, tercermundistas, subdesarrollados, dependientes, periféricos, "pobres". En todos los casos nos estaremos refiriendo a los países cuyo desarrollo económico (comercial, industrial, etc.) es mucho menor que el de los países de Europa Occidental y Estados Unidos (países desarrollados, del Primer Mundo, imperialistas, etc.), con quienes establecen relaciones de dependencia.

4

Ley General de Población, pasando de una política poblacionista a una de carácter antinatalista.

Los puntos más relevantes de las leyes poblacionales del país, se reseñan en el tercer capítulo. En él se enfatizan las normas que se refieren a la posición de la mujer ante la dinámica demográfica. Con respecto a la Ley de 1973-74 (actualmente vigente), su reglamento, y el Programa Nacional de Planificación Familiar derivado de éstos, se detallarán algunos artículos en los que se establece la igual participación de hombres y mujeres en la planificación familiar y los objetivos planteados con respecto al mejoramiento de las condiciones de la mujer. Este capítulo es particularmente importante, ya que proporcionará los elementos que, más adelante, permitirán contrastar el discurso oficial con la práctica real. Para realizar esta confrontación, se echará mano de la información generada por dos encuestas retrospectivas de fecundidad. En el capítulo 4 se detallan las características de estas fuentes de datos y de las variables seleccionadas.

La última parte está dedicada a la anticoncepción. En un primer momento (Capítulo 5), se hará una revisión histórica donde se podrá constatar la antigüedad de la práctica anticonceptiva en el mundo. El objetivo de este capítulo es el de brindar los elementos necesarios para apreciar que, desde épocas remotas, existía un diferencial por sexo en cuanto a las motivaciones para utilizar medios anticonceptivos: las mujeres intentaban evitar los embarazos o nacimientos, y los hombres se protegían del contagio de enfermedades venéreas.

En el sexto capítulo, se mostrarán con detalle, las características de los métodos modernos más utilizados. La información sobre las

contraindicaciones y efectos secundarios de cada método, resulta especialmente valiosa porque hará más completa la lectura del Capítulo 7, donde se expone una perspectiva general de la prevalencia anticonceptiva en México, antes y después del impacto de los programas de planificación familiar. En otros términos, no es lo mismo verificar, por ejemplo, que en 1976-77 la mayoría de las mujeres que controlaban sus nacimientos lo hicieron a través de la pastilla que, con información adicional, señalar que esta mayoría, a causa de la pastilla, han incrementado significativamente sus probabilidades de contraer determinado tipo de cáncer y enfermedades cardiovasculares.

El séptimo Capítulo ofrece un panorama global de la evolución que han experimentado los patrones de prevalencia anticonceptiva desde 1976-77 a 1982 y, aunque el objetivo principal es el de demostrar, empíricamente, la desigualdad sexual de la mujer frente al hombre ante el control de la natalidad, se mencionarán algunos aspectos que hablan también de una desigualdad social. Vale la pena aclarar, que no se ahondará en esta desigualdad social ya que, en principio, habría que elaborar una conceptualización de clases sociales de tal manera, que pudiera dar cuenta de la gran diversidad de los grupos que conforman la sociedad mexicana. Algunos estudios al respecto han evidenciado que "el concepto de clase, como tal, ha sufrido casi tantas versiones como autores se han dedicado a analizarlo.... -y que- la heterogeneidad que actualmente presentan tanto la clase obrera como la capitalista, impide hacer una categorización general válida para la clase en su conjunto. Los distintos elementos y fracciones de ellas... complican mucho el establecimiento tanto de su perfil como del potencial de su actuación, así como de los elementos con

que cuentan para hacer valer sus intereses más generales.³ Aunque los datos generados por las fuentes de información que serán utilizadas (encuestas retrospectivas de fecundidad), permiten captar algunos diferenciales económicos (posición y ocupación en el mercado de trabajo), y ciertas particularidades sociales (grado de escolaridad y lugar de residencia), consideramos que éstas no son suficientes para construir una categorización adecuada y fidedigna de los distintos sectores que integran las clases sociales en México⁴. Por otro lado, dicha construcción rebasa los objetivos de la presente investigación ya que aquí, lo que interesa examinar, son las particularidades que presenta la desigualdad sexual de la mujer ante la práctica anticonceptiva. No obstante, se usarán algunos indicadores (nivel de escolaridad y tamaño de la localidad de residencia), que nos permitirán sugerir, aunque de manera tangencial, la desigualdad social entre las mujeres usuarias de anticonceptivos.

Con base en el importante incremento verificado en la esterilización y uso de inyecciones anticonceptivas y, considerando la irreversibilidad del primero y los altos niveles de riesgo del segundo, en el Capítulo 7 se ofrece un apartado en donde se expondrá, en mayor detalle, el perfil sociodemográfico de las usuarias de estos dos métodos.

En México, a diferencia de la experiencia europea y norteamericana, la recopilación de información sobre el uso de anticonceptivos es relativamente reciente. Aunque para finales de la década de los cincuentas y principios de los sesentas, la iniciativa privada ya se encontraba

3 WIRON Linco, Rosa María, "Clases o sujetos sociales?", Sobre las clases sociales, pp.5 y 15.

4 Sin embargo, una excelente aproximación a esta categorización de clases sociales, se presenta en los trabajos de Mario Bronfman, et. al. (1984 y 1986).

realizando algunas actividades de planificación familiar⁵, la distribución de métodos anticonceptivos no alcanzó niveles de gran magnitud sino hasta que, a partir de 1976, todas las instituciones del sector salud se dieron a la tarea de implementar, organizada y conjuntamente, el Programa Nacional de Planificación Familiar. Poco se sabe de la práctica anticonceptiva del país, previa a 1976. Las primeras fuentes de información que arrojaron datos al respecto fueron, la Encuesta de Fecundidad Urbana (PECFAL-Urbano, 1964) y la Encuesta de Fecundidad Rural (PECFAL-RURAL, 1969-1970⁶). En 1976-77, se levantó la primera encuesta retrospectiva de fecundidad a nivel nacional (Encuesta Mexicana de Fecundidad, EMF), donde se captó amplia información sobre la práctica anticonceptiva. Cinco años después, se realizó otra encuesta de características similares, la Encuesta Nacional Demográfica (END, 1982).

Este contexto explica claramente, la razón por la cual las investigaciones sobre la práctica de control natal han sido muy escasas, donde difícilmente se rebasa la mera descripción de los patrones de uso⁷. Por ello, el presente estudio tiene, en primer lugar, un carácter "exploratorio", ya que se intenta "ganar familiaridad con la situación" que nos ocupa⁸. En este sentido, se realizó un examen de la bibliografía disponible sobre el tema y, con base en ésta, se elaboraron algunas hipótesis que instrumentaron la selección de las variables utilizadas en la elaboración

5 Urbina, et. al., "Fecundidad, anticoncepción y planificación familiar en México" en revista Comercio Exterior, 1984.

6 Programa de Encuestas Comparativas de la Fecundidad en América Latina, patrocinadas por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

7 La única excepción es el trabajo realizado por Mario Bronfman, 1986.

8 Padua, Jorge, Técnicas de Investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales, 1987.

de las tablas de contingencia, soporte empírico del análisis descriptivo. Por otro lado, son inexistentes los estudios que, partiendo desde una perspectiva de mujer, se hayan dado a la tarea de analizar la información de estas encuestas, por lo tanto, la pesquisa que aquí se ofrece, pretende ser un aporte al conocimiento del tema.

Las investigaciones que han utilizado la información generada por las encuestas retrospectivas de fecundidad, sobre la práctica antinatalista presentan, generalmente, un análisis descriptivo sobre los patrones de uso. En el presente trabajo, se ofrece información adicional, que permitirá explorar las causas por las cuales en México el control natal, como parte del proyecto político poblacional del Estado, se ha distinguido por su desigualdad sexual y social. Se trata de enfatizar también, las repercusiones que esta desigualdad tiene sobre el "status" de la mujer.

Las metas cuantitativas planteadas por la nueva política de población, en cuanto a la reducción de las tasas de crecimiento del país, imprimieron a la ejecución de los programas de planificación familiar, un sello muy especial: se ha tratado de reducir a corto plazo, y tal vez a toda costa, la fecundidad. Así pues, el "estilo" de la práctica anticonceptiva, promovida por el Estado, muestra que se ha atentado contra la salud de la mujer y, en algunos casos, violando su derecho de autodeterminación, en completa discordancia con la filosofía de sus planteamientos teóricos. Tal vez la desarticulación entre movimientos de liberación de la mujer y proyecto político del Estado, podría explicar, en gran medida, el porqué la práctica anticonceptiva no ha estado directamente asociada a la liberación y bienestar de la población femenina.

1. CONTROL DE LA NATALIDAD ¿REIVINDICACION FEMINISTA O IMPOSICION DEL PATRIARCADO?

1.1. El inicio de los Debates sobre el Control de la Natalidad.

Las primeras formulaciones teóricas sobre el control natal, no se le deben a los movimientos feministas. Malthus fue uno de los primeros teóricos que planteó los posibles "efectos negativos" de un crecimiento acelerado de la población.

Anteriormente, las doctrinas mercantilistas que se encontraban en boga hasta antes de que surgieran los economistas clásicos, consideraban que la población era un recurso más, por lo que una población numerosa daba a los estados un mayor poder. Este tipo de pensamiento explica que las políticas de población, en esa época, estuviesen encaminadas, de alguna manera, a lograr un incremento demográfico.

A finales del siglo XVIII y principios del XIX (tal vez como consecuencia de las Revoluciones Industrial y Francesa), se empieza a modificar la conceptualización de la relación entre la población, el desarrollo y el progreso de las naciones. El pensamiento de Thomas Robert Malthus, que quedó plasmado en su Ensayo sobre el Principio de la Población (1798), establece esta relación entre el incremento poblacional y la producción de alimentos.

Malthus consideraba que la causa de la pobreza no tenía nada que ver, por lo menos en forma directa, con "las formas de gobierno o con la desigual distribución de la propiedad....le preocupó el crecimiento de la población, pero particularmente, el aumento de los menesterosos....Afirmó que la población se duplicaba cada veinticinco años, cuando su crecimiento no era detenido por alguna causa, y apreció

que la tierra, por razón del desgaste, tendía a dar un rendimiento cada vez menor, de donde expuso la Ley del rendimiento no proporcional¹. Las principales ideas malthusianas pueden sintetizarse en tres puntos:

"a) El aumento de la población está limitado por los medios de subsistencia.

b) La población crece invariablemente cuando aumentan los medios de subsistencia a menos que sea detenido el crecimiento por obstáculos poderosos.

c) Los obstáculos que pueden mantener el crecimiento de la población al nivel de las subsistencias, pueden ser: la restricción moral, el vicio y la desgracia². Seguramente la "moral" religiosa de Malthus le impidió sugerir cualquier otro tipo de medio para controlar conscientemente la fecundidad³.

La relación que Malthus estableció entre población y "progreso" se refleja en la siguiente cita:

"el crecimiento de la población es una cosa excelente en sí misma, 'pero a condición de que sea' la consecuencia de un progreso, 'el resultado' del estado natural de las cosas. La población y las subsistencias reaccionan una sobre la otra, pero no hay que engañarse acerca del orden natural de sus desarrollo. Es necesario que un progreso de la población esté precedido por uno de las subsistencias..... Con su espectacular planteamiento demográfico (Malthus) se ganó la simpatía de los interesados en mantener la injusticia social; su ideología ayudaría a justificar el desarrollo europeo y la miseria que no extinguió⁴.

1 MORA Bravo Miguel, El Derecho a la Planeación Familiar, Marco Jurídico, pp. 23-24.

2 MALTHUS, Thomas Robert, Essay, 1a. Edición, Ed. Macmillan & Co., Londres, 1926.

3 Considerando que ya se conocían y utilizaban métodos como el condón y diafragma.

4 MORA Bravo, Miguel, ob. cit., pp.27-28.

"El estímulo que el principio de la población representó fue en verdad fuerte y de largo alcance. Probablemente no hubo otra idea que ejerciera tanta influencia sobre la teoría económica y en su práctica en la primera mitad del siglo XIX..... tres de sus contribuciones teóricas más importantes (fueron) la teoría de la población, la teoría de la renta y la teoría de la demanda efectiva"⁵.

Charles Knowlton, en 1877, escribió el primer panfleto ("Los Frutos de la Filosofía") de debate público sobre anticoncepción. Basado en las ideas de Malthus, pero desde una posición más radical, consideraba que el posponer el matrimonio y el celibato, eran métodos inadecuados e insuficientes para solucionar el problema poblacional, en su lugar, trató de promover la anticoncepción.

Alrededor de 1877, se formó la Liga Malthusiana que propagandizaba el control de la población como una respuesta frente a la pobreza. La liga trató de promover el control natal pero sólo de la clase trabajadora.

Contemporáneamente a las ideas de Malthus, surge una nueva filosofía antinatalista, la "EUGENECICA". Esta afirmaba que no sólo hay razas superiores sino que, la raza anglo-sajona, era física y mentalmente superior a otras. Como la "ley del más fuerte" se constituyó en uno de los pilares de esta "teoría", la evidencia empírica era obvia para quienes sostenían dicha ideología ya que, las clases trabajadoras tendían a ser pequeñas físicamente, con poca salud y morían mucho más jóvenes que las clases media y alta. Este hecho no era sorprendente dados los grados de desnutrición, malas condiciones habitacionales y cuidados de salud que las masas poblacionales tenían. Las ideas eugenesistas creían que la clase

5 MEEK, L. Ronald (compilador), Marx, Engels y la explosión demográfica, p. 51.

trabajadora tenía poca voluntad, poca inteligencia y era moralmente degenerada⁶.

En síntesis, el surgimiento de los primeros análisis sobre asuntos poblacionales y el debate sobre el control de la natalidad tienen, a grandes rasgos, su origen en dos preocupaciones básicas:

- la tasa de natalidad de la clase trabajadora era mucho más alta que la de los grupos privilegiados y se estaban reproduciendo como no lo habían hecho antes, y
- el temor de que las clases altas redujeran, aún más, su poco crecimiento.

Como se puede apreciar, estaban en juego cuestiones de poder y control sobre la población. En este contexto y a pesar de que casi simultáneamente en esta época (siglo XIX) ya habían surgido los primeros grupos feministas, poco o nada interesaba, ni la opinión de la mujer, ni su situación marginal.

1.2. El Feminismo, la Liberación de la Mujer y el Control Natal.

1.2.1. El Feminismo del Siglo XIX.

En un sentido estricto, feminismo se le ha denominado a las luchas de corte sufragista realizadas por las mujeres de fines del siglo pasado y principios del presente. El objetivo fundamental de estos movimientos era el de obtener para la población femenina el reconocimiento de sus derechos ciudadanos.

La aparición de los primeros brotes feministas se localizan históricamente a finales del siglo XVIII. Esto es explicable porque ese

⁶ MORA Bravo, Miguel, ob. cit., p. 5.

fue un siglo donde el principio de "igualdad" cobró gran auge. En este sentido, "no era raro que a alguien se le ocurriera que la mujer también, como ser humano, debía disfrutar de esa justa igualdad. Lo que empezó a pedir la mujer con el triunfo de la Revolución Francesa, fue el reconocimiento de sus 'derechos' y, más tarde, el voto, como máxima expresión de libertad"⁷. Sin embargo, para fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX, la mujer francesa tenía una muy limitada libertad: "de la sujeción total a la voluntad del padre pasaba a la del marido, a través de un matrimonio generalmente convenido e impuesto por los padres. Viuda dependía del hijo primogénito, del hermano o, nuevamente, del padre"⁸.

Para mediados del siglo XIX, el feminismo socialista tuvo entre sus primeras promotoras a una mujer vinculada con América Latina: Flora Tristán. En 1835, salió publicado en París su libro "Peregrinaciones de una mujer paría" donde describía la deplorable situación de las mujeres peruanas.

Para 1848, en Francia las mujeres se reunían de nuevo en clubes y asociaciones que, aunque eran más o menos efímeras, lograron la fundación de los primeros periódicos feministas⁹.

Por influencia de la Revolución Francesa, en Inglaterra también se dio un despertar de la conciencia feminista. No obstante, esa primera corriente se disolvió y no fue sino hasta la mitad del siglo XIX cuando se retomó, con mayor fuerza, el reclamo de los derechos de la mujer¹⁰.

7 FOPPA, Alde, "Feminismo y liberación", Imagen y realidad de la mujer, p. 82.

8 Ibidem, p. 83.

9 Ibidem, p. 85.

10 Idea.

Curiosamente, el gran feminista del siglo XIX fue John Stuart Mill, filósofo inglés, economista y político activo, que defendió en el Parlamento el voto para la mujer. En 1869 publicó su famoso ensayo sobre la esclavitud de la mujer (cuyos argumentos esenciales siguen siendo válidos después de un siglo)¹¹.

En los países anglosajones, en Canadá y Francia, también aparecieron desde la segunda mitad del siglo XIX, movimientos feministas que reivindicaban para las mujeres el derecho de voto, el derecho al trabajo y el derecho a la instrucción¹².

En Estados Unidos el feminismo fue más eficaz que en Europa. Este surgió a finales del siglo XIX y tomó la forma de "Women's Club", círculos femeninos en que las mujeres se reunían para discutir sobre sus problemas y sobre las cuestiones políticas o económicas del momento¹³.

Como se puede apreciar, en muchos países las luchas feministas de fines del siglo XIX y comienzos del XX, coincidieron en demandar y posteriormente obtener, los derechos ciudadanos¹⁴. No es sino hasta que inicia el siglo XX cuando, el control de la natalidad y el uso de anticonceptivos, empieza a aparecer en el discurso feminista reivindicándose como un derecho de la mujer.

¹¹ *Ibidem*.

¹² BENSADON, Ney, Los Derechos de la Mujer, pág. 61.

¹³ *Ibidem*, p. 68.

¹⁴ DE BARBIERI, Teresita, "Movimientos Feministas", Grandes Tendencias Políticas Contemporáneas, p. 5.

1.2.2. La Liberación de la Mujer en el Siglo XX.

A mediados de los años sesentas, cuando las mujeres constataron que "los derechos políticos no habían sido la llave maestra que abriera a las mujeres la conquista automática de la igualdad en todos los planos... -y no queriendo- ...amarrar el movimiento a un único objetivo concreto"¹⁵, surgió lo que hoy conocemos como liberación de la mujer (a diferencia del feminismo de los siglos XVIII, XIX y principios del XX). Este movimiento de liberación de la mujer, se inicia en Estados Unidos en 1966, cuando Betty Friedman funda la National Organization of Women (NOW). Casi al mismo tiempo se inician movimientos de liberación en Inglaterra y, algunos años después, en Francia, Italia, y en otros partes¹⁶.

Si consideramos que estas mujeres organizadas comienzan sus acciones luchando por el derecho elemental del voto y que, en Estados Unidos, vanguardia de la liberación femenina, éste se obtuvo hasta 1920¹⁷, resulta claro porqué la legalización de la anticoncepción, en ese entonces menos importante, fue una lucha posterior.

En los distintos países, la mujer ha experimentado y experimenta una opresión similar, por ello, los movimientos de "Liberación Femenina" tienen también metas parecidas, sin embargo, en cuanto a su organización y concepción, pueden existir diferencias. A pesar de esto, de una o de otra forma, en todos subyace una única meta: la liberación de la mujer¹⁸.

Así es como, el llamado "feminismo", resurge hacia fines de los años

¹⁵ Idem.

¹⁶ FOPPA, Aialde, ob. cit., pp. 81-82.

¹⁷ BENSADON, Mey, ob. cit., p. 66.

¹⁸ MITCHELL, Juliet, La Condición de la Mujer, pp. 48-49.

sesentas, en su modalidad de "liberación de la mujer", bajo tres perspectivas diferentes: la radical, la liberal y la socialista¹⁹. Los planteamientos de cada una de estas son, en síntesis, los siguientes:

- a) liberales.- consideran que es posible la igualdad social en un país capitalista democrático sin necesidad de una revolución;
- b) feministas radicales.- comparten la posición de que puede lucharse contra la opresión de la mujer independientemente de que exista otro tipo de opresores.
- c) socialistas.- siguen un análisis materialista, y consideran que se trata de una lucha central, a la vez que parte intrínseca de una lucha revolucionaria más amplia, para cambiar el modo dominante de producción capitalista al socialista que, finalmente, derivará en el comunismo.

Independientemente de la corriente de que se trate, en términos generales, la Liberación Femenina comenzó con una serie de quejas: "quejas en contra de la sociedad y en contra de los grupos radicales que se suponía estaban desafiando a esa sociedad. En su período de formación, una de sus primeras tareas consistió en transformar estas quejas en:

- a) un desafío político a las instituciones sociales, y
- b) el desarrollo de una organización que en su forma y contenido erradicaría las fallas pertinentes de los otros grupos radicales anteriores"²⁰.

El nuevo lema que enarbolaban los movimientos, "lo personal es político", tenía la intención de evidenciar que el cómo y la frecuencia de las relaciones sexuales, la práctica del control de la natalidad o de

19 DE BARBIERI, Teresita, ob. cit., pp. 8-11.

20 MITCHELL, Juliet, ob. cit., p. 79.

dar a luz, eran cuestiones de gran importancia política y que, por tanto, no había una "esfera privada" donde se atendieran tales cuestiones²¹.

En este sentido, Linda Gordon demostró que la falta de control de la mujer sobre la reproducción formaba parte de las relaciones sociales que determinaban su opresión. Que estas relaciones y luchas se debían entender a su vez como parte de la historia del sistema patriarcal²².

Ahora bien, ¿qué se entiende por "sistema patriarcal o patriarcado"? Dado que este concepto es una de las principales aportaciones teóricas del discurso feminista contemporáneo y además será utilizado a lo largo de la presente investigación, resulta indispensable presentar en qué términos se deberá entender dicho concepto.

Para Teresita de Barbieri, el patriarcado es un "sistema universal de relaciones de poder, mediante el cual los varones y lo masculino dominan a las mujeres y lo femenino"²³. Por su parte, y ampliando esta idea,

"Kate Millet demuestra que la expresión 'patriarcado' describe un tipo universal (geográfico e histórico) de relaciones de poder y dominio. Demuestra que dentro de un 'patriarcado' el sistema omnipotente de dominio masculino y subyugación femenina, se logra por medio de la socialización, se perpetúa por medios ideológicos y se sostiene por métodos institucionales. El hombre es dominante por hábito (el efecto de la psicología, de la socialización y de la ideología) y cuando es necesario, por la fuerza (ellos controlan la economía, el estado y sus agentes, es decir, el ejército, y tienen un monopolio sobre la violencia sexual). El concepto 'patriarcado' lo envuelve todo: penetra las divisiones de clase, las distintas sociedades, las épocas históricas. Su

21 PETCHESKY, Rosalind, "Los Grupos Marxistas-Feministas", Patriarcado Capitalista y Feminismo Socialista, p. 90.

22 EINSENSTEIN, Zillah R., "Maternidad, reproducción y supremacía masculina", Patriarcado Capitalista y Feminismo Socialista, p. 99.

23 DE BARBIERI, Teresita, ob. cit., p.10.

principal institución es la familia: por tener las bases biológicas más inestables, el patriarcado tiene que valerse, en su lugar, de la cultura 'heredada' y del entrenamiento de los niños. El 'patriarcado' es, entonces, la política sexual por medio de la cual el hombre establece su poder y mantiene el control. Todas las sociedades y todos los grupos sociales dentro de estas categorías son sexistas, no en el sentido de que uno pudiera sostener que 'todas las sociedades son racistas', sino en el sentido mucho más fundamental de que toda su organización, en todos los niveles, está fundada en la dominación de un sexo por el otro. Las variaciones específicas son menos significativas que la verdad general²⁴.

1.2.3. La Liberación de la Mujer y el Control Natal.

El control de la natalidad constituye una cuestión, para las feministas, indispensable para la liberación sexual porque sin él, el sexo no se podía separar de la procreación. Por eso, cuando el control de la natalidad revivió en la era de la primera guerra mundial, las mujeres feministas se sumaron a este movimiento ayudando, a través de manifestaciones, propaganda, organización de foros públicos, etc., a construir el movimiento para el control de la natalidad²⁵. Sin saberlo, estaban apoyando un movimiento que más tarde se revertiría en contra suya.

El hecho de considerar que la mujer se había vuelto dueña de su propio cuerpo gracias a los métodos anticonceptivos y, en particular, a la pastilla hormonal²⁶ (década de los sesentas), ha sido un error de las feministas de esta época ya que, no se trataba simplemente de exigir el acceso masivo a la anticoncepción, sino más bien de luchar por el derecho

24 WITCHELL, Juliet, ob. cit., p.78.

25 GORDON, Linda, "La Lucha por la libertad reproductiva: tres etapas del feminismo", Patriarcado Capitalista y Feminismo Socialista, pp. 132-133.

26 FOPPA, Alaide, ob. cit., p.95.

a la autodeterminación reproductiva, es decir, a la libertad de elegir cuándo tener hijos y el modo concreto como evitar los embarazos. El movimiento desarrolló el concepto de "controla tu cuerpo"²⁷, pero no lo tradujo a este sentido más amplio. Por otro lado, tampoco se cuestionaron la participación masculina en esta planificación de la natalidad.

Así pues, y con estas limitantes, en Estados Unidos, el movimiento en pro del control de la natalidad de 1914-1920, fue un movimiento de masas con ligas en todas las grandes ciudades y en muchos pueblos²⁸. Promovió y, finalmente, consiguió que la anticoncepción fuera legal²⁹.

De 1920 a 1965, la decadencia de toda la izquierda, feminista y no feminista, aletargó, después de la primera guerra mundial, el movimiento por el control de la natalidad. Entre 1920 y 1945 la campaña a favor del control de la natalidad se convirtió en un proyecto de servicio profesional y se consideraba respetable ya que estaba administrado y centralizado por los hombres. Esta campaña estaba influida por las convicciones elitistas y eugenésicas que afirmaban que a los pobres había que ayudarlos y pacificarlos disminuyendo sus tasas de natalidad. Después, entre 1945 y 1960, se convirtió en una campaña internacional de control de la población, manejada en última instancia, por el sector dominante de Estados Unidos, a través de sus fundaciones corporativas. Estas transformaciones se presentaban paralelamente a la producción comercial y mercantilización masiva de los anticonceptivos, así como con la investigación dirigida a la reducción de la fecundidad y fertilidad a

²⁷ MITCHELL, Juliet, *ob. cit.*, pp. 64-65.

²⁸ Gordon, Linda, *ob. cit.*, p. 133.

²⁹ *Ibidem*, p. 135.

cualquier costo, incluso el de pasar por alto la salud y libertades civiles³⁰.

Para 1970, el control de la natalidad volvió a surgir con fuerza como una de las principales demandas del movimiento de liberación de la mujer. Aunque para esta década la cuestión anticonceptiva ya explicitaba el derecho a la libertad reproductiva y denunciaba el sesgo patriarcal en el tipo de métodos comercializados y distribuidos, poco se avanzó en este campo: hasta ahora, no se han desarrollado nuevos anticonceptivos masculinos y las mujeres siguen utilizando básicamente píldoras hormonales y aparatos intrauterinos, que pueden representar un alto riesgo para la salud de la mujer³¹.

El control de la reproducción, en cuanto a su forma e impacto, ha sido diferencial para los distintos sectores de la población y subgrupos nacionales de mujeres. Uno de los ejemplos más patentes de esta división nacional de clase es la esterilización sistemática e involuntaria impuesta por la Agencia Internacional para el Desarrollo (de Estados Unidos) y otras agencias estatales de control de la población, sobre las mujeres de Puerto Rico, las indígenas norteamericanas y otras mujeres del Tercer Mundo de la periferia imperialista³². En la presente investigación se mostrará que, en México, también se ha verificado un impacto desigual de la anticoncepción y, para ello, se han distinguido, en la medida en que las fuentes de información lo permitieron, a las mujeres de los grupos sociales, con más precarias condiciones socio-económicas.

30 GORDON, Linda, ob. cit., pp. 135-136.

31 Ibidem, p. 146.

32 PETCHESKY, Rosalind, ob. cit., p. 91-92.

1.2.4. Feminismo en América Latina.

En buena medida, gracias al desarrollo de los medios de comunicación, el movimiento feminista se expandió rápidamente por todos los continentes³³. Influyó en ello también, las críticas, denuncias y propuestas de las feministas que se llevaron al seno de la Organización de las Naciones Unidas como violaciones a la Carta de los Derechos Humanos. En ese entonces, el feminismo fue visto con cierta simpatía por personas, grupos e instituciones interesados en el descenso de la fecundidad en los países del Tercer Mundo. "Se pensaba entonces que la extensión de la experiencia de las mujeres del occidente capitalista a todos los rincones de la Tierra donde fuera necesario disminuir el ritmo de crecimiento de la población, era un objetivo que alimentaba al propio. De este modo, en la declaración del año de 1975 como Año Internacional de la Mujer, y la Conferencia Mundial que tuvo lugar en México, se conjugaban intereses diversos³⁴. Puede pensarse que los logros que se obtuvieron en cuanto a la aceptación del control de la natalidad se debieron, fundamentalmente, a la coincidencia de intereses y no tanto a la fuerza de los grupos feministas. La forma como se ha desarrollado este control de la natalidad en el Tercer Mundo evidencia el divorcio real de estos "intereses". En los documentos de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales presentados en la Conferencia de evaluación de la Década de la Mujer de las Naciones Unidas (Nairobi, 1985), quedó de manifiesto que los avances logrados en términos de mejorar las condiciones de vida

33 DE BARBIERI, Teresita, ob. cit., p. 11.

34 Ibides, p. 21.

de las mujeres han sido muy escasos³⁵.

Por su parte, en América Latina, las nuevas legislaciones ni siquiera han sido divulgadas entre la población de manera que las mujeres de los distintos sectores sociales, puedan hacer efectivos sus derechos y garantías³⁶.

A pesar de que en México la planificación familiar surgió por causas exógenas a las luchas feministas, los planteamientos teóricos de los programas de control de la población (detalladas en el capítulo 3 de la presente), contemplan el mejoramiento de la condición de la mujer en todos sus niveles, sin embargo, como se verá más adelante, en la práctica, éstos no han mejorado los niveles de vida de la mujer, y las reducciones en las tasas de natalidad se han logrado en condiciones de desigualdad sexual y de la violación a su derecho de libertad reproductiva. Además, existen evidencias que sugieren que la distribución de anticonceptivos ha sido inadecuada y diferencial entre los distintos sectores de la población femenina.

35 *ibidem*, pp. 15-16.

36 *ibidem*, p. 17.

2. PANORAMA GENERAL DE LA DINAMICA DEMOGRAFICA EN MEXICO DESDE PRINCIPIOS DE SIGLO.

Introducción.

En el primer capítulo se presentó la manera como el movimiento feminista y de liberación de la mujer incorporó a sus demandas el derecho al control natal. La fuerza que estos movimientos adquirieron en los países desarrollados y los logros obtenidos con respecto a la anticoncepción, reflejan una realidad diferente a la del feminismo en México.

La evolución del crecimiento poblacional en el país desde finales del siglo XIX y principios del XX, relacionado con las características socio-económicas específicas de cada periodo explican, en gran medida, la aparición de las tres leyes de población que estuvieron vigentes en diferentes épocas.

El acelerado crecimiento demográfico y las presiones internacionales sobre el Estado Mexicano al final de los sesentas y principio de los setentas, jugaron un papel fundamental en la creación de la primera Ley General de Población de carácter antinatalista. A partir de ésta, se formularon los primeros programas de planificación familiar cuyas acciones estuvieron orientadas básicamente a la distribución masiva de anticonceptivos (segundo quinquenio de la década de los setentas). Así, el control de la natalidad entraba en vigor en México independiente de los movimientos feministas.

2.1. La Dinámica Demográfica en México.

En 1877, Porfirio Díaz asumió la presidencia del país, iniciándose así la dictadura porfiriana con una duración de 34 años. Durante este periodo en el que se impuso cierta estabilidad en todos los órdenes, la población experimentó un crecimiento que fluctuaba del 1% a 1.5%, anualmente. A pesar de este ascenso, los niveles de mortalidad permanecían en niveles muy elevados. Se ha estimado que la tasa bruta de mortalidad oscilaba entre las 30 y 35 defunciones por mil habitantes¹. En 1895, año en que se levantó el primer censo de características modernas, la población era de 12.6 millones. El tercer censo, efectuado en 1911, indicaba que ya la población rebasaba ligeramente los 15 millones. Este crecimiento descansó propiamente en los nativos del país ya que la inmigración, a pesar de que se trató de impulsar como política gubernamental, no alcanzó niveles significativos².

A principios del siglo XX y como consecuencia de la crisis y deterioro del gobierno porfirista, se llevaron a cabo las primeras migraciones hacia Estados Unidos. Pocos años después, al estallar la

1 Las tasas brutas se obtienen dividiendo los eventos en un periodo determinado entre la población total correspondiente a ese mismo periodo:

$$\begin{array}{l} \text{Tasa Bruta de Natalidad} \\ \text{TBN} = \frac{\text{No. de nacimientos en el periodo "X"}}{\text{Población Total en el periodo "X"}} \quad * (1000) \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{Tasa Bruta de Mortalidad} \\ \text{TBM} = \frac{\text{No. de defunciones en el periodo "X"}}{\text{Población Total en el periodo "X"}} \quad * (1000) \end{array}$$

2 ALBA, Francisco, La Población de México: evolución y dilemas, pág. 16.

Revolución en 1910, el crecimiento poblacional declinó por varias razones: las defunciones propias de la guerra, nuevos movimientos migratorios temporales y definitivos hacia Estados Unidos y sobre todo, las muertes ocasionadas por la epidemia conocida como "Influenza española".

No es sino hasta el periodo comprendido entre 1930 y 1940, que la población se repuso de los estragos de la guerra, empezando a acelerar su ritmo de crecimiento. Se ha estimado que, para 1940, la población ascendía a los 20 millones de habitantes. "Entre los intentos de los años treinta por encontrar nuevas formas de evolución económica y social se encuentra el de la formulación de una política de población. Si bien ésta fue poblacionista, su orientación difería de las ideas que habían prevalecido en épocas anteriores: la inmigración no se consideraba ya la panacea³; al contrario, se propugna..... por un dinámico crecimiento de la población del territorio fomentando la fecundidad y proponiéndose abatir la mortalidad⁴.

A partir de la década de los cuarentas, México inicia una etapa de crecimiento económico y estabilidad política. Como resultado del gobierno de Lázaro Cárdenas, precedido por casi 34 años de inestabilidad política, "El consenso social y coalición política se consolidó..... en torno a la industrialización del país⁵. Desde este momento, hasta 1970, la economía mexicana se caracterizó por un crecimiento industrial y agrícola, acompañados por un acelerado ritmo de crecimiento demográfico. En este

3 Como lo fue marcadamente durante el porfiriato.

4 ALBA, Francisco, ob. cit., p. 19.

5 ALBA, Francisco, Potter E. Joseph, "Población y Desarrollo en México: una síntesis de la experiencia reciente", pág. 9.

periodo se elaboraron algunas políticas que, aunque no habían sido diseñadas para provocar un cambio poblacional en el país, fomentaron su crecimiento. Las políticas agrarias, referidas básicamente al reparto agrario y a la modernización⁶, facilitaron en cierta medida, la absorción de población en las áreas rurales. Las políticas urbanas que tuvieron como objetivo la promoción de una rápida industrialización, también permitieron la absorción de mano de obra en estas áreas. Por otra parte, al centrarse en los subsidios de servicios y alimentos básicos, de salud y servicios educativos se mejoró, de alguna manera, el nivel de vida de la población urbana, favoreciendo su crecimiento. En esta época "La dirigencia mexicana vió (en la expansión demográfica) un elemento de integración y soberanía nacionales y un factor propicio para la industrialización y el desarrollo económico y social del país"⁷.

Aunque ya desde la década de los sesentas se empezaron a manifestar algunos gérmenes de la terciarización⁸ y marginalidad, no es sino hasta la siguiente década que, al no renovarse las políticas de fomento agrícola e industrial, éstas entraron en un estado de franca crisis. El ahorro interno ya no era suficiente y, con el fin de mantener dichas políticas, se recurrió al financiamiento externo. Esto ocasionó que México aumentara sus lazos de dependencia con las economías mundiales, sobre todo con Estados Unidos. El país se abrió entonces, al capital extranjero y a las

6 Promoviendo principalmente nuevas tierras de cultivo.

7 ALBA, Francisco, "Población y Desarrollo, Presencia de la demografía en el debate político", p. 19.

8 Entiéndase un incremento del sector terciario de la economía. En este sector se agrupan todas aquellas actividades dedicadas a la prestación de algún servicio público o privado, que no se refieren a la producción, ni transformación de una materia prima y no se realiza un proceso de producción para la obtención de productos en serie.

empresas transnacionales, originándose así, los fenómenos de transferencia y dependencia tecnológicas.

Una de las consecuencias de esta transferencia, en el área demográfica, fue el impacto producido por la importación de la tecnología sanitaria y médica, sobre los niveles de mortalidad. Aunque ciertamente las tasas de defunciones ya presentaban una tendencia descendente, ésta se aceleró notablemente con la introducción de vacunas, instrumental y equipo médico, etc.⁹. La baja espectacular en los niveles de la mortalidad, aunado a una elevada fecundidad prácticamente estable, provocó que en México, como en otros países latinoamericanos, se empezara a experimentar un acelerado crecimiento de población. Estas tendencias se muestran claramente en la gráfica 2.1. donde aparecen las tasas brutas de natalidad (TBN) y mortalidad (TBM) del país a partir de 1940 hasta 1980. Como puede observarse, las TBN permanecen casi estables y en altos niveles hasta 1975, punto de inflexión a partir del cual se experimenta una drástica caída de la natalidad. En cuanto a la mortalidad, se observa un importante descenso desde 1940. La diferencia entre las tasas de natalidad y mortalidad, marcadas con las dobles flechas (gráfica 2.1.), muestra el

9 Miró, A. Carmen y Joseph E. Putter, "Mortalidad", Población y Desarrollo, estado del conocimiento y prioridades de investigación; Beha, Hugo, "Determinantes de niveles y diferencias de la mortalidad, introducción", Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo; Breilh, J. y Eduardo Grandá, "Un marco teórico sobre los determinantes de la mortalidad", Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo; Chakol, J., "La mortalidad en América Latina: Niveles, tendencias y determinantes", Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo; Bronfman, M. y Rodolfo Tuñán, "La desigualdad social ante la muerte: Clases sociales y mortalidad en la niñez", Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo; Winujin, A., et. al., "Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad infantil", Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo; Winn Valdez, A., "Estimaciones de los niveles, tendencias y diferenciales de la mortalidad infantil y en los primeros años de vida en México, 1940-1977", Lecturas sobre temas demográficos; Bronfman, M. y José Gómez de León (compiladores), La mortalidad en México, niveles, tendencias y determinantes; CEED, "Mortalidad", Dinámica de la Población en México.

crecimiento o descenso poblacional que, como puede apreciarse, se incrementa hasta 1975. Los datos correspondientes a 1980, indican una fuerte baja poblacional, que parece resultar, como veremos más adelante, de las acciones del Programa Nacional de Planificación Familiar. En la gráfica 2.2. aparece el crecimiento "natural"¹⁰ de la población mexicana a partir de 1940. En ésta se observa, con mayor claridad, el incremento poblacional a partir de 1940 y su importante descenso a partir de 1975. Llama la atención el decremento experimentado de 1965 a 1970. En realidad hay evidencias de que la formación de familias presenta cambios tendientes a una baja, mostrándose un ligero descenso de la fecundidad ya en la década de los sesentas¹¹, periodo anterior a la formulación de la tercera Ley General de Población¹² (1974) y del surgimiento del Programa Nacional de Planificación Familiar. Este hecho sugiere la existencia de un grupo de mujeres que, de alguna manera, ya controlaba sus nacimientos.

En las gráficas 2.3. y 2.4. se aprecian estas tendencias con mayor detalle (año por año) a partir de 1950 y hasta 1980.

10 La tasa de crecimiento natural (TCN) es la medida que indica el aumento o decremento de la población "natural", es decir, sin tomar en consideración los movimientos migratorios (emigración e inmigración). Se obtiene de la diferencia entre los nacimientos y defunciones ocurridos en el mismo periodo sobre la población media total del mismo periodo:

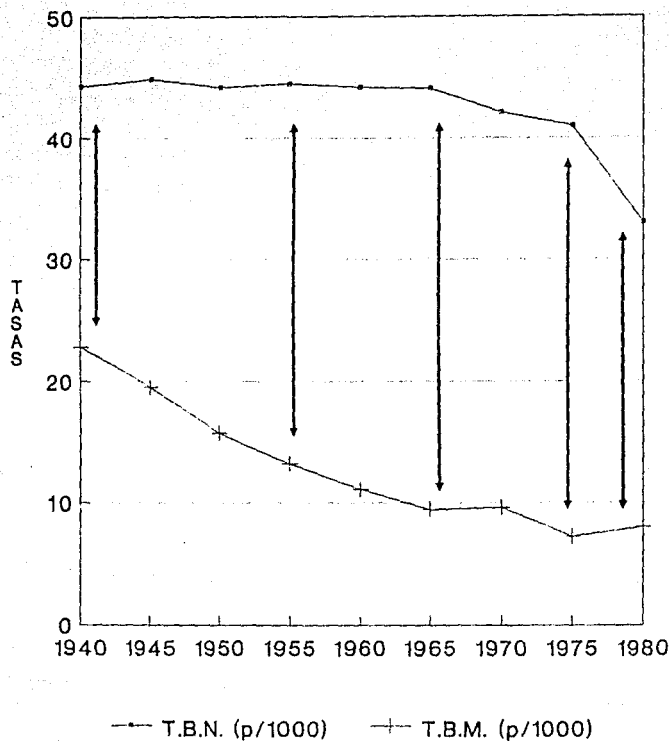
$$\text{TCN} = \frac{(\text{No. de nacimientos año "X"} - (\text{No. defunciones año "X"}))}{\text{Población Media Total (al 1ro. de julio del año "X")}$$

11 JUAREZ, Fátima, "De una Fecundidad Natural a una Controlada".

12 Primera ley de población de carácter "antinatalista".

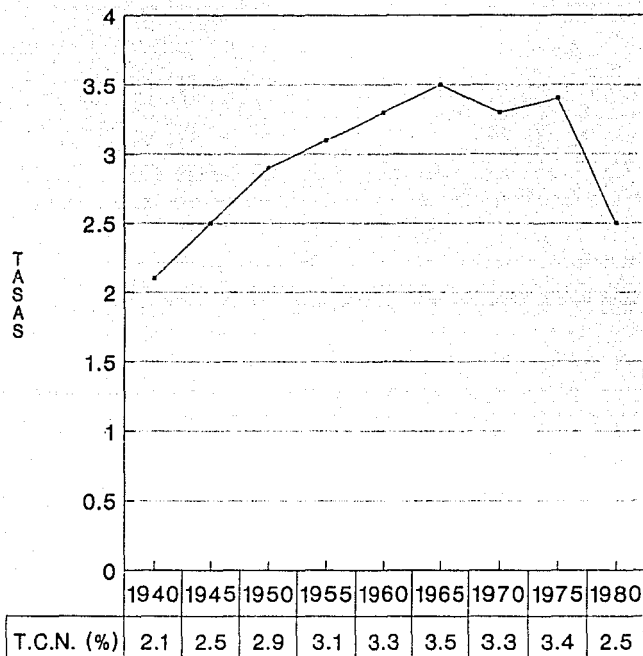
GRAFICA 2.1.
TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD
MEXICO 1940-1980

(POR 1000 HABITANTES)



Fuente: Cuadro 2.1., pág. 33

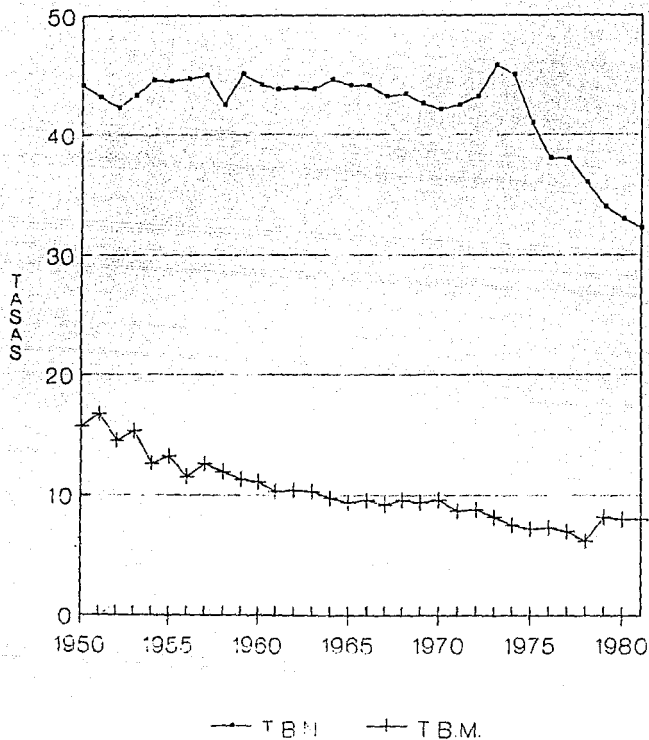
GRAFICA 2.2.
TASAS DE CRECIMIENTO NATURAL
MEXICO 1940-1980
 (por 100 habitantes)



— T.C.N. (%)

Fuente: Cuadro 2.1., pág. 33

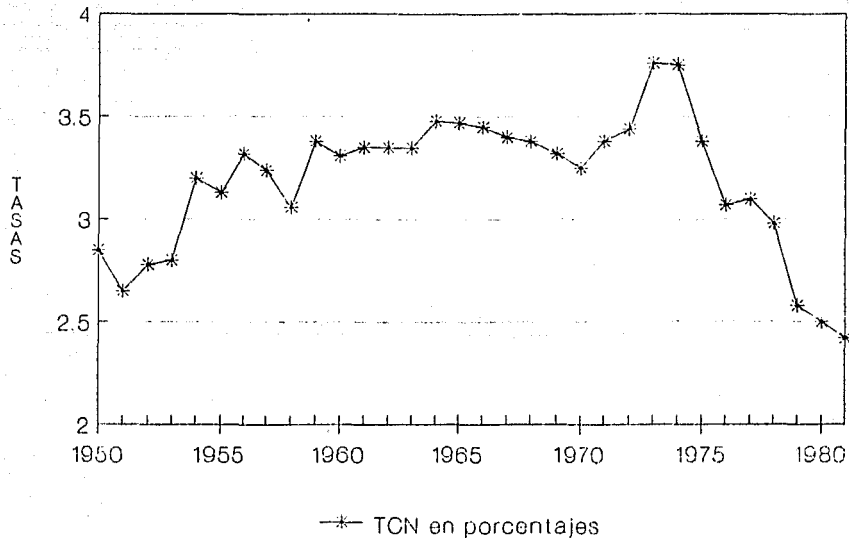
GRAFICA 2.3.
TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD
(p/1000) EN MEXICO, 1950-1981.



Fuente: Cuadro 2.1., pág. 33

GRAFICA 2.4.
TASAS DE CRECIMIENTO NATURAL (P/100)
EN MEXICO, 1950-1981

(por 100 habitantes)



Fuente: Cuadro 2.1., pág. 33

CUADRO 2.1.

Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y Crecimiento Natural
México, 1930 - 1981

Año	TBN	TBM	TCN	Año	TBN	TBM	TCN
1930	49.40	26.60	2.30	1964	44.60	9.80	3.48
1935	41.30	22.00	1.90	1965	44.10	9.40	3.47
1940	44.30	22.82	2.10	1966	44.10	9.60	3.45
1945	44.90	19.51	2.50	1967	43.20	9.20	3.40
1950	44.20	15.70	2.85	1968	43.40	9.60	3.38
1951	43.20	16.70	2.65	1969	42.60	9.40	3.32
1952	42.30	14.50	2.78	1970	42.10	9.60	3.25
1953	43.30	15.30	2.80	1971	42.50	8.70	3.38
1954	44.60	12.60	3.20	1972	43.20	8.80	3.44
1955	44.50	13.20	3.13	1973	45.80	8.20	3.76
1956	44.70	11.50	3.32	1974	45.00	7.50	3.75
1957	45.00	12.60	3.24	1975	41.00	7.20	3.38
1958	42.50	11.90	3.06	1976	38.00	7.30	3.07
1959	45.10	11.30	3.38	1977	38.00	7.00	3.10
1960	44.20	11.10	3.31	1978	36.00	6.20	2.98
1961	43.60	10.30	3.35	1979	34.00	8.20	2.58
1962	43.90	10.40	3.35	1980	33.00	8.00	2.50
1963	43.80	10.30	3.35	1981	32.20	8.00	2.42

Fuentes:

- * TBN, TBM y TCN de 1930 y 1935:

"Anuario Estadístico 1938", Sria. de la Economía Nacional, Dirección General de Estadística, México, D.F., 1939.

- * TBN, TBM y TCN de 1940:

"Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 1942", Secretaría de Economía, Dirección General de Estadística, México, 1948.

- * TBN, TBM y TCN de 1945:

"Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 1943-1945", Secretaría de Economía, Direcc. Gen. de Estadística, México, 1950.

- * TBN, TBM y TCN de 1978 a 1981:

"México", Ed. ONU, Nueva York, 1989.

- * TBN, TBM y TCN restantes:

ONU, "Case Studies in Population Policy: Mexico", Ed. ONU, Nueva York, 1989.

Al concluirse la década de los sesentas, el modelo de desarrollo mexicano estaba llegando a sus límites y para finales de los setenta, el optimismo sobre el futuro social y económico del país se desvanecía en forma cada vez más rápida. Se habían agotado ya los mecanismos de absorción en los que México se había apoyado para lograr una solución de bajo costo al problema de acomodamiento de su creciente población¹³. A principios de los años setenta, el crecimiento acelerado de la población empieza a considerarse como un grave problema a resolver, "lo demográfico pasa a un primer plano como reto y exigencia para el desarrollo del sistema económico y la organización política y social del país"¹⁴. Los resultados definitivos del censo levantado en 1960, estimaban que la tasa de crecimiento de la población era superior al 3% anual¹⁵. Por otro lado, la información obtenida a través de las encuestas PECFAL-Urbana y posteriormente la PECFAL-Rural¹⁶, sumadas a la información censal, alarmaron a las autoridades del país. Demográficamente hablando, los cambios sociales y económicos ocurridos en México entre 1940 y 1970, no habían logrado producir condiciones materiales que impidieran la

13 ALBA, Francisco, Potter E. Joseph, *ob. cit.*, pp. 22-23.

14 ALBA, F., "Población y Desarrollo, Presencia de la demografía en el debate político", p. 20.

15 ALBA, Francisco, Potter E. Joseph, *ob. cit.*, p. 17.

16 En 1959 se realiza la primera encuesta sobre fecundidad en el continente americano, seguidas por dos programas de encuestas comparativas de fecundidad (PECFAL-Urbano y PECFAL-Rural, 1964-1970) coordinadas por el CELADE y para siete países Latinoamericanos (entre ellos México). La Encuesta de Fecundidad Urbana de la ciudad de México (PECFAL-Urbana), se levantó en 1964 y fue coordinada por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). La Encuesta de Fecundidad Rural de México (PECFAL-Rural), se realizó en 1969-70 y formaba parte del Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (proyecto coordinado también por el CELADE).

Estas dos encuestas fueron coordinadas por el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Centro de Estudios Económicos y Demográficos (CEED) de El Colegio de México (COLMEX).

prolongación de la alta fecundidad, y tampoco destruyeron la base ideológica y cultural que, por mucho tiempo, había favorecido el mantenimiento de estos altos niveles de crecimiento¹⁷. Por ello, y considerando algunos de los posibles efectos negativos que la sobreproducción pudiera acarrear sobre el bienestar nacional, la política oficial, de orientación tradicionalmente pronatalista, dió un vuelco, promulgando, en diciembre de 1973, la Ley General de Población, caracterizada por un espíritu fundamentalmente "antinatalista". Este giro, que el Estado Mexicano no daría sino hasta 1973, en realidad no podría considerarse como producto de una iniciativa aislada y ajena a la dinámica internacional ya que, en distintos foros internacionales desde los años cuarenta, se habían iniciado los debates sobre cuestiones demográficas. Su blanco éran las poblaciones de los países Tercermundistas. Podría decirse que esta preocupación se derivaba, fundamentalmente, de una posición ideológica "neo-malthusiana", que consideraba al crecimiento acelerado de la población como un obstáculo para el desarrollo económico de estos países, ocasionando como consecuencia, una serie de conflictos regionales e internacionales, situación que podría llegar a amenazar la paz mundial¹⁸. Así pues, los grupos detentadores del poder a nivel internacional, veían en este acelerado crecimiento poblacional, una amenaza para sus intereses. En 1949, algunos autores como Hotstein, planteaban una posición más global, considerando que la reducción poblacional, por sí misma, no podía ser la solución de todos los problemas ya que

17 ALBA, Francisco, Potter E. Joseph, ob. cit., p.21.

18 PATARRA Heide L. y De Oliveira Maria Coleta, "Anotaciones Críticas sobre los Estudios de Fecundidad", p. 96.

"...el peligro es que podría haber una leve mejoría en las condiciones económicas y sanitarias sin cambios sociales que afecten la fecundidad. Tales cambios sociales serán difíciles de realizar a menos que el desarrollo económico sea rápido o suficiente para elevar el nivel de vida a pesar del crecimiento sustancial de la población"¹⁹.

Congruente con esta posición, en la Conferencia Mundial de Población celebrada en Roma (1954), se trató de enfatizar sobre la no correspondencia entre el descenso de la mortalidad (supuesto indicador de bienestar social) y la situación económica de algunas regiones del mundo. Sin embargo, al subrayarse el hecho de que en los países donde se presentaba una peor situación económica eran justamente aquellos donde ocurría el crecimiento demográfico con mayor rapidez, se volvía a plantear el ya añejo pensamiento malthusiano, relacionando inversamente la alta natalidad con el bienestar social (a mayor población, menor bienestar social).

Las ideas de control natal, subyacentes en esta Conferencia, no cuajaron del todo en el ámbito latinoamericano porque todavía se vivía (y pensaba) bajo la inercia del optimismo desarrollista. Podría decirse más bien, que estas declaraciones originaron fuertes oposiciones entre algunos investigadores de la región que, por un lado, seguían considerando al crecimiento poblacional como un elemento básico para el desarrollo socio-económico y, por el otro, veían con recelo este interés antinatalista de los países industrializados, que podía amenazar su soberanía nacional.

¹⁹ *Idem.*

Para finales de los años cincuenta (1958), dentro de la corriente neo-malthusiana²⁰, y por lo tanto desde una posición francamente antinatalista, Coale y Hoover afirmaron que, en los países no desarrollados, las modificaciones económicas y sociales que sirvieron para reducir la fecundidad en los países desarrollados, pueden verse truncadas por el acelerado crecimiento de la población y que, por lo tanto, sería necesario verificar los efectos de este crecimiento sobre el desarrollo económico. Estas ideas, que lograron un mayor auge en los años sesenta, consideraban que los efectos negativos de la alta tasa de crecimiento poblacional "se producían ya sea por las presiones en la inversión social o por la limitación del ahorro"²¹. Gino Germani, en su "Análisis de la Transición" planteaba que el cambio de una sociedad tradicional a una moderna podía verificarse a través de dos mecanismos: el efecto de demostración y el efecto de fusión. "..... Germani considera la transición esencialmente como un proceso de secularización o modernización, consistente en difundir patrones de consumo, comportamiento, valores e instituciones característicos de las sociedades industriales modernas"²². Bajo esta concepción y mecanismos, se intentaba inducir a las naciones subdesarrolladas y dependientes, a concluir el ciclo de esta "transición demográfica"²³, es decir, alcanzar el modelo (o "tipo-ideal") de los países

20 Ideología que conserva en esencia los mismos planteamientos del pensamiento de Malthus.

21 BALAM Jorge, "Contribución Latinoamericana al Estudio de la Relación entre Población y Desarrollo: Balance y Perspectivas".

22 PATARRA Maide L. y De Oliveira Maria Coleta, *ob. cit.*, p. 103.

23 Se le llama "Transición Demográfica" al ciclo que cumplieron los países desarrollados. Este ciclo se inicia con un equilibrio poblacional fundamentado en altos niveles de mortalidad y natalidad, finalizando con una nueva estabilidad demográfica pero basada en bajos niveles de natalidad y mortalidad.

desarrollados. Lo cierto es que, como se verá más adelante, empíricamente se evidenciaron las debilidades de estos planteamientos ya que, para mediados de la década de los setentas, en la mayoría de los países latinoamericanos que ya habían logrado una importante reducción de la fecundidad, se encontraron diferencias sustanciales frente a la experiencia de las naciones industrializadas. La región latinoamericana, a diferencia de los países del Primer Mundo, estaba sumida en la más grave crisis económica de los últimos cincuenta años, viendo agudizarse los problemas sociales de diversa índole: "aumento de la pobreza, que trae aparejado el incremento en números absolutos de los desempleados, de los niños desnutridos, de los analfabetas, de los que en algunos casos han llevado a confrontaciones internas con altos costos sociales, económicos y humanos"²⁴. En medio de una relativamente acelerada transición demográfica, el auge y optimismo desarrollista, imperante desde los años cuarenta hasta mediados de los sesenta, fue desvaneciéndose ante los hechos: empezaba a vislumbrarse el límite de este modelo de desarrollo.

En la Conferencia Mundial de Población, celebrada en 1965 (Belgrado, Yugoslavia), se volvía a insistir en los puntos ya manifestados en la conferencia anterior, sin embargo, ahora se hacía especial énfasis en el papel fundamental de una planeación familiar y en la anticoncepción como práctica racional del ser humano.

En 1966, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) publicó su resolución 2211(XXII) "sobre crecimiento demográfico y desarrollo..... tomó nota del resumen de los aspectos más relevantes de la Conferencia Mundial de Población de 1965, estimando que

24 MIRO Carmen, "América Latina: Transición Demográfica y Crisis Económica, Social y Política", p. 25.

los problemas demográficos requerían el examen de los factores económicos, sociales, culturales, psicológicos y sanitarios; reconoció además, la soberanía de las naciones para formular y promover sus propias políticas demográficas, teniendo debidamente en cuenta el principio de que la dimensión de la familia debe ser objeto de libre elección²⁵.

Pese a que estas declaraciones implícitamente derivaban en un respeto a la elaboración y ejecución de las políticas de población de cada país, acorde a sus condiciones específicas, económicas y socio-culturales, el Banco Mundial empezó a ejercer presiones para que determinadas naciones empezaran a controlar el crecimiento de sus poblaciones. Este organismo no sólo planteó el apoyo hacia programas de control demográfico llevado a cabo en los países "cliente" por considerar "al aumento excesivo de la población como un obstáculo determinante para el desarrollo"²⁶, sino que llegó a determinar "que, si el país examinado tenía un serio problema demográfico y no contaba con programas de planificación familiar, ... (se)... podría desechar o retener la solicitud de crédito"²⁷.

En síntesis, la década de los sesentas fue una periodo en que las potencias hegemónicas visualizaban al crecimiento demográfico de los países pobres, como una amenaza al orden establecido; época en que se argumentaba que la clave del desarrollo socio-económico, en buena medida, dependía del control de la fecundidad. Es en este contexto, nacional e internacional, como puede explicarse el cambio que en México se dio frente a la dinámica demográfica. Había que hacer descender la fecundidad lo más pronto posible.

²⁵ MORA Bravo Miguel, *op. cit.*, p. 58.

²⁶ *Ibidem*, p. 69.

²⁷ *Ibidem*, p. 70.

3. LA MUJER Y LAS POLITICAS DE POBLACION EN MEXICO:
MARCO JURIDICO.

Introducción.

En el apartado anterior se ha presentado un panorama general de la evolución de la población desde la época porfirista. Se señalaron las concepciones que, en este sentido, predominaron en los distintos momentos históricos, y la posición que el Estado asumió frente a dicho fenómeno. Se planteó cómo, dichas ideologías, vinculaban a la dinámica demográfica con los procesos de desarrollo económico y social. En el presente capítulo se presentará el marco jurídico que en su momento, sustentó legalmente las directrices de la política de población vigente en cada periodo. Lo que interesa destacar es que, a diferencia de las leyes de 1936 y 1947, cuyas normas se orientaban básicamente hacia la protección de la institución "familia", en la ley de 1974, se prestó además, especial atención a la situación y condición de la mujer.

3.1. Ley General de Población de 1936.

En agosto de 1936, siendo presidente de la República Lázaro Cárdenas, se publicó en el Diario Oficial la primera Ley General de Población. En esta época, como ya se señaló antes, predominaba la idea de que la población era un elemento mas e indispensable para lograr el desarrollo del país, es por ello que dicha ley puede definirse como de carácter "poblacionista".

A través de esta ley se crea la Dirección General de Población, dependiente de la Secretaría de Gobernación. Este sería el organismo responsable de la formulación de proyectos y ejecución de éstos, para el

logro de los objetivos planteados en materia demográfica¹

En esta ley aparece el aumento de la población como el primer problema demográfico a resolver². Por ello, se trata de impulsar el crecimiento demográfico. Los mecanismos que se proponen para lograrlo son básicamente el crecimiento natural, la repatriación y la inmigración³.

Con respecto al crecimiento natural, los medios para fomentarlo se establecen en el artículo 5to.: "el fomento de los matrimonios, aumento de la natalidad, protección biológica y legal de la infancia, su mejor alimentación, higienización de las habitaciones, centros de trabajo y lugares poblados, elevación del tipo medio de subsistencia, y la relación equilibrada entre las actividades y los elementos necesarios de vida"⁴.

Las medidas propuestas para impulsar el aumento de la población⁵, se fundamentan en la protección de la institución "familia" a través del matrimonio (legal o consensual): deberá vigilarse estrictamente las "disposiciones tendientes a evitar el matrimonio y uniones de personas que padezcan sífilis, locura o enfermedades crónicas o incurables, que sean además contagiosas o hereditarias, o que tengan el vicio de la ebriedad o usen indebidamente y persistentemente drogas enervantes"⁶.

1 DIARIO OFICIAL, Tomo XCII, Núm. 52, Sección Segunda, Capítulo II, Artículo 8o p 2

2 Ibidem, Capítulo I, Artículo 1o., fracc. 1., p. 1.

3 Ibidem, Artículo 4o., p. 1.

4 Ibidem, Artículo 5o., p. 1.

5 Ibidem, Artículos del 27 al 25.

6 Ibidem, Artículo 22.

También se establece el derecho de alimentos para los hijos naturales no reconocidos legalmente⁷.

En cuanto a los derechos de la mujer, el artículo 24 protege, de alguna manera, a la mujer que ha estado en unión no legal, es decir, "de hecho", por una duración mínima de un año. En estos casos, el hombre queda obligado a dar protección económica a la mujer durante la unión, y aún después de ésta, si es que se disuelve después de un año sin el consentimiento de la mujer. Aunque la mujer tendrá derecho a esta protección económica por todo el tiempo que la necesite, se le impone una condición: observar una "honesta soltería".

Para estimular el crecimiento de las familias, quedó asentado en el artículo 25, la intención de ayudar económicamente "a las familias nacionales más prolíficas" y, en caso necesario, dando trabajo preferentemente a los padres o madres de estas familias⁸. Aquí se puede observar otra mención sobre la posición de la mujer ya que las madres de familias numerosas tendrían el mismo derecho que los hombres, de recibir cierta preferencia al solicitar empleo.

Por último, cabe mencionar que el crecimiento de la población no era, ciertamente, el tópico prioritario en esta ley. De sus 207 artículos, sólo 9 se refieren a estas cuestiones. Los 198 restantes tratan sobre los movimientos migratorios, turismo y la identificación personal.

⁷ *Ibidem*, Artículo 23

⁸ *Ibidem*, Título Segundo Capítulo I Artículo 25, p. 3.

3.2. Ley General de Población de 1947.

Promulgada el 23 de diciembre de 1947, esta ley se elaboró bajo el gobierno del Lic. Miguel Alemán.

Cuatro de sus 112 artículos se refieren al aumento poblacional⁹. Al igual que en la ley del 37, se le da prioridad a la migración y registro de población.

Los problemas demográficos enunciados son básicamente los mismos que los de la ley de 1937. En este documento se plasma nuevamente un espíritu poblacionista. Se continúa tratando de impulsar el aumento de la población a través del crecimiento natural y la inmigración. Desaparece la repatriación como medida poblacionista.

La activación del crecimiento natural según la ley, deberá hacerse a través de los mismos mecanismos señalados en la anterior (fomento de matrimoniales, aumento de la natalidad, etc.) pero en este caso, las resoluciones dictadas y promovidas para tal efecto, estarán a cargo del Consejo Consultivo de Población que sustituye a la Dirección General de Población. Se establecen como los objetivos del Consejo, el estudio de los problemas demográficos y la realización de las resoluciones al respecto. Este nuevo organismo seguiría dependiendo de la Secretaría de Gobernación.

En esta ley se sigue considerando a la salud infantil ("protección biológica y legal de la infancia, su mejor alimentación..."), como factor esencial para aumentar la fecundidad (es decir, se trata de disminuir la mortalidad infantil)¹⁰. No será sino hasta 26 años después, que el concepto "salud materno-infantil" se incorpora como elemento fundamental en los

⁹ Ibídem, Artículos del 2 al 5.

¹⁰ Ibídem, Artículo 5to.

fenómenos de reproducción de la población.

A diferencia de la ley anterior y, pese a que permanece presente en el documento la protección infantil (de carácter biológico-económico), ya no se estipula que los padres deberán amparar económicamente a los hijos "naturales". Tampoco se menciona, el apoyo laboral a los padres o madres de familias más prolíficas y lo referente a los matrimonios o uniones de personas enfermas.

Con respecto a la mujer, se retrocede en lo poco que se había avanzado en la ley anterior, ya que se omite lo referente al derecho que tenía la población femenina, en unión consensual, de recibir ayuda económica del hombre.

3.3. Ley General de Población de 1974.

Bajo el mandato del Lic. Luis Echeverría se publicó el 7 de enero de 1974 la Ley General de Población. La diferencia fundamental entre esta ley y las anteriores, radica en su carácter eminentemente antinatalista. Contrastando con la antigua concepción poblacionista, en esta ley se plantea que el problema demográfico fundamental del país, es el acelerado crecimiento de su población.

Desaparece el Consejo Consultivo de Población y en su lugar se crea el Consejo Nacional de Población "que tendrá a su cargo la planeación demográfica del país, con objeto de incluir a la población en los programas de desarrollo económico y social que se formen dentro del sector gubernamental y vincular los objetivos de éstos con las necesidades que plantean los fenómenos demográficos"¹¹.

¹¹ Artículo 5to., p. 7.

En este documento, a pesar de que sólo los tres primeros artículos se refieren a cuestiones demográficas, éstas se analizan de manera más amplia y detallada que en las dos leyes anteriores.

Al igual que en las leyes que le preceden, la inmigración, emigración, repatriación y registro e identidad de la población, reciben especial atención.

Una de las aportaciones de esta ley la reside en que se aborda y desarrolla ampliamente, la relación que se establece entre los fenómenos demográficos y los aspectos socio-económicos del país. Se considera que existen importantes vínculos entre el volumen, estructura, dinámica y distribución de la población y la participación justa y equitativa de los beneficios de desarrollo económico-social.

Este documento plantea, por primera vez, la realización de programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público. Se establece que habrá de vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados "se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país"¹².

Se habla de disminuir la mortalidad y de "influir en la dinámica de la población a través de los sistemas educativos, de salud pública, de capacitación profesional y técnica, y de protección a la infancia, y de obtener la participación de la colectividad en la solución de los

¹² *Ibidem*, Fracción II, artículo 3ro.

problemas que la afectan¹³.

En cuanto a la posición de la mujer, por primera vez se menciona, explícitamente, que deberá promoverse "la plena integración de la mujer al proceso económico, educativo, social y cultural"¹⁴, sin embargo, no se menciona cómo se instrumentarán estos objetivos.

3.3.1. Reglamento de la Ley General de Población.

El 17 de noviembre de 1976, tres años después de emitida la ley de población y para reglamentar las acciones derivadas de ésta, se publica el Reglamento de la Ley General de Población.

Entre los objetivos del reglamento se encuentra el de regular, de acuerdo a la Ley General de Población, los principios de la política de población y las actividades del Consejo Nacional de Población¹⁵.

El artículo 5o. señala que "La política de población tiene por objeto elevar las condiciones culturales, sociales y económicas de los habitantes del país atendiendo a su número -crecimiento o disminución-, evolución, estructura, o actividades y su racional distribución geográfica en el campo o en las comunidades urbanas"¹⁶.

El artículo 9o. vuelve a mencionar que "El respeto a los derechos humanos, libertades, garantías, idiosincrasia y valores culturales de la población mexicana, serán los principios en los que se sustentan la

13 Ibídem, Fracción IV del art. 3ro., p. 6.

14 Ibídem, Fracción V del artículo 3ro., p. 6.

15 Ibídem, Artículo 1ro.

16 Ibídem, Capítulo Segundo (Política de Población), Sección I (Planeación Demográfica).

política y los programas que se apliquen en materia de población¹⁷.

En el artículo 10o. nuevamente se señala la necesidad de que los planes formulados por el Consejo, atiendan a las necesidades que se generen del volumen, estructura, dinámica y distribución de la población, "Procurando eslabonarias con las acciones que, en esta materia se emprendan a través de las políticas de educación, salud pública, inversiones, estimaciones presupuestarias, agraria, vivienda, urbanismo y empleo, así como las relativas a la capacitación profesional y técnica y de protección a la infancia y la familia".

En este documento, existe una sección dedicada a la Planeación Familiar y otra referida a la familia, mujer y grupos marginados. Como en el siguiente apartado se le dará especial atención a lo concerniente a la planeación familiar, a continuación solamente destacaremos lo que se refiere a la concepción que se hace sobre la mujer frente a estas nuevas políticas de población.

Del Reglamento en cuestión, tres artículos integran la sección titulada "Familia, Mujer y Grupos Marginados"¹⁸. Para los fines de la presente investigación, vale la pena reproducir la fracción IV del primer artículo de esta sección (Art.31) y los artículos 32 y 33 porque en éstos se sintetiza, el pensamiento que permea el Plan Nacional de Planificación Familiar y los programas que se elaboraron derivados de éste.

*ARTICULO 31.- Los planes demográficos procurarán:

IV.- Evitar toda forma de discriminación individual y colectiva hacia la mujer por cuanto a la función reproductiva.

17 CONAPO, Reglamento de la Ley General de Población, p. 32.

18 Ibidem, p. 36.

ARTICULO 32.- Los planes demográficos establecerán las medidas para impulsar la igualdad social y económica de las mujeres que les proporcione las mismas oportunidades y derechos con los varones en cuanto a las actividades que desempeñen.

ARTICULO 33.- Los planes que formule el Consejo propondrán bases para impulsar a la mujer y a los grupos sociales marginados en el medio laboral, educativo y familiar y de revalorización a sus actividades, con objeto de propiciar su desenvolvimiento social y su libertad económica¹⁹.

Más adelante mostraremos la inconsistencia de estos planteamientos, con la forma específica que han adoptado las acciones del sector salud.

3.3.2. El Programa Nacional de Planificación Familiar.

Aunque antes de la década de los setentas ya se habían llevado a cabo ciertas "acciones de protección anticonceptiva en el sector público...²⁰ y privado, éstas no tuvieron un impacto significativo sobre la población (esencialmente femenina) sino hasta que se decretó la Ley General de Población en 1974. El carácter oficial que ahora tenía la planificación familiar, permitió a las entidades del Sector Salud iniciar nuevas acciones, con mayor fuerza y a nivel masivo.

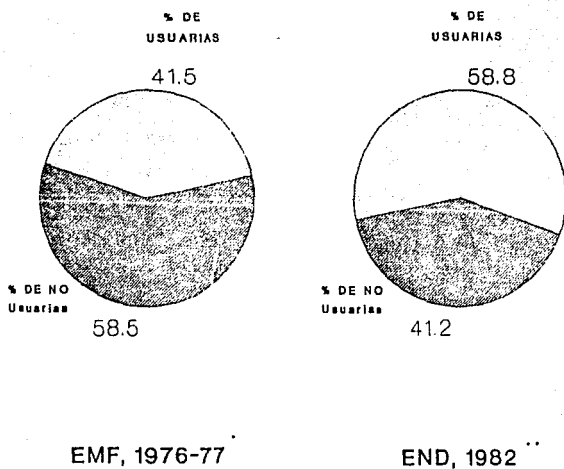
Si consideramos que el uso de anticonceptivos es uno de los principales medios de instrumentación del Plan Nacional de Planificación Familiar, es posible verificar el impacto de éste, observando el importante incremento de usuarias experimentado de 1976 a 1982. Periodo en el que, de un 41.5% de mujeres usuarias, se asciende a un 58.8% (ver Figura 3.1, Cuadro 7.1).

¹⁹ *Ibídem*, Sección III, Familia, Mujer y Grupos Marginados, p. 36.

²⁰ *IMSS, ¿Qué es un Programa de Planificación Familiar?*, p. 21.

FIGURA 3.1.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PREVALENCIA
ANTICONCEPTIVA, MEXICO 1976-1982



* Encuesta Mexicana de Fecundidad

** Encuesta Nacional Demográfica

Fuente: Cuadro 7.1., pág. 118

El Reglamento de la Ley de Población, artículo 18, define la planeación familiar como "...el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener información especializada y los servicios idóneos"²¹. El artículo 19 continúa detallando las características que deberán tener los programas de planeación familiar, señalando que éstos "son indicativos, por lo que deberán proporcionar información general e individualizada sobre sus objetivos, métodos y consecuencias, a efecto de que las personas estén en aptitud de ejercer con responsabilidad el derecho a determinar el número y el espaciamiento de sus hijos"²². Además se establece que "En la información que se imparta, no se identificará la planeación familiar con el control natal o cualesquiera otros sistemas que impliquen acciones apremiantes o coactivas para las personas e impidan el libre ejercicio del derecho a que se refiere el párrafo anterior"²³. Más adelante se verá que, en la práctica, las acciones de la planificación familiar no se han apegado a estos tres planteamientos básicos.

Con la Ley de Población de 1974 y posteriormente con su Reglamento (1976), se establecieron las bases jurídicas para la organización e implantación de la planificación familiar en México a nivel nacional:

"Al inicio del año de 1977, el Ejecutivo Federal tomó la decisión política de darle carácter prioritario a estas actividades y constituyó la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, la cual, conjuntamente con las Instituciones del Sector Salud, tuvo a su cargo la elaboración del Plan Nacional de Planificación Familiar,

21 CONAPO, *ob. cit.*, p. 34.

22 *Ibidem*, Artículo 19, p. 34.

23 *Ibidem*.

aprobado por el Presidente de la República el 28 de octubre de 1977; ésta fue una decisión política sin precedente en materia de planificación familiar, al más alto nivel del gobierno federal, con el establecimiento de metas demográficas a corto, mediano y largo plazos, hasta finales del siglo²⁴.

"..... se origina el Plan Nacional de Planificación Familiar, como parte de la política de población, siendo uno de sus objetivos el propiciar cambios en las pautas reproductivas a fin de coadyuvar a una mejor educación entre el crecimiento demográfico y el desarrollo socioeconómico"²⁵.

Como puede apreciarse, el Plan Nacional de Planificación Familiar está concebido para hacer participar igualmente, tanto a la población masculina como a la femenina. Sin embargo, el siguiente párrafo, referido a los objetivos de la planificación familiar, claramente muestra que se concibe a las mujeres como la población "objeto" de sus acciones:

"... la planificación familiar como un satisfactor... deberá responder a demandas efectivas de cuando menos 3.5 millones de mujeres, a las que deberá atender proporcionando la información y consideraciones de bienestar orientadas a la planificación familiar, así como los métodos anticonceptivos que soliciten en su libre decisión para tener el número de hijos que deseen y cuando lo determinen"²⁶.

Aunque la nueva Ley de Población, su Reglamento y la mayoría de los lineamientos del Plan Nacional de Planificación Familiar están orientados teóricamente hacia la totalidad de la población, en última instancia, las mujeres han constituido la población "blanco" hacia las que se han canalizado dichas actividades.

En el Plan Nacional de Planificación Familiar, se prevén los

24 INSS, ¿Qué es un Programa de Planificación Familiar?, p. 22.

25 CONAPO, Política Demográfica, Nacional y Regional, Objetivos y Metas 1978-1982, p. 42.

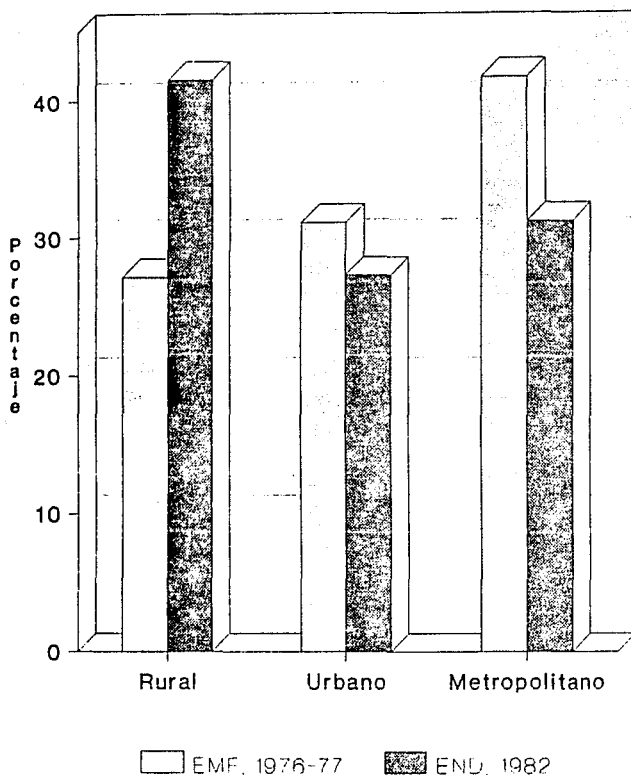
26 Ibidem, p. 43.

diferenciales demográficos que presenta el país por tamaño de localidad, ya que en él se incluyen algunos programas específicos como lo son, el programa rural y el programa urbano, entre otros²⁷. En cuanto al área rural, se estableció que "Los programas que conformen la política de población deben considerar en forma prioritaria acciones en el medio rural"²⁸. Esta prioridad se estableció, probablemente, por la alta fecundidad observada en estas áreas, y se ha llevado a cabo con bastante éxito: la Gráfica 3.1. que presenta los porcentajes de usuarias de algún método anticonceptivo para 1976-77 y 1982, de acuerdo al tamaño de la localidad, muestra que el mayor incremento de usuarias de algún método anticonceptivo se experimentó en las áreas rurales.

27 Programa de comunicación en población y planificación familiar y Programa de Educación Sexual.

28 CONAPO, Política Demográfica, Nacional y Regional, Objetivos y Metas 1978-1982, p. 49.

GRAFICA 3.1.
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES
USUARIAS DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO
DE ACUERDO AL TAMAÑO DE RESIDENCIA



Fuente: Cuadro 7.2., pág. 118

Rural: de 20,000 haba.; Urbano: de 20,000 a 499,999 haba.;
 Metropol.: 500,000 y mas haba.

3.4. Comentarios Generales.

Con base en lo expuesto anteriormente, claramente se observa que no es sino hasta la década de los setentas que, en materia de población, la situación de la mujer ocupa un espacio en el discurso demográfico oficial. Sin embargo, más adelante se podrá constatar, que los objetivos y metas establecidos al respecto, no han rebasado el nivel discursivo. No sólo no se ha logrado "la plena integración de la mujer al proceso económico, educativo, social y cultural"²⁹, sino que además, la población femenina que se encuentra en condiciones económico-sociales más precarias, es la que ha sido presionada, con mayor intensidad, para controlar su fecundidad, siendo víctima, en algunos casos, de la esterilización involuntaria (como se verá en el capítulo 7).

A lo largo de la presente, se demostrará además, que el Plan Nacional de Planificación Familiar y los programas que se han derivado de él, pese a que éstos mismos afirman que "no se identificará la planeación familiar con el control natal", han concentrado sus acciones fundamentalmente en la implementación masiva de métodos anticonceptivos. Esta distribución ha sido dirigida, exclusivamente hacia las mujeres, siendo más intensa sobre la población femenina rural y de menor educación. En términos generales, los hombres, como miembros activos y participantes de la planificación familiar han sido excluidos.

En los siguientes capítulos se profundizará más sobre esta exclusión masculina, es decir, sobre la desigualdad de la mujer ante el control de la natalidad en México.

29 CONAPO, "Reglamento de la Ley General de Población", fracción V del artículo 3ro., p. 6.

4. FUENTES DE INFORMACION Y TECNICAS DE INVESTIGACION.

4.1. Fuentes de Información.

4.1.1. Las Encuestas Retrospectivas de Fecundidad en México.

Las encuestas son "un método para obtener información de cierto número de individuos ('muestra'), con objeto de entender algo respecto a una población más numerosa de la cual se ha obtenido la muestra.... Al contrario de los censos, las encuestas obtienen información únicamente de una muestra reducida de gente..... La muestra se escoge científicamente, de manera que cada individuo de la población tenga una probabilidad conocida de ser seleccionado. En esta forma, los resultados pueden ser inferidos con confianza a un mayor público.

La información se obtiene por medio de preguntas estandarizadas, en tal forma que cada individuo a quien se interroge responda exactamente a la misma pregunta. La intención de la encuesta —es— obtener un perfil estadístico de la población..... una muestra, adecuadamente seleccionada, de solamente 1,500 individuos, puede reflejar diversas características de la población total, con un margen de error muy pequeño... Las encuestas proporcionan un medio rápido y económico para determinar la realidad acerca de.... aspectos tales como el conocimiento, actitudes, creencias, expectativas y conducta de la población¹.

Las fuentes de información primaria que se utilizarán para el análisis son dos encuestas retrospectivas de fecundidad: la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) levantada en el período 1976-77 y la Encuesta Nacional Demográfica, aplicada en 1982. Ambas fueron diseñadas para

¹ IMSS, ¿Qué es una encuesta?. pp. 12-13.

obtener información sobre la fecundidad del país. Son retrospectivas porque no sólo proporcionan información sobre el presente sino además sobre el pasado. Las dos cuentan con un módulo bastante amplio referido a la anticoncepción. Los datos captados en éste son los que se utilizarán en la presente investigación.

Resulta conveniente aclarar que estas dos encuestas retrospectivas de fecundidad no han sido las únicas que se han realizado en el país. A continuación presentaremos, por orden cronológico, todas las que se han llevado a cabo:

- Encuesta de Fecundidad Urbana de la Ciudad de México, 1964 (PECFAL-Urbana). Coordinada por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Encuesta de Fecundidad Rural de México, 1969-70 (PECFAL-Rural). Forma parte del Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (proyecto coordinado por el CELADE).

Estas dos encuestas fueron también coordinadas por el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Centro de Estudios Económicos y Demográficos (CEED) de El Colegio de México (COLMEX).

- Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF), 1976-77 Primera encuesta levantada en México a nivel nacional. Forma parte de la Encuesta Mundial de Fecundidad (EMF-WFS) a cargo de la Dirección General de Estadística.
- Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos (EPA), 1978. Coordinada por la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar (CPCPF)

- Encuesta Nacional de Prevalencia y Uso de Métodos Anticonceptivos, 1979, también a cargo de la CPNPF.
- Encuesta Rural de Planificación Familiar, 1981. Llevada a cabo por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Encuesta Nacional Demográfica (END), 1982. Realizada en coordinación con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y la Dirección General de Estadística (DGE)².
- Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES), 1987. Auspiciada y coordinada por la Westinghouse, como parte del programa: "Encuestas Demográficas de Salud" (Demographic Health Surveys, DHS) y llevada a cabo por la Coordinación de Planificación Familiar de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Se preguntará el lector porqué, existiendo dos encuestas explícitamente diseñadas para captar información sobre el uso de anticonceptivos, no se utilizaron éstas en el presente trabajo. En primer lugar, se deseaba conocer los niveles de uso de anticonceptivos antes y después de la implementación de los programas de planificación familiar y poder así evaluar el impacto de éstos. Este objetivo no se hubiese podido alcanzar considerando que las dos encuestas de prevalencia anticonceptiva se levantaron en 1978 y 1979, es decir, años después de que se iniciaran las primeras actividades del Plan Nacional de Planificación Familiar. Por otro lado, el año que media entre las encuestas de Prevalencia Anticonceptiva, resulta ser un lapso demasiado corto, donde la comparación y análisis sobre la evolución de los niveles de

2 JUAREZ Fátima, "Revisión de los Estudios sobre estimaciones de la fecundidad en México a partir de Encuestas Retrospectivas", pp. 3-4 y 56.

anticoncepción sería poco significativa. En cambio, los cinco años transcurridos entre la EMF y END permiten, adecuadamente, este tipo de comparaciones. También es importante señalar que los criterios utilizados para la selección de la muestra y de las preguntas de los cuestionarios empleados fueron, en ambas encuestas, muy semejantes, permitiendo su comparación.

En esta relación cronológica de encuestas, vale la pena apuntar, que éstas se empezaron a levantar, tanto en el país como en América Latina, a principios de los sesentas, es decir, una época relativamente reciente. En este sentido subrayaremos, que aunque las encuestas no son idénticas entre sí, es posible reconocer en todas un objetivo común: el de estimar los niveles y tendencias de la fecundidad en un espacio geográfico y momento determinados. La necesidad que surge "de pronto" por conocer estos niveles se deriva, como se mencionó anteriormente, de la preocupación que causó, en el ámbito internacional, el extraordinario crecimiento demográfico experimentado, no sólo en el país, sino también en otras sociedades subdesarrolladas. Se pensaba que este incremento poblacional, aunado a la desigual distribución de la riqueza (propia del sistema capitalista), pero más dramática en las naciones tercermundistas, podría convulsionar internamente a estos países y, posteriormente, incidir sobre la paz mundial. Con base en esta perspectiva, se empieza a difundir la conveniencia de que los países tercermundistas y "pobres" controlen su fecundidad. Legitimando ideológicamente esta posición, a finales de la década de los cincuentas, Coale y Hoover (corriente neo-malthusiana), expusieron que el acelerado crecimiento poblacional de los países no desarrollados, impediría un elevamiento en los niveles de bienestar social

de sus poblaciones, por lo que era necesario "verificar los efectos" de este crecimiento sobre el desarrollo económico. Estos planteamientos justificaron el levantamiento de dos encuestas, diseñadas y organizadas por Estados Unidos, en países latinoamericanos: una en Puerto Rico y la otra en Jamaica (la "fase del Caribe", 1952-53)³. Inmediatamente después (1954), en la primera Conferencia Mundial de Población (Roma), se subrayaba, nuevamente, esta consigna "antinatalista".

En la década de los sesentas, se visualizaba al crecimiento demográfico de los países "pobres" como una amenaza al orden establecido por las potencias hegemónicas, por ello se argumentaba que, en buena medida, la clave del desarrollo socio-económico dependía del control de la fecundidad de las naciones. En la práctica, se trataba de que las mujeres de estos países empezaran a controlar su fecundidad.

Es en este contexto como puede explicarse, primeramente, el surgimiento y proliferación de las encuestas retrospectivas de fecundidad en el área latinoamericana y concretamente en México y, posteriormente, el surgimiento de los programas de planificación familiar en varios de estos países "pobres".

De 1966 a 1968, se llevaron a cabo varias presiones internacionales para que los países subdesarrollados incorporaran, en sus políticas nacionales, alguna que tuviera como meta la reducción de su fecundidad⁴. En consecuencia, "En los años setenta se iniciaron dos programas de encuestas importantes en los países en desarrollo, que cubrieron los

3 Estas encuestas se elaboraron tomando como base las experiencias recogidas a través de las primeras encuestas de fecundidad realizadas en Princeton e Indianapolis.

4 Resolución 2211(XXII) de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y en 1968 las declaraciones del Banco Mundial (ver con más detalles el Capítulo 2).

campos de la fecundidad y el uso de anticonceptivos: la Encuesta Mundial de Fecundidad (EMF) y las Encuestas de Prevalencia del Uso de Anticonceptivos (EPA).....⁵. El objetivo principal del programa de la Encuesta Mundial de Fecundidad era el de suministrar, a cada país, datos precisos sobre la fecundidad, sus determinantes, y otras variables demográficas. Similarmenete, el propósito primordial de la EPA era el de producir información para administrar y evaluar programas de planificación familiar⁶.

El inicio de la implementación de las EMF, coincidió, en 1974, con la Tercera Conferencia Mundial de Población (Bucarest, Rumania). Siguiendo la misma orientación que sus predecesoras, vuelve a recalcarse la conveniencia de disminuir el ritmo del aumento poblacional, pero además, se menciona la conveniencia de aplicar, paralelamente, ciertas medidas para impulsar el desarrollo económico. Esta conferencia tuvo un "marcado aspecto político, dado que fue la primera de carácter intergubernamental en la que se analizaron las políticas de población y se discutió un Plan de Acción Mundial"⁷.

Este panorama explica nuevamente, cómo es que la planificación familiar y el uso de anticonceptivos en México, no sólo son el resultado de las condiciones internas del país, sino de todo un movimiento internacional.

5 ANDERSON J.E. y Cleland J.G., "La Encuesta Mundial de Fecundidad y las Encuestas de Prevalencia de Uso de Anticonceptivos: Una comparación de resultados sustantivos".

6 *Ibid.*

7 MORA Bravo Miguel, *ob. cit.*, p. 77.

4.1.2. Características Generales de la Encuesta Mexicana de Fecundidad y la Encuesta Nacional Demográfica.

a) Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF, 1976-77). Fue la primera encuesta levantada en México a nivel nacional. Formó parte de la Encuesta Mundial de Fecundidad (EMF-WFS) a cargo de la Dirección General de Estadística (DGE). La muestra utilizada fue "una submuestra de la Encuesta Nacional de Hogares⁸. La población, objeto de estudio, fueron "mujeres de 20 a 49 años más las mujeres de 15 a 19 alguna vez unidas o que hubieran tenido al menos un hijo nacido vivo"⁹. Se entrevistaron 7,310 mujeres, residentes habituales de las viviendas seleccionadas (13,080). Se utilizaron tres cuestionarios: de localidad, de hogar e individual.

b) Encuesta Nacional Demográfica (END), 1982. Realizada en coordinación con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y la DGE de la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP). En cuanto a la población, objeto de análisis, "Se usó un muestreo estratificado que comprendió dos niveles: los hogares y las mujeres de 15 a 49 años-residentes habituales de las viviendas seleccionadas-.... El número de hogares visitados fue del orden de 20,000 y las mujeres entrevistadas, fueron-10,206 (unidas y solteras)-...."¹⁰. Se utilizaron también, como en la EMF, tres cuestionarios: de la localidad, del hogar y el individual".

8 S.P.P., Encuesta Mexicana de Fecundidad, Vol. 1, p.51.

9 CONAPO, Resultados Principales de la Encuesta Nacional Demográfica de 1982.

10 Ibid.

4.1.3. Confiabilidad de los Datos.

Como ya se mencionó, en México, a diferencia del registro de las estadísticas vitales (nacimientos, defunciones, matrimonios, divorcios, etc.) y los censos de población, las encuestas demográficas son fuentes de información relativamente recientes (finales de la década de los sesenta), por ello, la metodología para su evaluación, no ha sido suficientemente desarrollada hasta ahora. Sin embargo, aunque la mayoría de los esfuerzos de los investigadores se habían encaminado hacia las estadísticas vitales y censos, actualmente la evaluación de las encuestas ha empezado a ser considerada seriamente, por los especialistas del tema. Prueba de ello lo tenemos en la exhaustiva evaluación de la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) de 1976-77, realizada por Juárez, Ordorica, Goldman y Quilodrán¹¹. En todas estas investigaciones se concluyó que los datos arrojados por la EMF podían ser considerados como de buena calidad. En cuanto a la Encuesta Nacional Demográfica (END) de 1982, ésta no ha sido suficientemente evaluada. El único estudio realizado para indagar sobre la confiabilidad de su información, ha sido el presentado por Juárez, et. al.¹², donde se concluyó que, aunque la calidad de la EMF supera a la de la END, los datos de esta última encuesta caen en un rango de confiabilidad aceptable.

11 Juárez, F., "Family Formation in Mexico: A Study Based on Maternity Histories from a Retrospective Fertility Survey", Ph.D. Thesis, University of London, Londres, 1983. Ordorica, M. y J.E. Potter, "An Evaluation of the Demographic Data Collected in the Mexican Fertility Survey", World Fertility Survey, Londres (mimeo), 1977. Goldman, M., S. Rutstein y S. Singh, "Evaluation of Data Quality in NFS Surveys: Summary of Four Papers", World Fertility Survey 1972-1984, Symposium, Londres, Abril, 1984. Quilodrán, J., "Niveles de Fecundidad y Patrones de Nupcialidad en México", trabajo preparado para la Encuesta Mundial de Fecundidad (World Fertility Survey), (mimeo), 1983.

12 Juárez, F., J. Quilodrán y Ma. E. Zavala, "Aparición de Nuevas Pautas Reproductivas en México", documento presentado en la III Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México, Sociedad Mexicana de Demografía, El Colegio de México, Noviembre, 1986 (en prensa).

4.2. Técnicas de Investigación.

En la presente pesquisa se usaron básicamente tres técnicas: la investigación documental (revisión de la bibliografía referida al tema y de investigaciones análogas); elaboración y análisis de tablas de contingencia o cuadros de doble entrada¹³ (donde se relacionaron las variables que serán detalladas más adelante); por último, comparación de algunas de estas tabulaciones con las publicadas por la Secretaría de Programación y Presupuesto para 1976-77¹⁴.

El universo de estudio lo conformaron las mujeres actualmente unidas y "sujetas al embarazo" (4107 en la EMF y 4991 en la END). Sin embargo, y de acuerdo al objetivo de la presente investigación, el análisis se centró en una subpoblación del universo, integrado por las mujeres que, además de cumplir con las dos condiciones señaladas¹⁵, reportaron estar utilizando, al momento de la entrevista, algún método anticonceptivo (2,403 casos en la EMF y 2,935 en la END).

Consideraciones generales:

a) Sobre las técnicas.

- La desventaja de los cuadros de doble entrada radica en que sólo se pueden interrelacionar un determinado número de variables simultáneamente. Sin embargo, la ventaja que ofrecen en cuanto a proporcionar una visión general del comportamiento del fenómeno en

¹³ Para la obtención de los cuadros de doble entrada se utilizó el programa estadístico computacional SPSS/PC.

¹⁴ Secretaría de Programación y Presupuesto, Encuesta Mexicana de Fecundidad, Primer Informe Nacional, Volúmenes I y II.

¹⁵ Actualmente unidas y "sujetas al embarazo".

estudio, en este caso, la anticoncepción, permitió cubrir ampliamente las necesidades planteadas para lograr el objetivo de la investigación.

b) Sobre las variables.

- Se eligieron a las mujeres actualmente unidas para poder hacer comparables los datos entre las dos encuestas ya que, en la EMF, no se entrevistaron a las mujeres solteras.
- En las usuarias actuales de algún método anticonceptivo se incluyen a las mujeres esterilizadas con fines anticonceptivos.
- Toda la población considerada se encontraba, al momento de la encuesta, en edad reproductiva, es decir, entre los 15 y 49 años cumplidos.

c) Metodológicas.

- Aquí se habla de mujeres "sujetas al embarazo" en contraposición al concepto manejado por el discurso oficial y demográfico, donde se señala que el tipo de mujeres en cuestión (en edad reproductiva, actualmente unidas y no embarazadas), se encuentran en un "status de exposición al riesgo de concebir". Esta terminología sugiere interpretaciones de un mismo fenómeno desde dos perspectivas diferentes: por un lado, puede interpretarse, como producto del lenguaje patriarcal que, peyorativa e implícitamente, concibe al embarazo como un "mal necesario" para la reproducción de la especie. Por otro lado, este mismo concepto podría utilizarse como parte del lenguaje feminista dentro de una sociedad patriarcal y machista para evidenciar que, efectivamente, el hecho de embarazarse es, de todas todas, un riesgo. La maternidad en potencia, fiel compañera de toda mujer, por alrededor de 34 años de su vida, implica, ciertamente, el riesgo de ser rechazada al solicitar empleo, de ser descalificada en el mercado laboral (menores salarios o

prestaciones) y hasta quedarse sin trabajo. Todos estos y algunos otros elementos, que conforman la discriminación sexual, impuesta por la sociedad patriarcal frente a la capacidad reproductiva de las mujeres, permiten afirmar que las mujeres que se encuentran en edad reproductiva están, verdaderamente, "expuestas al riesgo de concebir". Sin embargo, como este no es el sentido que se le da en el discurso oficial y demográfico, a lo largo de la presente se hablará, como ya se mencionó, de las mujeres "sujetas al embarazo".

Esta categoría se construyó como resultado de ciertas características de la mujer entrevistada: "su estado conyugal, el hecho de estar o no embarazada y la esterilización de la propia mujer o de su cónyuge..."¹⁶, por tanto, quedan excluidas las mujeres viudas, divorciadas, separadas, embarazadas y las mujeres infértiles por razones biológicas, no relacionadas a la anticoncepción. Para hacer comparables los datos de la END con los de la EMF, se ha definido la categoría "sujeta al embarazo" de la misma manera, es decir, "por la composición de 3 variables: el estado conyugal, el embarazo actual y la fertilidad, o sea la capacidad de la mujer para tener hijos"¹⁷.

A continuación se detallan las variables que se relacionaron en la elaboración de los cuadros de contingencia:

Demográficas:

- Grupos de Edad Actual.- Para enriquecer y detallar el análisis de la END, se agruparon a las mujeres por grupos quinquenales de edad en años cumplidos. Sin embargo, como la Secretaría de Programación y Presupuesto

¹⁶ W.F.S., Guidelines for Country Report No. 1, p. 37.

¹⁷ Secretaría de Programación y Presupuesto, ob. cit., Vol. 1, p. 128.

publicó la información correspondiente a la EMF en grupos decenales de edad, en los cuadros comparativos que se elaboraron para equiparar las dos encuestas, se dispuso la información en grupos decenales.

- Hijos (hombres y mujeres) Sobrevivientes.- Variable importante a considerar, pues se ha encontrado que la determinante más importante del uso de anticonceptivos es, precisamente, el número de hijos sobrevivientes que tenga la mujer, ya que éstos son los que realmente conforman el tamaño de la familia y no así los hijos que pudieran haber nacido vivos, pero fallecer poco después del nacimiento¹⁸.

Contextuales:

- Tamaño de localidad de residencia.- Las 3 categorías que se manejarán son: 1) Rural.- Localidades de menos de 20,000 habitantes; 2) Urbana.- Localidades de 20,000 a 499,999 habitantes, y 3) Metropolitana.- Localidades con más de 500,000 habitantes.

Socio-económicas:

- Nivel de Escolaridad.- Número de años que la entrevistada cursó en el sistema de educación formal. Esta variable se incluyó en este rubro, porque se consideró que el acceso a los diversos niveles del sistema educativo, está relacionado, en gran medida, con ciertas condiciones de tipo socio-económico de los diversos sectores de la población.

¹⁸ W.F.S., *ob. cit.*, p. 37.

5. LA ANTICONCEPCION: ANTECEDENTES HISTORICOS.

La presentación de los antecedentes históricos de la práctica anticonceptiva tiene un doble propósito.

Primera, se intenta mostrar que la información disponible sobre el uso de métodos anticonceptivos en la antigüedad, sugiere, en principio, cierta relación de "uno a uno" entre los métodos de tipo femenino y los de tipo masculino.

En segundo lugar, se trata de evidenciar que el empleo de los primeros contraceptivos de que se tiene información, respondió a distintas necesidades, de acuerdo al sexo del usuario.

Los estudiosos del tema han recopilado variada información al respecto pero, en nuestro caso, dejaremos de lado la que se refiere a las prácticas folklóricas y mágicas, presentando únicamente aquellas que, en gran medida, lograban su objetivo: evitar los nacimientos.

Se ha asegurado que "En toda sociedad humana conocida, la actividad sexual ha estado controlada y restringida... -que- El control de la natalidad, como otras formas de regulación sexual, era conocido en la mayoría de las sociedades primitivas de cazadores y recolectores⁻¹ siendo, tal vez, "una práctica humana tan genérica como la de cocinar o socializar a los niños,..."⁻².

En otras investigaciones se afirma que "el condón existe desde 1350 AC en Egipto; que en la antigua Sumatra, hace miles de años, las mujeres fabricaban dedales para cubrir el cuello del útero y evitar la concep-

1 GORDON, Linda, ob. cit., p. 125.

2 Idea.

ción;³ que cientos de años antes de Cristo, se empleaban, en el Medio Oriente, métodos de barrera tales como esponjas y diafragmas cervicales⁴.

"El papiro Petri, escrito en Egipto alrededor de 1850 A.C., describía una sustancia gomosa que se utilizaba para bloquear el cervix y un pessario espermatocida hecho en parte con estírcol de cocodrilo. Una sección del Talmud que data del siglo II A.D. recomendaba que las mujeres que necesitaban evitar un embarazo.... se insertaran en la vagina una esponja humedecida antes del coito. Un médico griego del siglo VI, Aétios, describió pessarios vaginales en parte hechos de pulpa de granada o de higo. Las prostitutas del antiguo Japón y China se colocaban trozos de bebé acollado contra el cervix a fin de evitar el embarazo.... Gran parte de los materiales empleados eran muy ácidos y por consiguiente espermatocidas"⁵.

Esta información indica que desde hace varios siglos, existía ya una "tecnología" clandestina para evitar o interrumpir la concepción, alguna efectiva y otra ineficaz, alguna práctica y otra mágica, alguna segura y otra peligrosa. Por su posición ante el patriarcado, la mujer se encontraba muy limitada, por la ignorancia, tal vez la vergüenza y en ocasiones, el miedo, para inventar nuevas técnicas anticonceptivas. En el medioevo, por ejemplo, se sabe que murieron miles de mujeres "acusadas de brujería por conocer yerbas anticonceptivas"⁶. Sin embargo, y a pesar de estos casos extremos, las prácticas de control natal continuaron existiendo, siendo el aborto, el más frecuente recurso para controlar la

3 BRITO DE MARTI, Esperanza, ob. cit., p. 6.

4 HARTMANN, Betsy, Reproductive Rights and Wrongs, p. 91.

5 POPULATION INFORMATION PROGRAM, ob. cit., p. H-3.

6 BRITO DE MARTI, Esperanza, ob. cit., p. 6.

fecundidad⁷.

Existen descripciones del condón desde el siglo XVI. Estas señalan que se elaboraban con intestinos de borrego. A mitad del siglo XIX, se desarrollaron algunos métodos semejantes al diafragma y al dispositivo intrauterino (DIU), pero además de ser poco confiables y peligrosos, en general, no estaban disponibles. En este sentido, y a pesar de que se utilizaba con otro propósito, el condón era el único método anticonceptivo que ofrecía seguridad y confiabilidad frente al embarazo.

"Los primeros anticonceptivos femeninos de barrera modernos -el diafragma y la copa cervical- se desarrollaron en el siglo XIX. F.A. Wilde,.... ginecólogo alemán, fabricó la primera copa cervical en el año 1838⁸. En 1843, al surgir el proceso de vulcanización, fue posible la incorporación del hule en la producción del condón y diafragma. La reciente industria del caucho permitió la elaboración de estos productos de mejor calidad, mayor duración y menor costo. Para finales del siglo XIX, el condón de hule se manufacturaba y se anunciaba ampliamente⁹. Si bien es cierto que la finalidad principal del uso del condón estaba relacionada con la protección contra la transmisión de enfermedades venéreas, en última instancia, actuaba también como método anticonceptivo.

A finales del siglo XIX, los métodos de barrera tuvieron gran difusión, aceptación y popularidad en Alemania, Inglaterra y los Países Bajos, inclusive, en Amsterdam, surgió la primera clínica anticonceptiva

7 GORDON, Linda, *ob. cit.*, pp. 126-127.

8 POPULATION INFORMATION PROGRAM, *ob. cit.*, p. H-3.

9 SHAPIRO, Rose, Contraception. A Practical and Political Guide.

del mundo (1882)¹⁰. Simultáneamente, en Europa, se usaban ya los dispositivos intrauterinos y espermatocidas¹¹. En Estados Unidos, sin embargo, no es sino hasta 1920 "que el diafragma pasó a ser de fácil acceso... cuando Margaret Sanger lo introdujo en sus clínicas después de una visita a Europa. Ella persuadió a una empresa norteamericana... para que produjera los primeros diafragmas en Estados Unidos en 1923"¹².

En cuanto a los espermatocidas modernos, los primeros se vendieron en Londres en 1885 y estaban elaborados de manteca de cacao y sulfato de quinina. Todavía, hasta la década de los veinte, éstos se fabricaban con sustancias similares: "manteca de cacao o gelatina como base, más sulfato de quinina, quinisol o un ácido débil como agente espermatocida"¹³. Posteriormente, se empezaron a producir tabletas espermatocidas que "liberaban dióxido de carbono para crear un efecto efervescente y espumante, mientras otras fórmulas utilizaban acetato fenilmercúrico, un espermatocida más potente"¹⁴.

Para los años cincuenta, el diafragma y el condón eran los anticonceptivos de uso más común. Sin embargo, hasta ese momento, las motivaciones que llevaban al uso de estos dos métodos, eran diferenciales por sexo. En otros términos, las mujeres utilizaban los medios disponibles y conocidos, para evitar los nacimientos, los hombres en cambio, recurrían al condón como un medio profiláctico para evitar el contagio de enfermeda-

10 HARTMANN, Betsy, ob. cit., p. 5.

11 Ibidem, p. 91.

12 POPULATION INFORMATION PROGRAM, ob. cit., p. H-3.

13 Idea.

14 Idea.

des venereas. Esta actitud frente al empleo de medios de control natal, sigue prevaleciendo hasta nuestros días. En México, los programas de planificación familiar, pese a sus objetivos formales, no han invertido ningún esfuerzo para modificarla.

De acuerdo a lo señalado en el capítulo 1, la tecnología anticonceptiva no se desarrolló significativamente sino hasta que, ante el acelerado crecimiento demográfico de los países tercermundistas, las potencias desarrolladas impusieron la ideología antinatalista. Hasta antes de este momento (mediados del presente siglo), los únicos medios confiables para evitar o interrumpir el embarazo eran la abstinencia sexual y los métodos de barrera (condón y diafragma). En menor grado se utilizaban los dispositivos intrauterinos (DIU) y el aborto ilegal. Para la mayoría de las mujeres, las fuentes de información sobre métodos anticonceptivos eran sus amigas, vecinas y familiares. A partir de 1960 esta situación se modificó drásticamente. En este año salió al mercado el primer anticonceptivo hormonal: la pastilla. Este hecho marcó el inicio de la "revolución anticonceptiva", y a partir de entonces, se empezaron a destinar una gran cantidad de recursos financieros para la investigación y desarrollo de métodos anticonceptivos¹⁵. Como resultado de la ideología antinatalista-patriarcal, esta investigación estuvo orientada, fundamentalmente, a la invención y perfeccionamiento de métodos esencialmente "femeninos". En cuanto al estudio sobre las contraindicaciones y los efectos secundarios de cada tipo de método anticonceptivo, resulta importante señalar que, por un lado, a esta área se le ha dado poca prioridad en la investigación, y

15 Organismos que se distinguieron por el financiamiento otorgado para dicho propósito fueron la Fundación Ford, la Fundación Rockefeller y la Population Council. (HARTMANN, Betsy, Reproductive Rights and Wrongs, p. 162).

por el otro, las pruebas de laboratorio realizadas en este sentido, no han sido exhaustivas antes de la distribución de los métodos (sobre todo hormonales), en el mercado, por ello, podría decirse que las mujeres que empezaron y actualmente son usuarias de los métodos anticonceptivos modernos, están fungiendo como "conejiillos de Indias", ya que no se conocen con exactitud, todos los efectos de éstos sobre la salud de la mujer, sobre todo los de mediano y largo plazo. Este hecho puede ilustrarse con el caso de ciertas combinaciones químicas con las que se elaboran algunas inyecciones anticonceptivas: "una combinación de 150 mg de la progestina dihidroxi-progesterona y 10 mg del estrógeno enantato de estradiol fue ensayada en los Estados Unidos... -pero- ...no fue comercializado jamás...- en este país... porque causaba tumores de la mama en perros (beagle) y porque no fue posible determinar totalmente la distribución y excreción del componente de estrógeno en el cuerpo"¹⁶. Sin embargo, esta combinación se está comercializando actualmente en América Latina, lo que significa que los programas de planificación familiar han estado distribuyendo métodos sin saber, con precisión, en qué medida están afectando la salud de las mujeres. Por otra parte, se ha dejado de lado el desarrollo, mejoramiento y difusión de los métodos "de barrera", pese a que éstos presentan una opción más simple y segura¹⁷.

Hasta aquí es posible distinguir una cadena que desemboca en la actualidad, en el uso de determinados métodos anticonceptivos, a veces más nocivos que otros.

La historia sobre la invención, desarrollo y uso de los métodos

16 POPULATION INFORMATION PROGRAM, *Population Reports*, Serie J, Número 28, p. J-14.

17 HARTMANN; Betsy, *ob. cit.*, p. 161.

anticonceptivos está relacionada íntimamente con la ideología patriarcal, primer eslabón de la cadena, que ha permeado las distintas concepciones políticas, socioeconómicas, morales y religiosas que, alrededor de la sexualidad y las funciones reproductivas de la mujer (maternidad), han predominado en cada época y región. La ideología patriarcal, ha condicionado el tipo de investigaciones realizadas en el campo de la anticoncepción. De ésta se han derivado la mayor o menor industrialización de ciertos métodos, determinando, a su vez, el tipo de métodos que se distribuyen en el mercado y, en última instancia, aquellos a los que las mujeres tienen un mayor acceso, ya sea a través de los programas de planificación familiar, o bien, en el sector privado.

Como se puede apreciar, cuando empieza a surgir algún tipo de método anticonceptivo, se establece una relación casi de "uno a uno" entre los métodos existentes de carácter femenino y los de naturaleza masculina (condón y diafragma). En la actualidad, varios siglos después, están disponibles en el mercado una gran variedad de métodos femeninos (mecánicos y químicos), frente al condón, único método masculino. Esta situación nos podría llevar a la formulación de una hipótesis, que reconoce una agudización del sesgo machista en la investigación anticonceptiva, la cual refleja un fortalecimiento del poder patriarcal sobre la población femenina.

En el capítulo 7 se presentarán datos sobre la prevalencia anticonceptiva en México, para 1976 y 1982 (antes y después del impacto del Plan Nacional de Planificación Familiar). Con éstos se pretende verificar, empíricamente y para el caso mexicano, esta desigualdad de la mujer ante la anticoncepción: política de control natal implementada por el Estado a través de la Planificación Familiar.

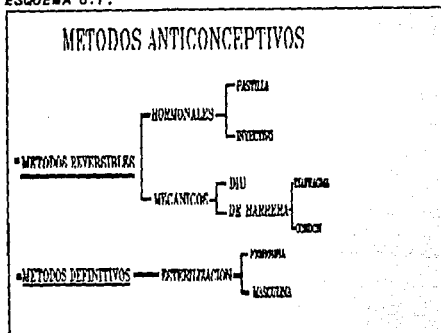
6. PARTICULARIDADES DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

En el presente capítulo se expondrán las características generales de los métodos modernos que han sido utilizados en México para el período que nos ocupa (1982). Esta información resulta especialmente valiosa, ya que enriquecerá el análisis que se ofrece en el Capítulo 7 sobre las características de la anticoncepción mexicana. Hablar del porcentaje de uso de los distintos métodos, de acuerdo a determinadas variables, sería limitado sin tener un conocimiento general sobre las consecuencias que puede, tener sobre la salud de las mujeres, el hecho de recurrir a un método específico.

Aunque el condón y el diafragma son muy poco socorridos por la población mexicana, éstos se incorporarán en el análisis debido a su importancia como medios alternativos a los anticonceptivos más utilizados. Por otro lado, se dejaron de lado los métodos poco eficaces (folklóricos), como lo son los óvulos, jaleas, ritmo, retiro, ducha, etc., en virtud de que presentan porcentajes de uso sumamente bajos y por tanto, no son significativos para analizar.

Para fines de la exposición, los medios anticonceptivos se clasificaron de acuerdo a dos criterios básicos: el efecto que tiene cada método sobre la fertilidad, por un lado, y por el otro, los principios en que se basa su funcionamiento (Esquema 6.1.).

ESQUEMA 6.1.



6.1. Métodos Reversibles.

Se han clasificado así los métodos que interrumpen temporalmente la fertilidad. En teoría, la capacidad reproductiva se restablece inmediatamente después de abandonar su uso.

6.1.1. Métodos Hormonales.— Estos métodos están basados en la utilización de diversas dosis de una o dos hormonas sintéticas: estrógeno y progesterina. El efecto anticonceptivo se logra porque estas sustancias, al introducirse en el organismo (oral o intramuscularmente), inhiben la ovulación.

a) Pastilla o Píldora.— El tipo de pastilla anticonceptiva más utilizado es la que contiene ambas hormonas sintéticas (estrógeno y progesterina), comúnmente se le llama píldora "combinada". Durante el ciclo normal de la menstruación, diferentes hormonas son producidas en el organismo femenino.

Las dos hormonas sintéticas contenidas en la pastilla combinada, actúan sobre la glándula pituitaria inhibiendo la ovulación. Esto hace que la fecundación sea imposible.

Existe también en el mercado la "mini-píldora", pastilla que sólo contiene progestina. Su funcionamiento es similar al de la píldora combinada pero es mucho menos utilizada que ésta. Los principios de funcionamiento son los mismos que los de la pastilla combinada, pero sus niveles de efectividad son ligeramente menores, sobre todo si se olvida tomarla algún día. Se ha comprobado que la mini-píldora es mucho más efectiva en mujeres mayores de 40 años¹.

Hay sustancias que pueden reducir la efectividad de la pastilla, como por ejemplo, algunos anti-convulsivos (usados en tratamientos de epilepsia), antibióticos y tranquilizantes. Esta es una de las razones por las cuales es necesaria la supervisión médica para el uso de estos anticonceptivos.

La pastilla es uno de los métodos con mayor grado de efectividad: 90%-99%².

Ventajas: Usada correctamente, es muy efectiva para prevenir el embarazo y puede mejorar los desórdenes menstruales. Es relativamente fácil y cómoda de usar ya que no interfiere, directamente, con las relaciones sexuales. El uso de la pastilla, además, se encuentra bajo el control de las mujeres: son éstas las que deben, conscientemente, decidir tomarla diariamente y pueden, si sufren de efectos secundarios, suspenderla cuando

¹ SHAPIRO, Rose, ob. cit., p. 134.

² Ibidem, p. 108.

asi lo deseen³.

Algunos de los resultados obtenidos en las investigaciones sobre la relación "pastilla-cáncer", han evidenciado que las mujeres que toman este anticonceptivo, reducen su riesgo de adquirir cáncer en los ovarios y el endometrio (recubrimiento del útero)⁴. Sin embargo, ¿qué sentido tiene esta protección cuando se corre un alto riesgo de desarrollar en su lugar, cáncer cervical o desórdenes circulatorios? En este sentido, no se puede perder de vista que, las mujeres usuarias de la pastilla, lo hacen como anticonceptivo, no como vacuna contra cierto tipo de cáncer.

Efectos Secundarios y Contraindicaciones.- La pastilla es una droga sistémica, es decir, su influencia no sólo alcanza al aparato reproductor, sino que afecta a todo el organismo. Los efectos de la pastilla sobre el sistema cardiovascular (corazón, arterias, venas y sangre) fueron los primeros que se descubrieron. Se ha demostrado que el estrógeno contenido en la pastilla es responsable de algunos padecimientos cardiovasculares. Por otro lado, grandes dosis de progestina también afectan al sistema cardiovascular.

En 1962, la compañía farmacéutica norteamericana, G.D. Searle & Co., recibió reportes de alrededor de 100 casos de trombosis y embolias (desórdenes circulatorios, coágulos en la sangre), asociados con el uso de la pastilla llamada "Enovid" (pastilla con altas dosis de estrógeno), resultando de estos casos, 11 muertes. Sin embargo, y aún después de recibir dicha información, "la pastilla" gozó de cierta inmunidad

3 HARTMANN, Betsy, ob. cit., pp. 176-177.

4 SHAPIRO, Rosa, ob. cit., p. 108.

diplomática, ya que se siguió distribuyendo a lo largo de los años sesentas. Para 1968, estudios ingleses establecieron firmemente la relación entre la pastilla y la presencia de coágulos en la sangre⁵. La medidas que se adoptaron entonces, fueron las de reducir la cantidad de estrógeno, y así disminuir el riesgo de desórdenes circulatorios, sin embargo, cabe anotar que, aun así, la pastilla continúa siendo una droga muy poderosa. Las usuarias de la pastilla siguen corriendo un riesgo mayor de desarrollar alguna enfermedad del sistema cardiovascular— coágulos en la sangre, ataques al corazón, embolias y presión alta— que las no usuarias. Este riesgo se incrementa si las usuarias son fumadoras.

La pastilla ha sido asociada también con tumores benignos, que pueden ser fatales si se llegan a reventar. También existe cierta preocupación sobre los efectos adversos de la pastilla sobre la nutrición y la lactancia. Otros efectos menores son las náuseas, dolores de cabeza, depresión y subida de peso.

¿Porqué es necesario cuestionar la validez de la distribución y promoción indiscriminada que se hace de la pastilla en el mundo subdesarrollado? ¿Porqué resulta impostergable exigir a los promotores de la planificación familiar, un mejoramiento cualitativo de los servicios de información y seguimiento médico?

Como ya se señaló, el uso de este método anticonceptivo aumenta el riesgo de sufrir desórdenes circulatorios. Este hecho es especialmente grave en los países tercermundistas ya que se ha demostrado que las enfermedades del corazón, como reumatismo crónico, muy a menudo permanece

5 HARTMANN, Betsy, ob. cit., p. 177.

sin detectar, siendo quizás el padecimiento del corazón más común en los jóvenes adultos de estos países.

En cuanto al riesgo de tomar la pastilla estando embarazada, y considerando la posible relación entre defectos congénitos con el uso de la pastilla, en Estados Unidos se ha estimado que alrededor de 70,000 fetos están expuestos a anticonceptivos orales anualmente. En el mundo subdesarrollado, esta proporción es mayor, dados el inadecuado seguimiento médico sobre las usuarias y la deficiencia en cuanto a la aplicación sistemática de pruebas de embarazo en las usuarias.

El efecto de la pastilla sobre la lactancia, es uno de los grandes peligros del uso de la pastilla en el Tercer Mundo, ya que las mujeres que se encuentran amamantando y que están tomando la pastilla combinada, frecuentemente tienen una cantidad reducida de leche. Hasta la "miniplidora", tomada pocos meses después del nacimiento, puede reducir el volumen de leche hasta en un 40% de 3 a 6 semanas. Como para millones de infantes de estas zonas, la leche materna es el principal o único recurso de nutrición en el primero o segundo años de vida, la pastilla puede contribuir directamente a la desnutrición infantil y por consiguiente a más altas tasas de mortalidad infantil. La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda que no debe alentarse a las mujeres a usar anticoncepción hormonal de 4 a 6 meses después del nacimiento, sin embargo, y desafortunadamente, a muchas madres que amamantan en los países subdesarrollados se les prescribe, rutinariamente, la pastilla⁶. Por otro lado, todavía no se han podido determinar los posibles efectos que, a

⁶ *Ibídem*, p. 184.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

largo plazo, puede producir la ingestión de hormonas a través de la leche materna sobre la salud infantil.

Los efectos que puede producir la ingestión de hormonas antes y después del nacimiento, son aspectos que requieren, urgentemente, de mayor investigación.

En cuanto al efecto de la pastilla sobre la nutrición de las mujeres, resulta interesante anotar que algunos nutriólogos consideran que ésta puede causar ciertas enfermedades vinculadas con la desnutrición, ya que la pastilla produce cambios en el metabolismo, afectando los niveles de absorción de vitaminas y minerales. Si esto es cierto, el uso de la pastilla es particularmente inapropiado para las mujeres de comunidades pobres. Este es otra área que tampoco se ha estudiado adecuadamente.

- La pregunta más controvertida que rodea al uso de la pastilla es en relación al cáncer. Es sabido que generalmente se llevan varios años para que una persona desarrolle cáncer⁷. Como la pastilla se empezó a usar desde hace escasas dos décadas y media, ha sido imposible evaluar sus riesgos totalmente. De cualquier forma, en Estados Unidos, la Food and Drug Administration (FDA), en 1984, concluyó que, la pastilla puede incrementar el riesgo de adquirir cáncer cervical, recomendando que se haga un seguimiento médico cuidadoso sobre las mujeres que toman pastillas, sometiéndolas a exámenes físicos y de pecho periódicamente, así como la aplicación del papanicolaou, por lo menos una vez al año. Dado que, por un lado, el cáncer cervical es la causa más común de las muertes por cáncer entre las mujeres latinoamericanas y africanas, y por el otro,

⁷ Ídem.

dicho monitoreo es generalmente deficiente o hasta inexistente (sobre todo en las mujeres del área rural), debería considerarse como tarea prioritaria la de reforzar y mejorar esta supervisión médica.

En este sentido, vale la pena mencionar que el conocimiento que se tiene en cuanto a la pastilla y su relación con el cáncer se deriva, casi totalmente, de estudios realizados en países desarrollados, donde las mujeres gozan de mejores condiciones socio-económicas, y por tanto, físico-biológicas, por ello, urgen este tipo de investigaciones para el Tercer Mundo donde, seguramente, la gravedad de los efectos secundarios de la pastilla se incrementa significativamente.

Muchos de los riesgos mencionados aumentan con grandes dosis de estrógeno, sin embargo, en los programas de planificación familiar del mundo subdesarrollado, comúnmente se utilizan grandes dosis de esta hormona sintética. A principios de los setentas, la United States Agency for International Development (US AID), fue acusada de introducir en los países "pobres", pastillas con altas dosis de estrógeno (80 mg), que eran obtenidas de la Syntex Company a un precio muy bajo⁸.

Por otro lado, resulta revelador que, mientras los niveles de uso de la pastilla en los países desarrollados ha disminuido, éstos han ascendido en los países subdesarrollados. La información que arrojan las manufactureras de la pastilla, indican que el mercado que más ha crecido para este producto, es el del Tercer Mundo⁹. ¿Cuál es la razón de esto? En 1979, se realizaron estudios sobre evaluación de los programas de

8 Ibídem, p. 185.

9 Ibídem, p. 178.

planificación familiar, auspiciado por los Sistemas de Salud de la Westinghouse. En ellos se evidenció una considerable presión por parte de US AID, sobre los países "pobres", para que éstos incorporaran, masivamente, la pastilla en sus programas de planificación familiar. La conclusión a la que se llegó en estos estudios fue que "resultaba claro que las élites político-administrativas, y no las masas de usuarios, han estado decidiendo sobre el tipo de tecnología anticonceptiva a usarse"¹⁰. En lo personal, consideramos que el patriarcado, permeando las esferas política, económica y social, a nivel internacional y nacional, ha sido el que ha determinado la forma que ha adoptado esta tecnología anticonceptiva.

Insistimos, aunque existen muy pocos estudios sobre el impacto de la pastilla en las mujeres del Tercer Mundo, hay fuertes razones para creer que su introducción indiscriminada, incrementa los riesgos y la severidad de sus efectos secundarios. En 1982, después de la implementación de los programas de planificación familiar en México, la mayoría de las mujeres que usaban algún método anticonceptivo, es decir, un 30% de las usuarias, recurrían a la pastilla (Cuadro 6.1.).

b) *Inyección Anticonceptiva.*— Los inyectables son actualmente los anticonceptivos hormonales de acción prolongada de más amplia difusión. Se estima que 6.5 millones de mujeres en el mundo recurren a este método. Existen dos tipos de inyectivos que están ampliamente disponibles, el depósito de acetato de medroxiprogesterona (DAMP, cuyo nombre comercial

¹⁰ *Ibídem*, p. 179.

es Depo-Provera), y el enantato de noretindrona (NET EN, conocido comercialmente como Noristerat). Las hormonas sintéticas que componen estos dos tipos de inyecciones son progestinas, un derivado natural de la progesterona (DAMP) y la otra de la testosterona (NET EN). Aproximadamente cinco de las 6.5 millones mujeres usuarias de inyectivos, emplean el DAMP o el NET EN (de más larga duración), y las restantes -1,5 millones, en su mayoría de América Latina y China- usan diversos inyectables mensuales. Según las encuestas y los datos de producción y ventas, el uso de inyectables está más difundido en Jamaica, Tailandia, Indonesia, México, Nueva Zelanda y China¹¹.

- El DAMP o Depo-Provera.- El DAMP, comercializado por la Upjohn Company, es el inyectable que más se ha difundido¹². Depo-Provera contiene, como ya se mencionó, un sólo tipo de hormona sintética, la progestina. Generalmente se administra la primera semana del ciclo menstrual, en una sola inyección de 150 mg y tiene un efecto de por lo menos tres meses¹³. Los regímenes de seis meses de duración de 250 a 450 mg de DAMP son menos utilizados¹⁴.

Ventajas.- la ventaja de la inyección Depo-Provera reside básicamente en la manera como se administra. Una sola inyección protege a la mujer del

11 POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie K, Número 3, Febrero de 1988, "Inyectables e Implantes", pág. k-25.

12 Ibid.

13 HARTMAN, Betsy, ob. cit., p. 186.

POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie J, Número 28, Octubre de 1985, "Inyectables e Implantes", pág. J-12.

14 POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie K, Número 3, Febrero de 1988, "Inyectables e Implantes", p. k-18.

embarazo de 3 a 6 meses, liberándola de la necesidad de responsabilizarse por algún tiempo del control natal, a diferencia de la pastilla que implica el recordar tomarla todos los días, o los métodos de barrera que requieren su inserción antes de las relaciones sexuales¹⁵.

Efectos Secundarios y Contraindicaciones.- El efecto más común y notable de la inyección Depo-Provera son los desórdenes menstruales. Más de las dos terceras partes de mujeres usuarias no tienen ciclos menstruales regulares en el primer año de uso. Algunas dejan de menstruar totalmente, mientras otras experimentan un sangrado abundante o intermitente. El sangrado abundante puede ser particularmente peligroso para las mujeres desnutridas que pueden enfermarse debido a la pérdida de hierro y sangre.

Otro efecto secundario es aquel sobre los desórdenes de la piel, cansancio, dolores de cabeza, náusea, depresión, pérdida de pelo, pérdida de libido y un retardo a la fecundidad. Estos efectos son comúnmente considerados como menores, pero como anota Gena Corea, (investigadora sobre la salud): La depresión puede destruir enteramente la calidad de la vida de la mujer. La pérdida de la libido puede hacer que la mujer viva sus relaciones sexuales como una experiencia desagradable. Irónicamente Depo ha probado un método anticonceptivo efectivo de carácter masculino, pero no se ha promovido porque se recibieron quejas de pérdida de libido. Y aunque las mujeres se han quejado de lo mismo, en este caso, no se le ha dado importancia a dicha situación.

15 HARTMANN, Betsy. ob. cit., p. 186.

En cuanto a la ganancia de peso, los investigadores han hipotetizado que Depo¹⁶ estimula el hipotálamo (centro cerebral que controla el apetito) causando que las mujeres coman más.

A largo plazo, los efectos de la inyección "Depo" son semejantes a los de la pastilla: el riesgo de posibles defectos congénitos en los bebés, cuando se ha administrado la droga durante el embarazo; el probable efecto negativo sobre el desarrollo infantil, cuando los niños han ingerido las hormonas a través de la leche materna, y la no dudosa relación de estos anticonceptivos con el cáncer de pecho, endométrico y cervical.

A pesar de esto, se ha aprobado el amplio uso de esta droga, tomándose solamente pequeñas precauciones en su utilización. En algunos programas de planificación familiar, particularmente cuando el acceso a los servicios de éstos es limitado, las mujeres reciben las inyecciones en cualquier momento del ciclo menstrual.

En cuanto al cáncer, los descubrimientos realizados sobre animales, han demostrado que Depo causa una mayor incidencia de tumores en el pecho (observado en perros beagle) y cáncer del endometrio (en los monos rhesus)¹⁷.

La investigación sobre la relación "inyección anticonceptiva-cáncer", al igual que la relación "pastilla-cáncer", se tropieza con los mismos obstáculos, ya que de acuerdo a lo anotado anteriormente, para que se desarrolle el cáncer generalmente se llevan muchos años, y por ello,

16 *Ibides*, p. 188.

17 *Ibides*, p. 189.

se está lejos del punto en que las investigaciones al respecto puedan arrojar resultados concluyentes, es más, los estudios de seguimiento sobre las usuarias a largo plazo de Depo, son más escasos que los realizados sobre la pastilla, y los pocos que se han realizado son bastante deficientes¹⁸. Sin embargo, algunos de los resultados obtenidos hasta ahora, parecen confirmar que las mujeres usuarias de DAMP, experimentan un pequeño incremento en el riesgo de adquirir cáncer cervical, similar al reportado para las mujeres jóvenes, usuarias de la pastilla.

Los efectos a corto plazo de Depo y los riesgos a largo plazo, hacen cuestionable la conveniencia de su uso. En el mundo occidental, el Depo es usado generalmente en las mujeres de minorías étnicas y las mujeres de las clases trabajadoras con muy poca o ninguna explicación de sus efectos. Depo es frecuentemente usada también en los grupos de aborígenes¹⁹.

Como la pastilla, Depo es frecuentemente dada sin una adecuada supervisión médica. En México se vende en todo el país en farmacias y son administradas por "inyectistas", practicantes con poco o ningún entrenamiento formal. Elementos del personal médico en el Tercer Mundo han reportado que nunca han visto ningún instructivo médico acompañando la droga y por tanto no podían informar adecuadamente a las mujeres de los efectos secundarios de ésta²⁰.

En un estudio realizado en Costa Rica se encontró que entre las mujeres usuarias del DAMP el riesgo de contraer cáncer mamario es dos

18 *Ibídem*, p. 190.

19 *Ibídem*, p. 191.

20 *Ibídem*, pp. 192-193.

veces mayor que entre las no usuarias, diferencia que es estadísticamente significativa²¹.

- La NET EN.- La progestina NET EN se prepara en forma de solución oleosa. Comúnmente se administra cada dos meses en una dosis de 200 mg cada dos o tres meses y su efecto dura hasta 12 semanas²². Es altamente efectiva cuando se usan en intervalos regulares resultando en una tasa de embarazo menor de una por 100 al año²³. No se ha estudiado ampliamente el restablecimiento de la fertilidad después de una dosis normal, pero puede ser más rápida que en el caso del DAMP. Según se ha podido determinar en algunos estudios, si se prolonga su uso, podría retrasar ligeramente el retorno de la ovulación una vez concluida su acción²⁴.

- Inyectables Mensuales.- Los inyectables mensuales tienen un uso muy difundido en América Latina y China. Estos contienen una combinación de estrógeno y progestina.

Las inyecciones de estrógeno-progestina, aplicadas mensualmente, tienen ciertas ventajas con respecto a las de progestina, ya que producen pérdidas regulares de sangre todos los meses, y causan menos goteo y otras irregularidades del flujo menstrual. Además, tienden menos a causar amenorrea, que puede alarmar a las mujeres por considerarla signo de

21 POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie K, Número 3, Febrero de 1968, "Inyectables e implantes", p. K-21.

22 Ibidem, p. K-18.

23 HARTMANN, Betsy, ob. cit., p. 188.

24 POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie J, Número 28, "Inyectables e implantes", pág. J-13.

embarazo²⁵.

- *Consideraciones Finales.*- Aunque muchas inyecciones contienen estrógeno para inducir un sangrado mensual²⁶, en términos generales, todos los inyectables anticonceptivos alteran las características del flujo menstrual. Del 30% al 60% de las usuarias desarrollan amenorreas.

Después de una inyección, las mujeres pueden permanecer infértiles durante un periodo de cuatro a nueve meses, o más, pero la fertilidad generalmente retorna al cabo del tiempo²⁷.

El tipo de inyección anticonceptiva más utilizada en México es la compuesta por estrógeno y progestina²⁸.

Las interrogantes planteadas acerca de la posibilidad de que los inyectables de acción prolongada pueden causar cáncer han dado lugar a controversias. Debido a los efectos secundarios observados en las usuarias, el DAMP fue retirado del mercado en Estados Unidos²⁹, sin embargo, al igual que la pastilla, Depo-Provera ha sido fuertemente promovida a través de los programas de población, en los países tercermundistas.

El uso de inyectivos en México, para 1982, ocupaba el cuarto lugar

25 POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie K, Número 3, Febrero de 1988, "Inyectables e implantes", p. K-23.

26 HARTMANN, Betsy, ob. cit., p. 188.

27 POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie K, Número 3, Febrero de 1988, "Inyectables e implantes", p. K-20.

28 POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie J, Número 28, Octubre de 1985, "Inyectables e implantes", p. J-13.

29 POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie K, Número 3, Febrero de 1988, "Inyectables e implantes", pág. K-21.

de prevalencia entre las mujeres usuarias de algún método anticonceptivo (Cuadro 6.1.).

6.1.2. Métodos Mecánicos.

Quedan incluidos en este rubro, los métodos que evitan el embarazo debido a las reacciones y procesos químicos que desencadenan, debido a su presencia física en el organismo.

a) *Dispositivo Intrauterino, "DIU".- El dispositivo Intrauterino es un pequeño objeto que se introduce en la parte más alta, dentro de la cavidad uterina. Este se ha fabricado en diversos materiales (cobre y plástico es lo más común) y puede tener diversas formas. Existen varias versiones sobre los mecanismos de funcionamiento del DIU. Una de éstas afirma que la inflamación o infección uterina provocada por el dispositivo, conduce a la expulsión de cualquier óvulo fecundado³⁰. Otra explicación plantea que el DIU impide que el óvulo fertilizado se implante en el recubrimiento del útero. Esto se debe, a que la presencia del objeto extraño en el organismo, incrementa la proporción de glóbulos blancos en la sangre. Este cambio en el medio biológico vaginal impide la implantación del huevo. Por otra parte, parece que el aumento de glóbulos blancos también logran desactivar el esperma³¹.*

Aunque todavía no hay consenso sobre el mecanismo exacto por el cual los óvulos fertilizados son expulsados de la vagina, lo cierto es que el DIU no debería considerarse como un método anticonceptivo, sino más bien,

30 HARTMANN, Betsy, *ob. cit.*, p. 201.

31 SHAPIRO, Rose, *ob. cit.*, p. 153.

como un método abortivo ya que todas las hipótesis al respecto coinciden en afirmar que, en última instancia, sea como sea, el DIU causa la expulsión de un óvulo ya fertilizado. En este sentido, resulta paradójico que en países donde se prohíbe legalmente el aborto, como en México, los movimientos feministas no hayan logrado su despenalización, cuando los programas de planificación familiar, apoyados por el mismo Estado, han promovido este método.

Efectos Secundarios: Las complicaciones más comunes del DIU son, densos y abundantes sangrados, calambres y retortijones, que son más frecuentes en las mujeres que nunca han tenido un hijo.

Una mala inserción del DIU puede originar perforación en el útero y, en algunos casos, que el DIU se deslice en la cavidad abdominal donde puede provocar serios daños.

Las mujeres que se embarazan cuando están usando el DIU corren un riesgo mayor de desarrollar potencialmente, y de por vida, embarazos ectópicos³² o abortos. Así que, aunque el DIU tiene un elevado porcentaje de eficacia (3-5 embarazos por 100 usuarias), cada embarazo con DIU significa, no sólo un fracaso anticonceptivo, sino una complicación médica³³.

El más frecuente y serio efecto a largo plazo del DIU, es la infertilidad causada por la llamada "enfermedad de inflamación pélvica" (EIP), que es una infección en la parte superior del conducto reproductivo. Las mujeres que usan el DIU corren un mayor riesgo de desarrollar esta

32 Fuera del útero.

33 HARTMANN, Betsy, ob. cit., p. 201.

enfermedad, generalmente causada por la introducción de bacterias en el útero al momento de introducir el dispositivo. Estas pueden crecer rápidamente debido a la relativa inflamación provocada por el DIU (que es normal), o el incremento del sangrado. En dos estudios de casos realizados recientemente, se señala que las ex-usuarias de DIU tienen mayor probabilidad de sufrir de esterilidad tubárica, que las no usuarias³⁴.

Otra complicación típica de las usuarias del dispositivo, se origina cuando el cuerpo lucha severamente contra la inflamación pélvica, depositando tejido típico de "cicatrización". Este puede llegar a bloquear los conductos falopianos que conectan los ovarios con el útero, provocando infertilidad, es por esto que la Food and Drug Administration (FDA), sugiere que las mujeres jóvenes sin hijos, no usen el DIU, considerando que esta opción anticonceptiva es más recomendable para mujeres que han decidido no tener más hijos y que sólo tienen un compañero sexual³⁵.

Hay dispositivos más peligrosos que otros, por ejemplo, el llamado Dalkon Shield, provocó una gran cantidad de abortos sépticos acompañados por infecciones tóxicas³⁶.

Dado que el DIU debe desinfectarse antes de la inserción para disminuir los riesgos de contraer alguna infección, este anticonceptivo resulta inapropiado para las mujeres rurales del Tercer Mundo donde, generalmente, las condiciones de las clínicas de salud y de sus equipos,

34 POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie J, Número 28, Octubre de 1985, "Inyectables e Implantables", p. J-15.

35 HARTMANN, Betsy, ob. cit., p. 202.

36 Ibidem, p. 203.

son deficientes. Otro factor que agrava la situación en estos países, es el hecho de que en los paquetes de 1000 dispositivos que se distribuyen, se anexa un sólo folleto de Instrucciones³⁷.

La información obtenida en la END, indica que el uso del DIU ocupaba, para 1982, el tercer lugar de preferencia entre las mujeres que practicaban la anticoncepción (Cuadro 6.1.)

37 Idea.

CUADRO 6.1.
Distribución Porcentual de las Mujeres "Sujetas al Embarazo"
por Grupos de Edad Quinquenal y Método, 1982.

Grupos de Edad	Métodos										Total por renglón
	Esteril. Femenina	Esteril. Masculina	Pastilla	Inyectivo	DIU	Ineficaces	Condón	Diaphragma	Ritmo	Retiro	
< 20	1.5		33.8	24.0	12.0	2.3	1.8		3.0	.3	3.1
	.2		3.6	7.1	2.9	3.9	3.1		1.2	1.1	
	.0		1.1	.8	.4	.1	.1		.1	.0	
20-24	5.4	.4	41.0	17.7	20.8	2.5	2.5	.5	4.5	.6	17.0
	3.2	9.7	23.3	28.2	26.4	22.9	23.5	33.2	9.3	11.0	
	.9	.1	7.0	3.0	3.5	.4	.4	.1	.8	.1	
25-29	20.1	.8	37.5	11.1	16.2	1.7	1.2	.3	6.5	1.8	22.6
	16.1	24.8	28.3	23.8	27.7	19.9	15.1	24.7	18.0	45.1	
	4.6	.2	8.5	2.5	3.7	.4	.3	.1	1.5	.4	
30-34	34.6	1.0	26.5	9.5	14.0	1.5	1.9	.3	7.3	.4	23.5
	28.8	32.9	20.8	20.8	24.8	19.1	24.9	28.2	21.1	9.6	
	8.1	.2	6.2	2.2	3.3	.4	.5	.1	1.7	.1	
35-39	39.2	.8	23.1	6.5	6.9	1.3	1.6	.2	12.4	1.0	18.2
	25.2	14.1	14.0	11.1	9.5	12.7	16.2	13.9	27.6	21.0	
	7.1	.1	4.2	1.2	1.3	.2	.3	.0	2.2	.2	
40-44	49.5	1.2	19.9	7.5	6.5	3.1	1.0		10.3	.8	11.0
	19.2	18.4	7.3	7.8	5.4	17.8	6.1		13.9	7.8	
	5.4	.1	2.2	.8	.7	.3	.1		1.1	.1	
5 y +	45.4		18.4	3.2	10.0	1.5	4.5		16.1	.9	4.5
	7.2		2.8	1.4	3.4	3.8	11.1		8.9	4.4	
	2.0		.8	.1	.4	.1	.2		.7	.0	
Total Columnas	28.3	.7	30.0	10.7	13.3	1.9	1.8	.3	6.1	.9	100.0

1er Renglón.- Distribución porcentual por grupos de edad.

2do. Renglón.- Distribución porcentual por método.

3er. Renglón.- Porcentajes sobre el total de usuarias.

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

b) *Métodos de Barrera.*— Se han incluido en este rubro los métodos que impiden el embarazo al presentar una oposición física, una "barrera", entre los espermatozoides expulsados durante el coito, y los óvulos que se encuentran en el útero. Los métodos de barrera más comunes son los condones, diafragmas, capuchones cervicales y la nueva esponja anticonceptiva (conocida comercialmente como "Today"). A pesar de que los métodos de barrera pueden tener un alto nivel de efectividad, en México este tipo de anticonceptivo no ha sido promovido ni popularizado. Pese a que la información de las encuestas retrospectivas de fecundidad indica que una porción de la población ha empezado a recurrir con mayor frecuencia al condón en primer lugar, y en segundo, al diafragma, sus niveles de uso no alcanzan cifras significativas. Probablemente, para los años noventas, el porcentaje de usuarios del condón se incrementará en forma importante, pero seguramente su uso se encontrará vinculado a la protección contra la transmisión del SIDA (Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida) y no a las prácticas de control natal.

b.1.) *Diafragma.*— Los diafragmas son copas de caucho delgadas y poco profundas, con un borde firme pero flexible. Se ajustan entre la pared vaginal posterior y la cavidad detrás del arco púbico. Cuando se adapta correctamente, el diafragma bloquea la parte superior de la vagina y el cervix, pero es probable que no se ajuste bien durante el coito o en todas las posiciones coitales, por ello, los fabricantes y la mayoría de los médicos, recomiendan que se utilicen los diafragmas adicionados de jalea o crema espermaticida.

El tamaño del diafragma adecuado para cada mujer, debe estar determinado por un médico o enfermera que estén debidamente entrenados

para este fin. Son éstos quienes se deben encargar de instruir a las mujeres sobre su uso correcto (colocación, medidas higiénicas que se deben tomar, etc.), ya que de ello depende su efectividad, la que oscila entre un 85% y 95%.

El personal médico o especializado que se aboca a las funciones de planificación familiar, debe dedicar el tiempo adecuado a la instrucción de cada nueva usuaria -algunos sugieren entre 30 minutos y una hora- y debe haber alguna persona disponible para contestar preguntas que pueden surgir durante las primeras semanas de uso. Muchos médicos recomiendan una visita de seguimiento, una o dos semanas después de la visita inicial.

Los diafragmas deben ajustarse cuidadosamente ya que, cuando son demasiado pequeños, pueden desplazarse de su lugar y, si resulta muy grande, puede doblarse causando molestias. Una vez que se ha seleccionado el diafragma adecuado, la mujer debe aprender a insertárselo y a usarlo en forma correcta. Con el objeto de que sea eficaz, el diafragma adicionado de espermaticida debe utilizarse en cada coito. Las instrucciones características indican que un diafragma debe insertarse hasta seis horas antes del coito, debe utilizarse con una o dos cucharaditas de espermaticida, colocado dentro de la cúpula y esparcido alrededor del borde, debiéndose dejar colocado después del coito, por lo menos seis horas, pero no más de 24 horas.

Eficacia.- Cuando se utiliza en forma correcta en cada coito, el diafragma junto con el espermaticida puede ser un método altamente eficaz, con tasas de falla en el primer año de entre 2 y 3 por 100 usuarias (efectividad muy semejante al de la pastilla e inyecciones hormonales). La menor tasa de falla se observa en las mujeres altamente motivadas para evitar el

embarazo, las de mayor edad (generalmente menos fecundas), y en mujeres que ya han recibido instrucciones o tienen experiencia con métodos vaginales³⁸.

Ventajas.— Los organismos que causan las enfermedades transmitidas por vía sexual pueden ser introducidos en la vagina y el cuello uterino a través de los espermatozoides o las tricomonas. En este sentido, los diafragmas, al bloquear el cuello del útero, protegen contra estas enfermedades y al añadir un espermicida que mata a los organismos que causan infecciones, se aumenta el efecto protector³⁹.

El uso del diafragma también protege a las mujeres de la "enfermedad inflamatoria pélvica" (EIP).

Efectos secundarios:

posible irritación causada por el látex o por la jalea o crema espermaticida, y
aumento en la frecuencia de irritaciones o infecciones de las vías urinarias.

La irritación producida por el látex es poco frecuente y a menudo se pueden evitar las reacciones a ciertos espermaticidas, cambiando a otro producto. En un estudio reciente, se observó que sólo cuatro, de 232 mujeres que usaban diafragma, se quejaban de irritación, y únicamente dos (menos del 1%), dejaron de usarlo por esta causa.

38 *Ibidem*, pp. H-15 a H-17.

39 POPULATION INFORMATION PROGRAM, *Population Reports*, Serie J, Número 28, Octubre de 1985, "Inyectables e Implantes", p. J-19.

Para las mujeres a quienes les disgusta insertarse el diafragma manualmente, se ha elaborado un aplicador para los diafragmas de resorte en espiral o de resorte plano, sin embargo, muchas clínicas sólo enseñan la inserción manual⁴⁰.

Aceptabilidad.— La participación de médicos, enfermeras u otros trabajadores de la salud, es decisiva para la aceptación del diafragma ya que, si presentaran esta opción a las mujeres, podrían tener un marco más amplio de elección y tal vez, como ha sucedido en algunos países europeos, elegir éste frente a los que representan un mayor riesgo para su salud (hormonales). Algunas mujeres han expresado que el diafragma resulta inconveniente y desagradable pues, como otros anticonceptivos vaginales, debe colocarse para cada coito.

Consideraciones Finales.— Estos métodos, en general, no tienen un uso muy difundido en los países subdesarrollados, donde además, son difíciles de obtener. En México, las mujeres usuarias del diafragma no llegaban a representar, en 1982, ni un 1% del total de usuarias de algún método anticonceptivo. Es más, el condón, método de barrera más utilizado en el país, aparece apenas con una prevalencia de 1.8% (Cuadro 5.1).

b.2.) **Condón.**— Además de proteger, tanto al hombre como a la mujer, contra la transmisión de enfermedades por contacto sexual, el condón representa un medio para evitar el embarazo. Con un porcentaje de efectividad del 85 al 98%, el uso del condón no tiene efectos contrarios y puede utilizarse en forma correcta sin necesidad de supervisión médica. El condón como

40 POPULATION INFORMATION PROGRAM, *Population Reports*, Serie H, Número 7, Febrero de 1985, "Inyectables e Implantos", p. H-19.

anticonceptivo, es el único método reversible para hombres, en otras palabras, el único que no afecta permanentemente su fertilidad. Si se usa con un espermaticida, en caso de que el condón se rompa o se safe, la mujer estará más protegida de un posible embarazo⁴¹.

El suministro de condones del tamaño adecuado es un factor importante para granjear su aceptación. En este sentido, el condón de látex puede producirse en varios tamaños, ventaja importante sobre los de membrana animal que se usaban en la antigüedad⁴². La mayoría están lubricados y algunos lo están con espermaticida.

Los condones de látex se pueden producir a bajo costo y en grandes cantidades, lo que posibilita su comercialización masiva.

Modo de empleo.- El condón debe colocarse cuando el pene se encuentra en erección, asegurándose de dejar lugar para almacenar el semen. Después del orgasmo y antes de perder la erección, el hombre debe retirar cuidadosamente su pene de la vagina para no derramar semen en ésta. Al retirar el condón, se tiene que verificar que no esté roto (es decir, que no haya escurrimiento), y evitar el contacto genital inmediatamente después, ya que generalmente quedan residuos de semen en el pene, pudiendo provocar el embarazo⁴³.

Ventajas.- El condón, como todos los métodos de barrera, no altera el sistema reproductivo, masculino o femenino, por ende, cuando las parejas

41 POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie H, Número 6, Septiembre de 1983, "Métodos de Barrera", p. H-1.

42 Ibidem, p. H-4.

43 SHAPIRO, Rose, ob. cit., pp. 77-79.

abandonan estos métodos, su fertilidad retorna normalmente.

Los condones crean una barrera al semen, a las tricomonas y a otros organismos, reduciendo enormemente las probabilidades de que una persona sea infectada por otra. Si se usan en forma constante, los condones ofrecen protección casi completa contra muchas enfermedades transmitidas por vía sexual, es decir, las llamadas "enfermedades venéreas". Tradicionalmente se ha empleado este término para designar cinco enfermedades que se transmiten, principalmente, por contacto genital: sífilis, blenorragia (gonorrea), chancroide, granuloma (donovanosis) y linfogranuloma venéreo (LGV)⁴⁴. El uso del condón también evita el contagio del virus del herpes, la tricomoniasis, la candidiasis y la Chlamydia⁴⁵.

Por otro lado, las enfermedades transmitidas por contacto sexual, son causa importante de la enfermedad inflamatoria pélvica en la mujer. Asimismo, los organismos transmitidos por contacto sexual, pueden producir infecciones del líquido amniótico en las mujeres embarazadas. Las mujeres cuyos compañeros usan condón, presentan menos riesgo de adquirirlas⁴⁶.

El uso del condón protege también a los hombres de las infecciones del aparato urogenital⁴⁷.

Estudios recientes señalan que el condón tiene un efecto preventivo,

44 POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie H, Número 6, Septiembre de 1983, "Métodos de Barrera", p. H-9.

45 POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie J, Número 28, Octubre de 1985, "Inyectables e implantes", p. J-19.

46 POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie H, Número 6, Septiembre de 1983, "Métodos de Barrera", p. H-11.

47 POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie J, Número 28, Octubre de 1985, "Inyectables e implantes", p. J-19.

y posiblemente también terapéutico en las anomalías de las células del cuello del útero. Al parecer, el cáncer del cuello uterino es iniciado o promovido por algún agente transmitido por contacto sexual. Dicho agente puede ser el virus del herpes, que a menudo existe en el tejido del cuello uterino de las pacientes con neoplasia. Los estudios clínicos indican que las mujeres que usan métodos anticonceptivos de barrera—incluyendo el condón—, tienen menos probabilidades que otras mujeres, de adquirir cáncer en el cuello uterino, lo cual parece indicar, que los métodos de barrera limitan la transmisión de un agente responsable del desarrollo celular anormal.

A pesar de que el condón es el único método reversible masculino utilizado, actualmente no hay investigación, ni del sector público ni privado, para mejorarlo. La mayoría de la investigación sobre métodos de barrera, se ha centrado en su uso en los países industrializados. Casi nada se ha hecho para hacerlos más accesibles para el Tercer Mundo, por ejemplo, mejorando sus propiedades para soportar el calor y la humedad⁴⁸.

Con respecto a su distribución hasta 1982, las clínicas de planificación familiar o algunos médicos particulares, habían proporcionado condones, ocasionalmente, a quien lo solicitaba, sin embargo, éstos no constituyen una fuente importante de abastecimiento. Como tradicionalmente el condón no ha sido considerado como un "método anticonceptivo médico", el personal o los médicos de las clínicas, no lo han promovido activamen-

48 HARTMANN, Betsy, *ob. cit.*, p. 259.

te⁴⁹. Esta es una de las razones por las cuales el condón ha sido un medio anticonceptivo insuficientemente utilizado, sobre todo en los países subdesarrollados⁵⁰. A este hecho habría que agregar la ideología moral y machista, que por mucho tiempo ha asociado el uso del condón con la prostitución y a las enfermedades venéreas⁵¹. Este tipo de concepción ha constituido uno de los mayores obstáculos para su uso generalizado como método anticonceptivo. Otra oposición para su uso ha sido el famoso "no se siente igual". La difusión de este tipo de pensamiento, ha inhibido a los usuarios potenciales, que han preferido relegar a la mujer el quehacer anticonceptivo. Seguramente ahora y congruente con la ideología machista, frente a la amenaza creciente del SIDA, el argumento de que "no se siente igual", ya no es relevante porque, en este caso, lo que está en juego es el bienestar y, en última instancia, la vida de los hombres. Que el uso del condón proteja también a las mujeres de los mismos riesgos de contraer el SIDA, es francamente circunstancial y tampoco incidirá, directamente, con el incremento experimentado en el uso del condón, con fines explícitamente anticonceptivos.

6.2. Métodos Definitivos.

Como su nombre lo indica, los métodos que integran este apartado se distinguen por suspender la fertilidad, masculina o femenina, en forma definitiva, es decir, son irreversibles. En la actualidad se han realizado

49 POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie H, Número 6, Septiembre de 1983, "Métodos de Barrera", pp. H-15 y H-16.

50 Ibidem, p. H-1.

51 Ibidem.

algunas investigaciones sobre la reversibilidad de la esterilización, sobre todo masculina, pero todavía no se han logrado hallazgos concluyentes.

a) Esterilización Femenina.- La esterilización femenina se ha generalizado sorprendentemente. Se ha estimado que, para 1983, alrededor de 100 millones de mujeres en el mundo estaban esterilizadas "voluntariamente" para controlar su fecundidad⁵².

Independientemente de las técnicas utilizadas, la esterilización femenina comprende dos etapas:

- * el acceso a las trompas de Falopio y
- * el bloqueo o la obstrucción de las trompas a fin de evitar el encuentro de los espermatozoides y los óvulos.

Para llegar a las trompas de Falopio, los médicos pueden utilizar diversas vías de acceso: abdominal, vaginal o cervical. Las trompas se pueden obstruir recurriendo a la simple ligadura (atándolas con un hilo quirúrgico), con métodos eléctricos, o utilizando dispositivos mecánicos (clips o anillos)⁵³.

Aunque antes se realizaba cotidianamente la laparotomía, actualmente las técnicas más utilizadas son la minilaparotomía y la laparoscopia. Estas dos técnicas se desarrollaron a partir de 1960 e implican el abordaje abdominal, debiéndose llevar a cabo con anestesia local.

52 POPULATION INFORMATION PROGRAM, *Population Reports*, Serie C, Número 9, Marzo de 1986, "Esterilización Femenina", p. H-7.

53 *Ibidem*, p. C-7.

Minilaparotomía.— Consiste en una pequeña incisión abdominal de menos de tres centímetros. Se ejerce una suave tracción de cada una de las trompas hacia esta incisión, se las obstruye seccionando y ligando los extremos seccionados, o aplicando clips o anillos, y se les permite deslizar a su posición original. Debe ser practicada por médicos que tengan un adiestramiento quirúrgico básico. Los instrumentos que se necesitan son poco costosos. Este método es el más indicado en el postparto, y como puede practicarse sin que la paciente se dé cuenta de ello, tal vez no sea del todo gratuito, que éste sea el procedimiento más difundido en los países tercermundistas, donde hay evidencias de que se han esterilizado involuntariamente a las mujeres.

Laparotomía.— La incisión que se hace es mayor que en la minilaparotomía, por ello generalmente se precisa anestesia general, raquídea o epidural. En lugar de atraer las trompas a la incisión, como en el caso de la minilaparotomía, se introducen los instrumentos en la cavidad abdominal para alcanzar las trompas. Se puede utilizar cualesquiera de las técnicas de obstrucción señaladas. Este tipo de técnica no es recomendable ya que se requiere de mayor cirugía, mayor tiempo de recuperación y ocasiona mayores complicaciones debido a la utilización de anestesia general⁵⁴.

Laparoscopia.— Consiste en insertar en el abdomen, un instrumento parecido a un telescopio (laparoscopio), a través del cual, el médico puede ver los órganos internos y obstruir las trompas mediante electrocoagulación o mediante la aplicación de anillos o clips.

Tanto la minilaparotomía como la laparoscopia se pueden realizar en

54 *Ibidem*, p. C-8.

un promedio de 10 y 20 minutos sin necesidad de hospitalización. Su uso es más indicado en grandes hospitales urbanos que cuentan con cirujanos con adiestramiento especial.

La tasa de embarazo de ambos tipo de operación, al cabo de un año son, en general, de menos de una por 100 mujeres.

Efectos Secundarios.- No existen pruebas seguras de que la esterilización femenina ocasione complicaciones a largo plazo. En estudios recientes, con seguimiento de las pacientes hasta dos años después de la intervención, se ha determinado que la esterilización no provoca alteración de los ciclos menstruales⁵⁵.

Las posibles complicaciones que pueden presentarse después de la operación son menores, tales como la infección de la herida o un ligero sangrado⁵⁶. También puede presentarse cierto malestar que está relacionado con el gas (generalmente dióxido de carbono) que es introducido en el organismo para crear un espacio que separe la pared abdominal de los órganos internos y poder así ver las trompas de falopio y operarlas. Este malestar debe desaparecer un día después de la cirugía, pero mientras tanto, se puede experimentar dolor en el abdomen y los hombros⁵⁷.

Después de efectuada la esterilización, la mujer puede ser dada de alta 24 horas después. Durante las siguientes dos semanas de la operación, las mujeres no deben hacer ningún trabajo físico pesado. Pasadas seis

55 *Ibidem*, p. C-2.

56 *Ibidem*, p. C-1.

57 SHAPIRO, Rose, *ob. cit.*, pp. 170-171.

semanas, es necesario regresar con el médico para una revisión general⁵⁸. El período de recuperación depende del tipo de técnica utilizada. Parece ser que los ciclos menstruales posteriores a la esterilización se vuelven más espesos y dolorosos. Estudios realizados en Gran Bretaña han comprobado que estos efectos se presentan, sobre todo, cuando se ha utilizado la técnica diatérmica. Sin embargo, todavía no se ha podido determinar exactamente la causa que provoca estos efectos⁵⁹.

Factores de Riesgo.— El riesgo de complicaciones depende no solamente del tipo de intervención, sino también de la experiencia del cirujano y de las características de la mujer. El adiestramiento adecuado, la pericia quirúrgica y la práctica constante son importantes, en particular en la laparoscopia.

Aunque son muy pocos los casos, la esterilización femenina sí ha causado algunas muertes, debido al uso inadecuado de la anestesia local y a la carencia de técnicas asepticas durante la intervención quirúrgica⁶⁰.

Esterilización Postparto.— Los cambios fisiológicos que ocurren con el embarazo pueden conducir a tasas de complicación quirúrgica y de fracaso ligeramente más altas que en otras circunstancias. El método más seguro para la esterilización en el postparto es la minilaparotomía con ligadura de las trompas; no se recomienda la laparoscopia.

58 *Ibidem*, p. 171.

59 *Ibidem*, p. 174.

60 POPULATION INFORMATION PROGRAM, *Population Reports*, Serie C, Número 9, Marzo de 1986, "Esterilización Femenina", p. C-21.

Ventajas.— Para muchas mujeres el momento del parto es la ocasión principal de contacto con los servicios de salud y por ende, la oportunidad de someterse a la esterilización. Además, después del parto, muchas mujeres están altamente motivadas para no tener más hijos. Si la esterilización se realiza inmediatamente después del parto, la mujer se somete a una sola hospitalización y también a una sola anestesia. En este caso además, los costos son menores⁶¹.

Desventajas.— Los cambios fisiológicos que se operan en la pelvis durante el embarazo, hacen a la operación de esterilización ligeramente más difícil, aumentando en cierto grado el riesgo de complicaciones, errores, fracasos técnicos (incapacidad de llevar a término el procedimiento inicial), y futuros embarazos. Después del parto, el útero y las trompas están dilatados de tal manera, que el útero puede obstaculizar la visibilidad de las trompas al cirujano. La dilatación de las trompas puede interferir con la aplicación de los clips o anillos. Además, durante el embarazo hay una mayor irrigación sanguínea en la región pélvica y la oclusión de las trompas puede conducir a un sangrado excesivo. Durante el parto pueden penetrar bacterias a la pelvis, aumentando el riesgo de infección⁶².

A pesar de que la esterilización femenina es una operación más complicada e implica una cirugía más riesgosa, en la mayoría de los países, ha tenido mayor difusión que la masculina. En Estados Unidos, la tasa de muertes de la operación de ligadura es del 25-30 por 100,000

61 *Ibídem*, p. C-23.

62 *Ibídem*, p. C-23.

mujeres. Estos datos resultan bastante dramáticos comparados a cualquier otro anticonceptivo. El panorama parece ser peor en los países del Tercer Mundo, donde se han presentado efectos secundarios a largo plazo, tales como periodos menstruales más largos y dolor en la parte baja de la espalda⁶³.

Aunque la esterilización es una opción que debería usarse cuando las parejas han completado el tamaño deseado de su familia, existen razones, como se verá más adelante, para pensar que, en México, esto no es así. Aunque la pastilla fue el método más utilizado para 1982 (30%), la esterilización ocupó un segundo lugar de "preferencia" con un 28.3% (Cuadro 6.1.).

La tasa de falla de la esterilización femenina es de 1 en 300⁶⁴.

La salpingoclasia (extracción total de las trompas de falopio), es una técnica esterilizadora casi no utilizada actualmente, ya que requiere de anestesia general. Esto la hace ser una intervención mucho más complicada y riesgosa⁶⁵.

b) Esterilización Masculina.- La vasectomía -esterilización quirúrgica del hombre- es uno de los métodos anticonceptivos más seguros, sencillos y eficaces. No obstante, en gran parte del mundo, muchas veces ha sido olvidado. Incluso en los lugares en que ha sido practicada en forma generalizada, como sucede en los Estados Unidos y en algunos países de Asia, su uso ha disminuido en los últimos años. Algunos autores explican

63 HARTMANN, Betsy, *ob. cit.*, pp. 227-228.

64 SHAPIRO, Rose, *ob. cit.*, p. 168.

65 *Ibidem*, p. 173.

con varias razones el origen de esta disminución reciente: la disponibilidad cada vez mayor de otros métodos; nuevos procedimientos que hacen la esterilización femenina más segura y sencilla que antes (si bien sigue siendo más compleja que la vasectomía); y posiblemente, un incremento en las tasas de divorcio⁶⁶. Por otro lado, y como es bien sabido, tradicionalmente muchos hombres han identificado la fecundidad, con la virilidad y la fuerza, por tanto, si bien la vasectomía no deteriora el funcionamiento sexual, muchos hombres tienen dudas al respecto. Basados en esto, otros investigadores han atribuido la escasa frecuencia de vasectomías a la actitud masculina: "A los hombres les interesa más bien demostrar su virilidad que asumir responsabilidades en cuanto a la planificación familiar" o "Los hombres temen que la vasectomía afecte su vida sexual"⁶⁷. Como se puede observar, en todas estas posibles explicaciones subyace una ideología machista-patriarcal. Los hombres prefieren delegar la responsabilidad del control natal a las mujeres quienes, por razones fisiológicas obvias, no tienen más alternativa que asumirla, si es que no se desea el embarazo.

Procedimiento y técnicas.— Por su simplicidad, las técnicas de vasectomía han cambiado poco en el último decenio, y los problemas médicos han sido mínimos. El procedimiento demora apenas de 10 a 15 minutos, puede ser llevado a cabo en distintos medios, solamente requiere anestesia local. La intervención comprende varias etapas: la identificación e inmoviliza-

⁶⁶ POPULATION INFORMATION PROGRAM, *Population Reports*, Serie D, Número 4, Diciembre de 1984, "Esterilización Masculina", p. D-1.

⁶⁷ *Ibid.*

ción del vaso deferente (conducto que porta los espermatozoides de cada uno de los testículos a la uretra de modo que los espermatozoides no puedan ser expulsados), incisión pequeña en el escroto, la separación de las capas superficiales de tejido y el aislamiento del conducto, la sección del mismo, generalmente la extirpación de una pequeña sección de cada conducto, el sellado de los muñones del conducto y, finalmente, la sutura de la incisión del escroto⁶⁸.

Los extremos del vaso deferente se pueden sellar de distintas maneras:

- mediante ligación (técnica más antigua y la más ampliamente utilizada)
- mediante coagulación con electricidad (llamada electrocoagulación o electrofulguración) o calor (llamada termocoagulación), y
- mediante grapas⁶⁹

Cuando se recurre a la ligadura para cerrar el vaso deferente, la vasectomía requiere solamente instrumental básico: dos forceps o abrazaderas para sujetar el vaso deferente, una jeringa, un escalpelo u hoja de afeitar, una aguja y material de sutura⁷⁰.

El método es sumamente eficaz; la tasa de fracasos de vasectomía es de uno por mil.

Dado que se precisan varias eyaculaciones antes que el aparato reproductor quede totalmente libre de espermatozoides, las parejas deben recurrir a otros métodos anticonceptivos durante varias semanas o meses

68 Ibídem, p. D-4.

69 Ibídem, p. D-5.

70 Ibídem, p. D-7.

después de la vasectomía a fin de evitar un embarazo durante ese intervalo⁷¹.

Aunque actualmente están en uso varias técnicas de vasectomía, no hay estudios comparativos que indiquen, a ciencia cierta, si alguna de esas técnicas es más eficaz que las otras. No obstante, parece ser que, con respecto a todas las técnicas, los fracasos son muy escasos⁷².

Riesgos a la salud.— Los efectos secundarios a corto plazo o postoperatorios son menores, y en su mayoría, desaparecen en una o dos semanas. La investigación ha demostrado que dado que es un procedimiento seguro y sencillo, no se producen efectos adversos en los hombres que se han sometido a la vasectomía. Los trastornos más comunes luego de la cirugía son la hinchazón del tejido del escroto, contusiones y dolor, pero éstos desaparecen rápidamente.

Las complicaciones más serias, tales como infecciones y hematomas, ocurren en menos del 3 por ciento de los hombres. El hematoma, una masa de sangre coagulada en el tejido del escroto, ocurre generalmente en menos del 1 por ciento de los hombres vasectomizados. La epididimitis, o hinchazón y sensibilidad de los testículos ocurre en menos del uno por ciento de las vasectomías⁷³. La infección posterior a la vasectomía no es frecuente. Generalmente menos del 2% de los hombres vasectomizados contraen infección⁷⁴.

71 *Ibidem*, p. D-1.

72 *Ibidem*, p. D-3..

73 *Ibidem*, p. D-9.

74 *Ibidem*, p. D-1 y SHAPIRO, ROSS, *ob. cit.*, p. 176.

Estudios epidemiológicos de gran escala, han desvanecido totalmente los temores de que los hombres, que se han sometido a la vasectomía, podían presentar riesgo de cardiopatías superior al normal.

La esterilización masculina o vasectomía es menos riesgosa y, aunque es más segura que la esterilización femenina, existen muchos prejuicios en su contra⁷⁵. Ahora que la investigación ha demostrado que no se producen efectos adversos en los hombres que se han sometido a ella, se debería tratar de modificar la actitud de quienes prestan información y servicios de planificación familiar. Estos, generalmente, han mostrado falta de interés en promover este método. En este sentido, existe información que comprueba que el impacto de los profesionistas y personal responsable de proporcionar estos servicios de planificación familiar sobre los pacientes potenciales, es fundamental a fin de que la vasectomía resulte más atractiva y accesible⁷⁶.

No cabe la menor duda de que la vasectomía sería usada en forma más generalizada, si fuese un método anticonceptivo temporal y no permanente. Al respecto, la investigación llevada a cabo en 1970 sobre dispositivos implantados para vasectomías de fácil reversibilidad, logró escaso progreso. Aún prosiguen algunos estudios al respecto.

Finalmente, y en un intento por aclarar en mayor medida las diferencias, ventajas y desventajas de ambos tipos de esterilizaciones (femenina y masculina), a continuación se reproduce un cuadro comparativo donde aparecen las características generales de cada uno de estos métodos:

75 HARTMANN, Betsy, *ob. cit.*, pp. 228-229.

76 POPULATION INFORMATION PROGRAM, *Population Reports*, Serie D, Número 4, Diciembre de 1964, "Esterilización Masculina", p. D-2.

Comparación de la vasectomía y la esterilización femenina

Vasectomía	Esterilización Femenina
------------	-------------------------

—— Eficacia ——

Muy eficaz, pero con una tasa ligeramente mayor de recanalización espontánea y embarazo.
Eficaz luego de 6 a 10 semanas de la intervención.

Muy eficaz; tasa de fracaso ligeramente más baja.

Eficacia inmediata.

—— Complicaciones ——

El método no conlleva prácticamente riesgo alguno de lesión interna u otras complicaciones que pongan en peligro la vida del paciente.

El método conlleva un ligero riesgo de lesiones internas graves y otras complicaciones que ponen en peligro la vida del paciente.

Muy ligera posibilidad de infección seria.

Ligera posibilidad de infección seria.

No se han registrado muertes relacionadas con la anestesia.

Se han registrado unas pocas muertes relacionadas con la anestesia.

—— Aceptación ——

Cicatriz diminuta.
Más probabilidades de reversión.
Menos costosa.

Cicatriz pequeña pero visible.
Ligeramente menos probabilidades de reversión.
Más aceptable en muchas culturas.

—— Personal ——

Puede llevarla a cabo una persona capacitada con o sin asistente.

Se necesita un equipo que incluya un médico, un anestesiólogo profesional, y por lo menos dos asistentes con mayor capacitación de la que se requiere para la vasectomía.

Puede ser realizada en forma segura por personal paramédico capacitado.

Generalmente sólo los médicos especializados en ginecología pueden realizar la laparoscopia y la laparotomía. La minilaparotomía es más sencilla.

—— Equipo ——

No requiere equipo especializado. Equipo fácil de obtener.

La laparoscopia requiere un equipo costoso y complejo que necesita cuidadoso mantenimiento. La minilaparotomía requiere solamente instrumentos quirúrgicos de uso corriente.

Puede realizarse generalmente con anestesia local.

Se necesita sedación sistémica además de anestesia local.

—— Servicios de apoyo ——

No se necesitan servicios de apoyo para complicaciones inmediatas.

Se necesitan servicios de apoyo en caso de lesión de los órganos abdominales y los vasos sanguíneos u otras complicaciones que requieren laparotomía.

—— Posibles efectos secundarios a largo plazo ——

No se ha demostrado ninguno. No existe certeza respecto del efecto de un incremento de los anticuerpos antiespermatozoides.

Ligero riesgo de embarazo extrauterino.

A pesar de que el cuadro anterior⁷⁷ vuelve a evidenciar que la esterilización masculina representa una opción menos complicada y riesgosa que la femenina, en México, para 1982, el porcentaje de mujeres esterilizadas alcanzó un 28.3% frente a un 0.7% de la esterilización masculina, es decir, una diferencia porcentual de 1 3,942.86% (Cuadro 6.1).

⁷⁷ Sacado textualmente del POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie D, Número 4, Diciembre de 1984, "Esterilización Masculina", p. D-10.

7. CARACTERÍSTICAS DE LA ANTICONCEPCION MEXICANA, 1982.

A la luz de la información presentada en los capítulos anteriores, a continuación se ofrecerán las transformaciones verificadas en el uso de anticonceptivos a partir de la implantación de la nueva ley de población (1974). Dada la fecha en que entra en vigor el Programa Nacional de Planificación Familiar (1976), los cambios operados de 1976-77 a 1982, nos permiten evaluar la forma específica como dicho Programa ha impactado a la población.

En virtud de que la esterilización y el uso de inyectivos experimentaron los incrementos más drásticos del ciclo en estudio, en un segundo momento se expondrán las características socio-demográficas de las mujeres usuarias de estos dos métodos.

7.1. El impacto de la Planificación Familiar.

Los programas de planificación familiar en México se han orientado, fundamentalmente, hacia la promoción y distribución masiva de anticonceptivos. En este sentido, se podrá constatar, empíricamente, que el bombardeo de métodos anticonceptivos, promovido por las acciones de la planificación familiar, muestra importantes diferenciales por sexo y de acuerdo al perfil socio-demográfico de la población.

La distribución masiva que se ha hecho, ha sido además, selectiva por tipo de método, es decir, no todas las mujeres han tenido acceso a la gama completa de anticonceptivos existentes. Esta accesibilidad ha estado condicionada, en buena medida, por la ideología patriarcal que ha imperado en la investigación, producción y distribución de los métodos anticonceptivos. Bajo esta ideología, el cumplimiento de las metas cuantitativas

establecidas por el Estado (reducción de las tasas de fecundidad y de crecimiento), ha degenerado en el criterio de "obtener rápidos resultados y a un menor costo". Esta directriz le ha dado un matiz muy particular a la difusión de la anticoncepción en el país, donde las características demográficas y socio-económicas de la población femenina, han jugado un papel muy importante.

7.1.1. Panorama General (1976-77 a 1982).

Como ya se mencionó en el Capítulo 3, el porcentaje de usuarias de algún método anticonceptivo se incrementó en un 41.56% (Cuadro 7.1.), de 1976-77 a 1982. Este aumento se generó, básicamente, por la incorporación de las mujeres rurales a la práctica anticonceptiva. En el Cuadro 7.2. (Gráfica 3.1.), se muestra claramente que, a diferencia de las zonas urbanas y metropolitanas, donde la proporción de uso experimentó un decremento relativo, en las localidades rurales la prevalencia anticonceptiva sufrió un ascenso porcentual del 52.86%.

Ahora bien, si controlamos por edad, observaremos que las mujeres más jóvenes, es decir, cuya edad oscilaba al momento de las encuestas entre los 15 y 24 años, son las que, para 1982, aumentaron, en mayor medida, su práctica anticonceptiva (en un 58.91%, Cuadro 7.1.).

Con el fin de indagar la relación que se establece entre la fecundidad y la práctica anticonceptiva, en el Cuadro 7.1. se presenta la distribución porcentual de la población femenina usuaria, con respecto a

la población femenina total¹, de acuerdo al número de hijos sobrevivientes.

Si se observan los totales por columnas, se puede apreciar que para 1982, las mujeres sin hijos y con un hijo, incrementaron el control de su fecundidad en un mayor porcentaje, que aquellas con dos o tres hijos. El aumento porcentual del grupo sin hijos fue de 44.01%, y de un hijo, del 40.06%. Este incremento de control natal en las mujeres de baja fecundidad, vigoriza la hipótesis que algunos investigadores han formulado, en el sentido de que desde finales de la década de los sesentas, se empezaba a gestar un cambio en los patrones de formación de familias, y que los programas de planificación familiar, además de reclutar nuevas usuarias, respondieron a una demanda potencial de anticonceptivos, posibilitando así la prolongación de los intervalos protogenésico e intergenésico².

Si se analizan los totales por región, llama la atención que el mayor incremento porcentual para 1982, lo experimentaron las mujeres jóvenes de 15 a 24 años (58.91%), que además, y de acuerdo a los datos sobre su fecundidad, en gran medida todavía no tenían hijos. Este hecho fortalece la hipótesis mencionada sobre el cambio en la formación de familias.

En lo que se refiere al nivel de escolaridad, el Cuadro 7.3 muestra la distribución porcentual de las mujeres usuarias de acuerdo a su participación en el sistema educativo formal. Aunque la información no

¹Vale la pena recordar, aunque ya se señaló en su oportunidad, que el análisis presentado a continuación, se refiere exclusivamente a las mujeres que, al momento de cada encuesta, se encontraban unidas y sujetas al embarazo.

²Intervalo protogenésico se refiere al lapso transcurrido entre el momento de la unión y el primer nacimiento. El intervalo intergenésico es el tiempo transcurrido entre los siguientes nacimientos.

presenta patrones muy definidos, en términos generales, puede apreciarse que, en ambas encuestas, el mayor diferencial ocurre entre la categoría "Sin escolaridad" y "Primaria Incompleta". Aunque para 1982 estas diferencias disminuyen, y las mujeres sin escolaridad incrementan sus niveles de uso en un 12.06%, es claro que la población femenina sin escolaridad, no se ha incorporado con la misma intensidad en la práctica anticonceptiva, que aquella que ha tenido contacto con los sistemas de enseñanza formal. Aunque rebasa los objetivos de la presente investigación, cabe señalar al respecto, que en futuros estudios habría que ahondar en los efectos de la institución "escuela", sobre la conducta reproductiva de la población ya que, por los resultados obtenidos, es obvio que existe una relación importante.

CUADRO 7.1.
Porcentaje de Mujeres Sujetas al Embarazo que están Usando
Actualmente un Método Anticonceptivo, según Número de Hijos
(1976-77 a 1982)

Grupos de Edad	Fuente	Hijos sobrevivientes					Total
		0	1	2	3	4 y +	
15-24	EMF	11.10	38.10	37.90	32.60	19.50	31.70
	END	17.38	52.87	59.67	64.46	47.61	50.38
	Cambio Porcentual	56.36	38.76	57.45	97.72	144.15	58.91
25-34	EMF	18.10	41.70	60.20	53.40	43.80	47.30
	END	21.64	58.13	73.98	67.02	67.55	66.45
	Cambio Porcentual	33.80	39.41	22.89	25.50	54.23	40.48
35 y +	EMF	14.30	20.60	51.40	50.00	42.10	43.60
	END	18.49	29.74	65.44	59.02	55.69	55.45
	Cambio Porcentual	29.33	44.37	27.32	18.04	32.29	27.17
Total	EMF	12.70	37.80	48.90	46.70	41.90	41.50
	END	18.29	52.94	67.52	64.61	59.80	58.75
	Cambio Porcentual	44.01	40.06	38.07	38.35	42.24	41.56

CUADRO 7.2.
Distribución Porcentual de las Mujeres
Actualmente Usuarías de algún Método
Anticonceptivo (1976-77 a 1982)
por Tipo de Localidad

Tipo de Localidad	EMF	END	Cambio Porcentual
Rural	27.17	41.53	52.86
Urbano	31.10	27.29	-12.26
Metropol.	41.73	31.18	-25.28
Total	100.00	100.00	

Fuentes:

Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976-77
Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

CUADRO 7.3.

Distribución y Cambio Porcentual de Mujeres Usuarías de Algún Anticonceptivo de Acuerdo al Nivel de Escolaridad, EMF-END. (1976-77 a 1982)

Fuente	Nivel Escolar (columnas)						TOTAL	
	0	1	2	3	4	5		6
EMF	9.14	39.86	19.70	9.96	13.19	0.82	7.33	100.00
END	10.25	34.94	21.31	3.58	21.96	5.04	2.90	100.00
Cambio Porcentual	12.06	-12.35	8.19	-64.09	88.49	514.44	-80.49	
Niveles		0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	
Cambio Porcentual entre Niveles	EMF	335.90	-50.59	-49.40	32.35	-93.78	792.86	
	END	240.95	-39.01	-83.21	513.64	-77.04	-42.58	

Clave de Columnas:

- 0 Ningún año
- 1 Primaria Incompleta
- 2 Primaria Completa
- 3 Secundaria Incompleta
- 4 Secundaria Completa
- 5 Preparatoria Incompleta
- 6 Preparatoria y más

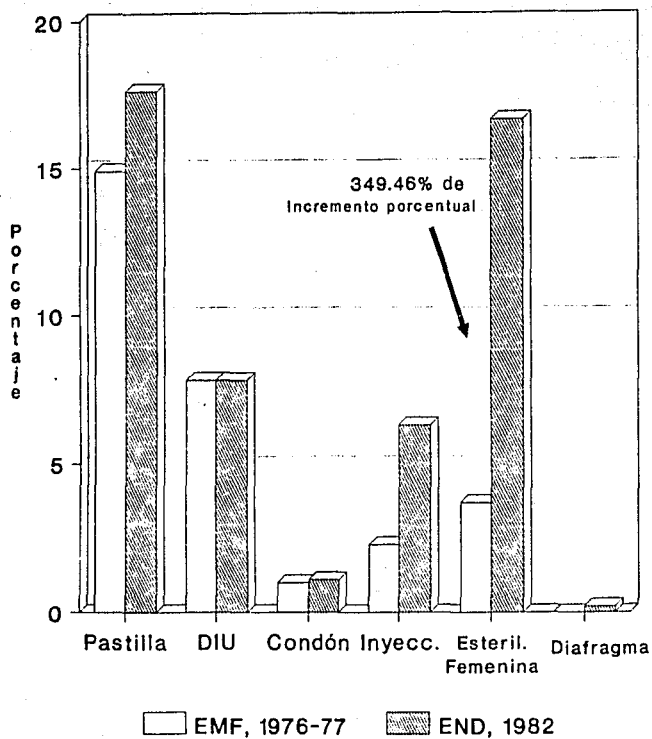
Fuente: Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976-77 y Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

7.1.2. La Práctica Anticonceptiva por Método de 1976-77 a 1982.

En la gráfica 7.1. (Cuadro 7.4.), se aprecian perfectamente los cambios ocurridos por tipo de método, en el periodo analizado. En primer lugar, destaca el fuerte aumento experimentado en el porcentaje de mujeres esterilizadas. De 1976-77 a 1982 el incremento porcentual fue de 349.46%.

En segundo término, las usuarias de inyectivos ascendieron también en forma importante, un 172.6%. Aunque el uso de la pastilla también se acrecentó (18.1%), no resulta tan relevante frente al cambio porcentual experimentado en los dos métodos anteriores. El uso del diafragma y del condón, permanecieron casi estables y en niveles sumamente bajos. Con respecto al DIU, la proporción de usuarias no se modificó en estos cinco años, pero su porcentaje de uso global puede considerarse elevado (7.8%).

GRAFICA 7.1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PREVALENCIA
ANTICONCEPTIVA POR TIPO DE METODO
MEXICO, 1976-1982



Fuente: Cuadro 7.4., pág. 126

Si se analiza la distribución de las usuarias para cada grupo de edad y de acuerdo al método utilizado (Cuadro 7.5.A.³), se observa que en este periodo, las mujeres de 15 a 24 años, aumentaron en forma substancial el uso de inyectivos y de la esterilización femenina, en un 225.27% y 162.119%, respectivamente. Este ascenso fue en detrimento del uso de la pastilla que, aunque continúa siendo el método al que más se recurre hasta los 34 años, en términos relativos, su empleo ha decaído globalmente.

En el siguiente grupo de mujeres, todavía jóvenes (de 25 a 34 años), llama nuevamente la atención el drástico crecimiento experimentado en la esterilización femenina (de un 362.64%). El uso de inyecciones anticonceptivas también se incrementa significativamente, en un 78.56%. Este ascenso en la esterilización e inyectivos, se presenta nuevamente en las mujeres de 35 a 44 años. Aunque las mujeres de 45 a 49 años aumentan el empleo del DIU, la esterilización también muestra un ascenso del 57.65%.

Ahora bien, con respecto a la distribución porcentual de las usuarias por grupos de edad (Cuadro 7.5.B.), encontramos que, con respecto a la pastilla y al DIU, no hubo cambios en este periodo, ya que la información de ambas encuestas indica que las mujeres que recurren a estos métodos se siguen concentrando en el grupo de 25 a 34 años.

Observando la edad de las mujeres esterilizadas, es interesante anotar que, para 1976-77, la mayoría tenía de 35 a 44 años. Para 1982, en contraste, el radio de captación de la esterilización creció, alcanzando a mujeres más jóvenes, es decir, desde los 25 años.

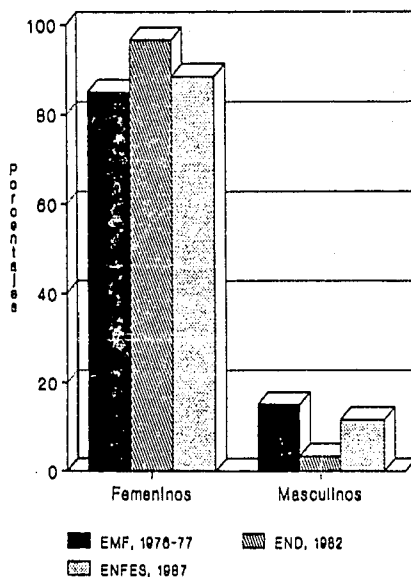
³En el Cuadro 7.5.A. se omitieron los cambios porcentuales de la esterilización masculina, del condón y del rubro mercado como "Otros", en virtud de que el número de casos en cada una de estas casillas es tan pequeño que, estadísticamente hablando, resulta incorrecto su análisis.

Con respecto al *inyectivo*, tanto en 1976-77 como en 1982, la mayoría de las usuarias fueron mujeres de 25 a 34 años, sin embargo, dado que los niveles de riesgo aumentan en las mujeres jóvenes, vale la pena resaltar, que el porcentaje de usuarias, de 15 a 24 años, se elevó en un 64.38%.

A lo largo de la presente investigación, se han proporcionado algunos elementos factuales que sugieren la desigualdad sexual en la práctica antinatalista, donde las mujeres han sido el blanco principal de la experimentación y distribución masiva de anticonceptivos. Pese a que en los programas de planificación familiar se ha planteado, teóricamente, la promoción de una participación igualitaria de ambos sexos, los datos que a continuación se ofrecen, ilustran la magnitud del desequilibrio sexual en la práctica anticonceptiva. En la Gráfica 7.2. y el Cuadro 7.6., se observan las dimensiones de esta desigualdad, donde las diferencias porcentuales entre el uso de métodos femeninos y masculinos, alcanzan los órdenes del 2,111.39% y 3,125.33%, en 1976-77 y 1982, respectivamente. Esto significa, que los programas de planificación familiar, no sólo no han logrado incrementar la participación masculina, sino que han permitido que ésta decaiga en un 30.49%.

GRAFICA 7.2.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE USUARIOS DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO, POR SEXO, MEXICO (1976-77, 1982 Y 1987)



Fuentes: Encuesta Mexicana de Fecundidad, EMF, 1976-77
 Encuesta Nacional Demográfica, END, 1982 y
 Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, ENFES, 1987.

Con base en lo expuesto anteriormente y sintetizando los hallazgos de la información analizada se encontró que, de 1976-77 a 1982, el porcentaje de usuarias de algún método anticonceptivo a nivel nacional, experimentó un incremento del 41.6%. Este aumento fue el resultado de:

- la incorporación de las mujeres rurales a la práctica anticonceptiva;
- el aumento en la prevalencia anticonceptiva de las mujeres jóvenes de 15 a 24 años, sobre todo de las mujeres sin hijos o con un sólo hijo,
- el substancial incremento experimentado por la esterilización y el uso de inyectivos anticonceptivos,
- un ascenso entre las mujeres sin escolaridad, y
- la presencia de una tendencia decreciente en los diferenciales establecidos entre mujeres con diversos niveles de escolaridad.

El análisis por método, evidenció un descenso relativo en el uso de la pastilla, aumentando en su lugar, la esterilización y el uso de inyectivos; en este sentido, el porcentaje de mujeres esterilizadas, de 15 a 24 años, se expandió; asimismo, el uso de inyectivos y la esterilización, también ascendió en las mujeres de 25 a 34 años.

Confirmando lo antes dicho, y con base en las gráficas 7.1. y 7.2., resulta claro que las acciones de planificación familiar, han privilegiado el uso de métodos anticonceptivos, esencialmente femeninos, con la agravante de estar promoviendo, por un lado, aquellos que representan un mayor riesgo para la salud de la mujer (hormonales y DIU), y por el otro, los que suspenden permanentemente la capacidad reproductiva de la población femenina.

Hasta este punto, pareciera que los programas de planificación familiar, no sólo no han promovido la igualdad sexual en la práctica anticonceptiva, sino que han reforzado su carácter exclusivamente femenino.

CUADRO 7.4.

Distribución Porcentual de Mujeres*,
según Uso Actual de Anticonceptivos
en México

Método	Porcentaje		Cambio Porcentual EMF-END
	EMF-1976	END-1982	
Pastilla	14.9	17.6	18.1
DIU	7.8	7.8	0.0
Diafragma	0.0	0.2	**
Condón	1.0	1.1	**
Inyectivos	2.3	6.3	172.6
Ester. Femenina	3.7	16.6	349.5
Ester. Masculina	0.3	0.4	**
TOTAL	41.5	58.8	41.6

* Mujeres en edad reproductiva,
actualmente unidas, sujetas a embarazarse.

** No significativo por el número de casos.

Fuentes: Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976-77
y Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

CUADRO 7.5.A.

Distribución Porcentual de Mujeres, según uso actual
de Métodos Anticonceptivos Específicos y Grupos de Edad
(1976-77 a 1982)

Grupos de Edad	Fuen- te	Métodos Anticonceptivos							Total %
		Esterilización							
		Pastilla	DIU	Femenina	Masculina	Condón	Inyectivo	Otros*	
15-24	EMF	50.94	16.35	1.89	0.00	0.94	5.97	23.90	100
	END	41.70	20.14	4.95	0.35	2.65	19.43	10.78	100
	Cambio Porc.	-18.15	23.17	162.19	--	--	225.27	--	
25-34	EMF	36.79	21.78	6.13	0.42	2.75	5.92	26.22	100
	END	32.85	15.59	28.37	0.91	1.60	10.57	10.11	100
	Cambio Porc.	-10.70	-28.41	362.64	--	--	78.56	--	
35-44	EMF	25.89	17.20	15.83	1.38	2.75	5.28	31.88	100
	END	22.92	7.11	45.22	0.88	1.47	7.23	15.20	100
	Cambio Porc.	-10.79	-58.68	185.74	--	--	37.06	--	
45-49	EMF	22.63	4.89	29.05	0.00	6.42	0.00	37.00	100
	END	18.32	9.92	46.80	0.00	4.58	3.05	18.32	100
	Cambio Porc.	-19.04	102.61	57.65	--	--	--	--	

* Otros.- Se refiere a métodos no efectivos
como el ritmo, retiro, ovulos, etc.

Fuentes: Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976-77 y Encuesta
Nacional Demográfica, 1982.

CUADRO 7.5.B.
Distribución Percentual de Mujeres, según uso actual
de Métodos Anticonceptivos Específicos y Grupos de Edad.

Gpos. de Edad	Fuente	Métodos Anticonceptivos						
		Pastilla	DIU	Esterilización			Inyectivo	Otras*
				Femenina	Masculina	Condón		
15-24	EMF	28.22	17.31	4.17	0.00	7.41	21.45	17.06
	END	26.85	29.23	3.37	9.52	27.78	35.26	17.84
	Cambio Porc	-4.85	68.86	-19.11	--	--	64.36	4.64
25-34	EMF	48.38	54.73	32.17	32.97	51.27	50.46	44.39
	END	49.15	52.56	44.94	57.14	38.89	44.55	38.89
	Cambio Porc	1.59	-3.96	39.68	--	--	-11.71	-12.40
35-44	EMF	21.10	27.01	51.88	67.03	32.07	28.09	33.72
	END	21.27	14.87	44.46	33.33	22.22	18.91	36.26
	Cambio Porc	0.81	-44.93	-14.30	--	--	-32.68	7.52
45-49	EMF	2.30	0.95	11.78	0.00	9.26	0.00	4.84
	END	2.73	3.33	7.23	0.00	11.11	1.28	7.02
	Cambio Porc	18.73	250.79	-38.63	--	--	--	44.95
TOTAL	EMF	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	END	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

* Otras.- Se refiere a métodos no eficientes como el ritmo, retiro, ovulos, etc.

CUADRO 7.6.
Comparación entre la Prevalencia Percentual Anticonceptiva
Femenina y Masculina, de 1976-77 a 1982

Grupos de Edad	I. Métodos Femeninos			II. Métodos Masculinos		
	EMF	END	Cambio Percentual (END/EMF)	EMF	END	Cambio Percentual (END/EMF)
15-24	20.63	19.69	-4.55	0.26	0.68	162.87
25-34	46.15	46.23	0.18	2.07	1.32	-35.97
35-44	28.05	27.02	3.78	1.68	0.76	-54.58
45-49	2.85	4.05	41.98	0.32	0.24	-25.59
TOTAL:	95.67	96.99	1.38	4.33	3.01	-30.49
Diferencias Percentuales						
Grupos de Edad	(1/11)			(1/11)		
	EMF			END		
15-24	7854.38			2788.24		
25-34	2133.33			3333.94		
35-44	1452.75			3447.37		
45-49	782.21			1583.33		
TOTAL:	2111.39			3125.33		

Fuentes: Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976-77 y Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

7.2. La Esterilización y el Uso de Inyecciones Anticonceptivas en 1982.

La información proporcionada por las Encuestas Mexicana de Fecundidad y Nacional Demográfica, han mostrado que la práctica anticonceptiva ha sido diferencial por sexo y de acuerdo a algunas características sociodemográficas de la población; que las acciones de la planificación familiar, privilegiaron la promoción de la esterilización y las inyecciones, ya que los incrementos más drásticos, para 1982, se verificaron en estos dos métodos. Con base en estas consideraciones y tomando en cuenta las particularidades de los anticonceptivos en cuestión, es decir, la irreversibilidad de la esterilización y el tipo de efectos secundarios reportados (y presentados en el capítulo anterior), en las usuarias de inyectivos, se hace necesario realizar una exploración sobre los rasgos distintivos de las mujeres que han recurrido a estos métodos.

7.2.1. La Esterilización en 1982.

¿Quiénes son las mujeres esterilizadas? El Cuadro 7.7. nos muestra que el principal blanco de la esterilización han sido las mujeres de 30 a 34 años y de áreas rurales. La mayor parte de estas mujeres ha sido esterilizada al tener 3 hijos (Cuadro 7.8.), sin embargo, en las zonas rurales, donde se ha reportado tradicionalmente la fecundidad más alta del país, llama mucho la atención el hecho de que no se dé una asociación clara entre, altas paridades y esterilización, ya que el incremento porcentual de mujeres esterilizadas con tan sólo uno y dos hijos fue de 1,920%.

La información sobre los años de escolaridad de las mujeres esterilizadas resulta muy reveladora (Cuadro 7.9.), ya que se puede observar que

el mayor porcentaje de las esterilizaciones se practicaron en mujeres de uno a seis años de enseñanza formal. En este sentido, parece dudoso que estas mujeres de escasa educación, que "decidieron" esterilizarse, tuvieran la información adecuada sobre las ventajas y desventajas de todos los métodos disponibles (tal y como lo establece el artículo 18 del Reglamento de la Ley de Población⁴) y que, de entre éstos, se inclinaran justamente, por un método irreversible. Al respecto, algunas investigaciones han presentado información muy interesante que fortalece la hipótesis sobre la "involuntariedad" de la esterilización⁵. En primer lugar, el hecho de que la mayoría de las intervenciones quirúrgicas anticonceptivas, se hayan practicado sobre la población femenina de las zonas rurales y de baja educación, sugiere que el blanco principal fueron las mujeres de escasos recursos socio-económicos.

Como se recordará, la técnica de esterilización más utilizada ha sido la minilaparotomía, que es una intervención de las más sencillas, rápidas y de menor costo. Además, por sus características, ésta ha sido ampliamente recomendada en el post-parto. La posibilidad de que este tipo de técnica se practique sin que la paciente esté del todo consciente, da mucho en que pensar, cuando nos encontramos que la fecha de esterilización

4 Reproducido en el Capítulo 3 de la presente.

5 Weiti, C., "Algunos factores asociados al descenso de la fecundidad en México en un período reciente" Los Factores del cambio demográfico en México, 1984; Weiti, C., "La investigación del efecto de la anticoncepción sobre la fecundidad", La Fecundidad en México, 1969; Urbina, M., et. al., "Fecundidad, anticoncepción y planificación familiar en México" en revista Comercio Exterior, 1984; Juárez, F., et. al. "Changes in Fertility and Contraception in Mexico, 1977-1982", International Family Planning Perspectives, 1985; Bronfman, M., "Práctica anticonceptiva y clases sociales en México: la experiencia reciente" en revista Estudios Demográficos y Urbanos, 1986; Palma, Y., "Niveles y tendencias recientes del uso de anticonceptivos" en revista Demos, 1988.

de la mayoría de las mujeres rurales y de bajo nivel de escolaridad, coincide con la fecha de nacimiento del último hijo. Por otro lado, las instituciones de salud del sector público, fueron las que absorvieron la proporción más alta de operaciones: casi el 60% de las mujeres fueron intervenidas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)⁶; es decir, las "políticas de dicha institución promueven el uso de los métodos definitivos"⁷. En fechas recientes se recopiló, por primera vez, información sobre la historia anticonceptiva de las mujeres usuarias⁸. En ésta se encontró que las mujeres esterilizadas no habían utilizado ningún método anticonceptivo previo a la esterilización. Al respecto, no deja de suscitar sospechas el hecho de que, mujeres que nunca habían controlado su fecundidad, de pronto optaran por un método definitivo. Por último, "Llama poderosamente la atención el hecho de que mujeres esterilizadas declaren estar usando este método de control natal para espaciar los nacimientos;" (Weitl, C., 1989). Esta información, desgraciadamente, no es lo suficientemente sólida como para afirmar, categóricamente, que en México se han llevado a cabo esterilizaciones involuntarias, pero si logra engrosar las evidencias de un hecho que significaría una absoluta violación de los derechos de la mujer que además, se encuentra claramente penalizado en el artículo 292, del Código Penal, donde se establece que "Se impondrán de cinco a ocho años de prisión al que infiera una lesión de la que resulte... la inutilización completa o la pérdida de cualquier órgano;

6 Bronfman, W., *ob. cit.*, 1986.

7 Palma, Y., "Niveles y tendencias recientes del uso de anticonceptivos" en revista *Demos*, p.27.

8 En la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES), realizada en 1987.

cuando quede perjudicada para siempre cualquier función orgánica.... Se impondrán de seis a diez años de prisión al que infiera una lesión a consecuencia de la cual resulte incapacidad permanente.... de las funciones sexuales.-⁹ Debido a la falta de pruebas fehacientes, y considerando la gravedad de la situación, se hace necesaria una mayor investigación que arroje información concreta y veraz, para poder denunciar este hecho y, en su caso, demandar legalmente a quien corresponda (¿al Estado?).

Por otro lado, y como resultado de la ideología machista, tanto en el sector de salud público como en el privado, no sólo se han dedicado a promocionar y practicar la esterilización femenina, sino que, a pesar de las ventajas que la operación masculina ofrece frente a la femenina, han desprestigiado a la vasectomía de tal manera, que cada vez es menos común.

⁹ Código Penal para el Distrito Federal, artículo 292.

CUADRO 7.7.

Distribución Porcentual de las Mujeres Esterilizadas por Grupos de Edad Quinquenal y Tamaño de la Localidad, México, 1982

Grupos de Edad	Tipo de Localidad			Porcentaje por Renglón
	Rural	Urbana	Metropolitana	
< 20	100.0			.2
	.5			
	.2			
20-24	24.9	41.0	34.1	3.2
	2.3	4.5	3.1	
	.8	1.3	1.1	
25-29	36.3	27.3	36.4	16.1
	16.5	15.0	16.7	
	5.9	4.4	5.9	
30-34	42.8	28.8	26.4	28.8
	34.8	28.2	23.3	
	12.3	8.3	8.2	
35-39	29.5	31.9	38.6	25.2
	20.9	27.3	27.8	
	7.4	8.0	9.7	
40-44	34.0	28.0	38.1	19.2
	18.4	18.3	20.9	
	6.5	5.4	7.3	
45 y +	32.8	27.3	39.8	7.2
	6.7	6.7	8.2	
	2.4	2.0	2.9	
Porcentaje por Columna	35.5	29.4	35.1	100.0

1er Renglón.- Distribución porcentual por grupos de edad.

2do. Renglón.- Distribución porcentual por método.

3er. Renglón.- Porcentajes sobre el total de usuarias.

CUADRO 7.8.

Distribución Percentual de las Mujeres Esterilizadas de Acuerdo al Número de Hijos Sobrevivientes, 1982

Grupos de Edad	Hijos Sobrevivientes										Total por Renglón	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
< 20		100.0 21.4 .2										.2
20-24			28.5 10.0 .9	46.8 7.7 1.5	14.3 2.4 .6	6.0 1.0 .2	4.4 1.4 .1					3.2
25-29		1.3 26.8 .2	16.4 28.8 2.6	28.9 23.8 4.7	23.8 20.2 3.8	21.2 17.2 3.4	3.4 5.4 .8	4.9 14.1 .8				16.1
30-34		.5 17.9 .1	10.1 31.5 2.9	29.1 42.4 8.4	23.3 35.2 6.7	18.9 27.5 5.5	10.9 30.4 3.1	2.9 15.0 .8	2.6 12.4 .8	1.7 5.4 .5		28.8
35-39	.4 65.3 .1	.3 10.5 .1	7.1 19.5 1.8	13.8 17.5 3.5	16.3 21.8 4.1	23.9 30.4 6.0	13.5 33.0 3.4	7.4 33.2 1.9	7.8 32.4 2.0	9.3 25.7 2.3		25.2
40-44	.3 34.7 .1	.5 12.5 .1	3.8 7.5 .7	7.2 7.0 1.4	15.3 15.4 2.9	18.4 17.9 3.5	12.1 22.5 2.3	7.7 26.4 1.5	10.9 34.5 2.1	24.0 50.4 4.6		19.2
45 y +		1.2 10.8 .1	3.6 2.8 .3	5.1 1.9 .4	13.4 5.1 1.0	16.3 5.9 1.2	10.8 7.4 .8	8.9 11.4 .8	17.4 20.7 1.3	23.4 18.5 1.7		7.2
Total por Columna	.2	.8	9.2	19.8	19.0	19.8	10.3	5.6	6.1	9.1		100.0

1er Renglón.- Distribución porcentual por grupos de edad.

2do. Renglón.- Distribución porcentual por método.

3er. Renglón.- Porcentajes sobre el total de usuarias.

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

CUADRO 7.9.

**Distribución Porcentual de las Mujeres Esterilizadas
por Grupos de Edad Quinquenal y Años de Escolaridad, 1982**

Grupos de Edad	Años de Escolaridad						Total por Renglón
	0 años	1 a 3	4 a 6	7 a 9	10 y +	Informal	
< 20			100.0 .5 .2				.2
20-24	6.7 2.2 .2	4.0 .5 .1	37.0 3.4 1.2	17.8 8.6 .8	20.2 11.7 .7	14.3 3.6 .5	3.2
25-29	11.1 18.1 1.8	23.5 13.5 3.8	37.7 17.5 8.1	7.8 14.4 1.3	8.4 18.4 1.0	13.5 18.9 2.2	16.1
30-34	4.2 12.2 1.2	36.2 37.1 10.4	29.0 24.0 8.4	11.8 39.0 3.4	5.3 27.5 1.5	13.5 30.1 3.9	28.8
35-39	9.0 22.8 2.3	27.6 24.7 7.0	39.9 28.9 10.0	6.0 17.2 1.5	5.3 24.0 1.3	12.2 23.9 3.1	25.2
40-44	14.0 27.1 2.7	27.5 18.8 5.3	36.7 20.3 7.1	6.8 15.0 1.3	4.3 14.9 .8	10.7 15.9 2.1	19.2
45 y +	24.2 17.6 1.7	21.1 5.4 1.5	25.6 5.3 1.8	9.3 7.7 .7	2.7 3.5 .2	17.1 9.5 1.2	7.2
Total	9.9	28.1	34.7	8.7	5.6	12.9	100.0

1er Renglón.- Distribución porcentual por grupos de edad.

2do. Renglón.- Distribución porcentual por método.

3er. Renglón.- Porcentajes sobre el total de usuarias.

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

7.2.2. Los Inyectivos.

Se antoja oportuno recordar algunos de los efectos secundarios, que el uso de las inyecciones anticonceptivas, tiene sobre las mujeres jóvenes. En el Capítulo 6 se comentó, que la población femenina usuaria de éstos métodos, pero en mayor grado las de menor edad, incrementaban el riesgo de adquirir cáncer cervical, y que el efecto secundario más común y notable, eran los desórdenes menstruales que podían provocar un sangrado abundante que, por la pérdida de hierro y sangre que esto implica, resulta particularmente peligroso para las mujeres desnutridas. Con base en esto, resulta particularmente interesante, el hecho de que el mayor porcentaje de mujeres usuarias de inyecciones anticonceptivas (Cuadro 7.10.), sean mujeres jóvenes (de 20 a 24 años) y de las áreas rurales (caracterizadas por sus altos índices de desnutrición).

En cuanto a la fecundidad de las mujeres que recurren a las inyecciones (Cuadros 7.10 y 7.11), se observa que éstas se caracterizan por su baja paridad (de uno a tres hijos), sin embargo, la poca variabilidad entre los porcentajes de uso por número de hijos, indica que la variable "fecundidad", no interviene, significativamente, en la decisión de acudir o no a este método.

Con respecto a la escolaridad (Cuadro 7.12), llama la atención que la mayoría de las mujeres usuarias cuenten, en el mejor de los casos, con seis años cursados. Similarmente al caso de la esterilización, es muy probable que estas mujeres hayan carecido de la información, completa y adecuada, no sólo sobre cómo opera este tipo de anticonceptivo, sino sobre las atributos de otros métodos más benignos.

CUADRO 7.10.

Distribución Percentual de las Mujeres Usuarías de Inyectivos
por Grupos de Edad Quinquenal y Tamaño de Localidad, 1982

Grupos de Edad	Rural	Urbana	Metropolitana	Total por Renglón
< 20	60.1	17.7	22.2	7.1
	8.2	5.6	6.2	
	4.3	1.3	1.6	
20-24	59.3	19.6	21.1	28.2
	32.0	24.8	23.4	
	16.7	5.5	6.0	
25-29	21.9	39.4	38.7	23.6
	9.9	41.9	35.8	
	5.2	9.3	9.1	
30-34	60.7	12.1	27.1	20.8
	24.2	11.4	22.2	
	12.7	2.5	5.6	
35-39	64.6	13.6	21.8	11.1
	13.7	6.8	9.5	
	7.2	1.5	2.4	
40-44	73.7	18.6	7.7	7.8
	10.9	6.5	2.4	
	5.7	1.4	.6	
45 y +	40.9	48.3	10.8	1.4
	1.1	2.9	.6	
	.6	.7	.1	
Total por columna	52.3	22.2	25.5	100.0

1er Renglón.- Distribución porcentual por grupos de edad.

2do. Renglón.- Distribución porcentual por método.

3er. Renglón.- Porcentajes sobre el total de usuarias.

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

CUADRO 7.11.

*Distribución Porcentual de Mujeres Usuarias de Inyectivos
de Acuerdo al Número de Hijos Sobrevivientes, 1982*

Grupos de Edad	Hijos Sobrevivientes										Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
< 20	11.3	87.1	.7	.9							7.1
	26.9	33.9	.2	.3							
20-24	.8	6.2	.1	.1							28.2
	5.6	16.2	28.0	34.9	13.6	1.6					
25-29	53.3	25.1	37.3	50.7	32.2	4.3					23.6
	1.6	4.6	7.9	9.9	3.8	.5					
30-34	2.5	15.4	30.5	30.9	15.7	5.0					20.8
	19.9	20.0	34.1	37.5	31.1	11.0					
35-39	.6	3.6	7.2	7.3	3.7	1.2					11.1
	18.4	16.3	9.1	6.9	26.2	21.5	1.3	.3			
40-44		21.0	16.1	9.7	12.1	51.2	78.8	18.6	1.5		7.8
		3.8	3.4	1.9	1.4	5.5	4.5	.3	.1		
45 y +			23.4	3.1	11.2	26.2		7.5	17.0	11.7	1.4
			12.3	1.8	10.4	27.4		58.6	44.0	31.0	
Total por Columna			2.6	.3	1.2	2.9		.8	1.9	1.3	100.0
					21.8	8.4	3.8	4.2	30.2	31.6	
					14.2	6.1	5.1	22.8	54.6	58.6	7.8
					1.7	.7	.3	.3	2.3	2.5	
							67.8			32.2	1.4
							16.1			10.4	
							.9			.4	
	3.0	18.2	21.2	19.5	11.9	10.7	5.7	1.4	4.3	4.2	

1er. Región.- Distribución porcentual por grupos de edad.

2do. Región.- Distribución porcentual por método.

3er. Región.- Porcentajes sobre el total de usuarias.

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

CUADRO 7.12.

Distribución Porcentual de Mujeres Usuarias de Inyectivos por Grupos de Edad Quinquenal y Años de Escolaridad, 1982

Grupos de Edad	Años de Escolaridad						Total por Renglón
	0 años	1 a 3	4 a 6	7 a 9	10 y +	Informal	
< 20			86.0	19.4	5.4	9.2	7.1
			12.5	12.2	4.5	4.3	
			4.7	1.4	.4	.7	
20-24	.2	11.8	52.6	18.4	5.2	12.0	28.2
	.6	19.9	39.6	46.0	17.1	22.2	
	.1	3.3	14.9	5.2	1.5	3.4	
25-29	2.9	23.5	27.6	12.1	13.0	20.9	23.6
	6.3	33.9	17.4	25.3	35.8	32.3	
	.7	5.5	6.5	2.9	3.1	4.9	
30-34	19.2	8.0	38.6	5.7	18.8	11.8	20.8
	38.3	10.2	21.4	10.5	40.9	16.0	
	4.0	1.7	8.0	1.2	3.5	2.4	
35-39	17.3	33.7	24.2	3.4	1.3	20.1	11.1
	17.5	22.9	7.2	3.3	1.7	14.7	
	1.9	3.8	2.7	.4	.1	2.2	
40-44	52.5	25.7	9.4	4.0		8.4	7.8
	37.0	12.2	1.9	2.7		4.3	
	4.1	2.0	.7	.3		.7	
45 y +	19.5	10.8				69.7	1.4
	2.4	.9				6.2	
	.3	.1				.9	
Total	11.0	16.4	37.5	11.3	8.6	15.3	100.0

1er Renglón.- Distribución porcentual por grupos de edad.

2do. Renglón.- Distribución porcentual por método.

3er. Renglón.- Porcentajes sobre el total de usuarias.

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

CONCLUSIONES

El Reglamento General de Población ha establecido que se evitará "toda forma de discriminación individual y colectiva hacia la mujer por cuanto a la función reproductiva"¹, sin embargo, los hechos muestran una participación contrastantemente desigual entre ambos sexos basada, precisamente, en esta "función reproductora".

Una de las tareas que las políticas de población se ha trazado, es la de proporcionar a la "pareja" los medios y la información adecuada para que ésta pueda, en forma responsable, elegir el número y espaciamiento de hijos que desea tener, no obstante, las acciones implementadas por los programas de planificación familiar, no sólo han estado encaminadas a controlar la fecundidad de la mujer, sino que, al no brindarle información completa y apropiada sobre las características de los métodos anticonceptivos disponibles, coarta su libertad para elegir cómo y cuándo tener hijos.

Los programas de planificación familiar contemplan la participación igualitaria de la "pareja" y plantean que la práctica anticonceptiva debe ser responsabilidad tanto de hombres, como de mujeres. Sin embargo, a través de la información obtenida por las encuestas nacionales retrospectivas de fecundidad, levantadas en 1976-77 y 1982, se observó que, pese a que la capacidad reproductiva de los hombres es mucho más amplia, las acciones de la planificación familiar han estado dirigidas hacia la pobla-

¹ CONAPO, *ob. cit.*, 1984.

ción femenina, y que la forma concreta como el sector público y el privado, han llevado a cabo sus actividades, evidencian una violación a la libre autodeterminación de las mujeres en cuanto a su capacidad reproductiva.

En el Capítulo 6 se confirmó que los métodos con mayores riesgos sobre la salud de la mujer, son los hormonales (pastilla e inyectivo) y el DIU, y que éstos han sido los más utilizados por las mexicanas en 1976-77 y 1982. Se observó también que en este período de cinco años, el inyectivo y la esterilización femenina, fueron los métodos que experimentaron un mayor incremento. Los patrones de uso encontrados, muestran que ciertos anticonceptivos se han difundido y distribuido con especial énfasis, aun en detrimento de la salud de las usuarias. Esta promoción selectiva ha respondido, tal vez, a que las acciones del sector salud, empeñadas en abatir rápidamente los altos índices de crecimiento poblacional y así alcanzar las metas cuantitativas oficiales, han privilegiado las vías menos costosas, más fáciles de controlar y, sobre todo, las que han considerado más efectivas.

Se ha hipotetizado que las raíces de esta "desigualdad sexual" en la práctica del control natal, pueden encontrarse en la ideología machista que ha permeado, en todas sus áreas, a la actividad social. En la investigación sobre métodos anticonceptivos, esta ideología ha priorizado la invención de métodos femeninos, de aquí que la tecnología anticonceptiva, como resultado de esta investigación sesgada, haya favorecido, en gran medida, la producción de cierto tipo de métodos. No obstante, la responsabilidad directa de la promoción y distribución masiva de métodos altamente riesgosos para la salud de la población femenina, recae sobre

el personal encargado de la elaboración y difusión de los programas de planificación familiar, que también han dejado de lado la producción o importación de los métodos de barrera femeninos, como el diafragma, que representan una opción más saludable para las mujeres. En este sentido, la labor realizada por los agentes promotores de la planificación familiar, es fundamental para lograr un cambio sustantivo en las estrategias de acción hasta ahora predominantes. Por otro lado, la educación sexual sería también primordial para que la sociedad modificara su actitud general frente a la fecundidad y a la sexualidad, donde la natalidad pudiera ser vista, en la vida cotidiana, como una responsabilidad igualitaria tanto para la población masculina como para la femenina. Esta educación sexual además, podría ampliar, sin prejuicios religiosos o morales, la gama de posibilidades anticonceptivas:

*"Los sentimientos de culpa sobre el sexo han llevado a muchas mujeres jóvenes, no sólo católicas, a considerar la anticoncepción como pecado. La versión secular de este dogma es que es erróneo hacer el amor 'sin correr los riesgos'. El embarazo es un riesgo que se debe asumir, un castigo que no es honorable evitar.....El diafragma era muy difícil para muchas mujeres jóvenes. Llevarlo consigo, admitir frente a un hombre que se tenía un dispositivo anticonceptivo, era asumir una responsabilidad por la propia conducta sexual para la que muchas mujeres no estaban preparadas."*²

A pesar de que oficialmente se ha establecido que "no se identificará la planeación familiar con el control natal o cualesquiera otros sistemas que impliquen acciones apremiantes o coactivas para las

2 GORDON, Linda, ob. cit., p. 143.

personas....³, la esterilización involuntaria, así como la deficiencia con la que se han administrado otro tipo de métodos, tales como el DIU y los inyectivos, justo reflejan lo contrario.

Los organismos oficiales involucrados en las actividades de planificación familiar (CONAPO, INEGI, SSA y el IMSS⁴), han realizado evaluaciones continuas sobre los avances "cuantitativos" de estos programas, pero nada se ha hecho con respecto a los objetivos relacionados con el mejoramiento de los niveles de vida de la mujer (elevación de sus condiciones culturales, sociales y económicas). Aunque no se hayan realizado estudios evaluativos al respecto, el deterioro que ha sufrido la capacidad adquisitiva de la sociedad mexicana en general, hasta 1982, ha evidenciado que el control de la natalidad no es "el factor" que incide directamente sobre los niveles de bienestar, ya que las tasas de fecundidad han descendido de manera significativa y no han sido acompañadas por un mejoramiento socio-económico de la población y mucho menos de la mujer.

En la década de los setentas, cuando se intentaba difundir rápidamente la planificación familiar, los medios masivos de comunicación bombardearon a la sociedad con mensajes tales como, "la familia pequeña vive mejor". Ahora, el contexto socioeconómico en que se ha presentado la baja de la fecundidad sugiere, en contraposición, que "la familia es pequeña porque vive peor".

3 CONAPO, *ob. cit.*, 1984.

4 Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Secretaría de Salubridad y Asistencia Instituto Mexicano del Seguro Social.

En cuanto al derecho de las mujeres a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, y su derecho a recibir información especializada sobre los servicios de planificación "idóneos" para poder elegir y solicitar libremente el método que más les convenga, puede afirmarse que los avances realizados son bastante deficientes y, a veces, hasta inexistentes.

Como se ha podido apreciar, la forma como se ha llevado a cabo la distribución masiva de los métodos anticonceptivos, además de ser discriminatoria sexualmente, ha impactado en forma diferencial a los diversos sectores de la sociedad. La esterilización y el uso de inyectivos, se han promovido sobre todo en las áreas rurales y entre los sectores de menor escolaridad. En el caso de la esterilización, se ha presentado información que apunta hacia la realización de operaciones llevadas a cabo sin el conocimiento y consentimiento de las mujeres. La posibilidad de que se estén llevando a cabo esterilizaciones involuntarias, impone la necesidad de incrementar y profundizar en la investigación el respecto.

Los movimientos feministas, en relación al control natal, han avanzado, superando la creencia de que "La mujer se ha vuelto dueña de su propio cuerpo, gracias a los métodos anticonceptivos y, en particular, a la píldora".⁵ Actualmente aceptan que el uso de anticonceptivos, de ninguna manera implica, automáticamente, el conocimiento y control del cuerpo: "Esta libertad con respecto a la reproducción se define como el control sobre las propias capacidades reproductivas y no como la eliminación de

5 FOPPA, Aisido, ob. cit., p. 95.

la reproducción biológica. La autodeterminación reproductiva se vuelve una condición básica para la igualdad sexual...⁶.

En los países desarrollados, sobre todo en Estados Unidos, "el movimiento contemporáneo de liberación de la mujer ha convertido una vez más el control de la reproducción en una cuestión política. La lucha por el derecho al aborto, la crítica a la imposición imperialista de programas de control de la natalidad y la defensa de los derechos de los seres humanos a tener experiencias sexuales no reproductivas tanto homo como heterosexuales, son cuestiones que forman parte de un programa feminista que sostiene que las mujeres deben tener el derecho de elegir libremente el tener hijos o no⁷ y la forma concreta para evitar la concepción. Sin embargo, "no puede existir la autodeterminación si ninguna de las opciones resulta atractiva⁸ y saludable.

Para 1970, en Estados Unidos el control de la natalidad volvía a surgir con fuerza como una de las principales demandas del movimiento de liberación de la mujer. Sin embargo, una década después, las feministas aceptaban que en este campo se había ganado relativamente poco, ya que no se habían desarrollado nuevos anticonceptivos para los hombres y las mujeres aún confiaban básicamente en píldoras hormonales y aparatos intrauterinos, ambos de alto riesgo. Por otro lado, en ese país, los abortos legales y la esterilización se seguía practicando "a la fuerza en

6 EINSTEIN, Zillah R., (compiladora), ob. cit., p. 100.

7 GORDON, Linda, ob. cit., p. 124.

8 Ibidea, p. 144.

las mujeres pobres sobre todo en las que no son blancas⁹.

En México, el movimiento de liberación de la mujer, cada vez más débil y fragmentado, no ha obtenido logros significativos en el área de la anticoncepción. Si bien los programas de planificación familiar se pusieron en marcha ajenos a los movimientos feministas, ahora se hace necesaria su intervención para exigir que se cumplan todos los objetivos que estos programas se han fijado, y realmente funjan como un derecho de la mujer.

La anticoncepción debería brindar a la población femenina la posibilidad de disfrutar de su sexualidad y de elegir cuándo ser madre y cómo no serlo, por ello, ante el panorama aquí presentado y frente a las inadecuadas acciones de los organismos que han estado a cargo de la ejecución del Plan Nacional de Planificación Familiar, parece que las feministas se encuentran ante la impostergable tarea de reorganizar sus grupos, para demandar a los responsables de la estructuración e implantación de la planificación familiar, entre otros puntos:

- la realización de cursos sobre sexualidad y anticoncepción que permitan, tanto a la población femenina como masculina, enriquecer el conocimiento sobre su cuerpo, propiciando un cambio de actitud frente a éste y a su capacidad reproductiva,
- la promoción de la vasectomía y de los métodos de barrera, tanto masculinos como femeninos,
- la obtención de financiamiento para promover e impulsar la investigación sobre métodos masculinos y,

⁹ *Ibidem*, p. 146.

- que se destinen los fondos necesarios para realizar estudios sobre los efectos secundarios que tienen los anticonceptivos en las mujeres, específicamente mexicanas.

En este terreno de la planificación familiar y del control natal, falta aún mucho por hacer. Hasta ahora, se ha avanzado en el conocimiento sobre las características generales que, de acuerdo a ciertas condiciones socio-demográficas, la práctica anticonceptiva ha adquirido en el país. Sin embargo, no se ha desarrollado un análisis causal que pueda dar cuenta de la forma específica que la anticoncepción ha asumido. Tampoco se ha profundizado en las posibles interacciones establecidas entre ésta y las principales instituciones sociales (de salud, escolar, religiosa, familiar, etc).

Al respecto, habría que motivar, a través de incentivos económicos, a la comunidad académica y profesionista, para aumentar la investigación sobre este tópico que además, podría proporcionar más elementos para denunciar las anomalías que se están verificando, día a día, en la forma como el sector salud administra los métodos anticonceptivos y proporciona "información" sobre planificación familiar.

Por último, cabe mencionar que la interrelación que los programas de planificación familiar contemplan entre las distintas dimensiones de la actividad social, resultan esenciales para obtener un avance en los objetivos que, de carácter cualitativo, se han planteado. Para ello, sería necesaria la elaboración de planes cooperativos entre las diferentes dependencias gubernamentales¹⁰. ¿Porqué no se han realizado este tipo de

¹⁰ Secretaría de Gobernación, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado, Consejo Nacional de Población e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

planes hasta ahora? ¿Qué intereses subyacen en esta desarticulación entre las acciones de cada institución? Estas son algunas de las interrogantes sobre las que valdría la pena profundizar en futuras investigaciones, ya que el éxito de la planificación familiar, como un verdadero derecho de la población, sobre todo femenina, depende en gran medida de esta colaboración inter-institucional.

BIBLIOGRAFIA

- ALBA, Francisco, La Población de México: evolución y dilemas, Ed. Centro de Estudios Económicos y Demográficos, El Colegio de México, México, 1977.
- ALBA, Francisco, Potter E. Joseph, "Población y Desarrollo en México: una síntesis de la experiencia reciente", en Estudios Demográficos y Urbanos, Vol. 1, Núm. 1, enero-abril de 1986, Ed. El Colegio de México, México, D.F.
- ALBA, Francisco, "Población y Desarrollo, Presencia de la demografía en el debate político", en revista Demos, Carta demográfica sobre México, 1988, México, D.F.
- ANDERSON J.E. y Cleland J.G., "La Encuesta Mundial de Fecundidad y las Encuestas de Prevalencia de Uso de Anticonceptivos: Una comparación de resultados sustantivos", Ensayos sobre población y Desarrollo, No. 17, Ed. Corporación centro Regional de Población y The Population Council, Bogotá, Colombia, 1983.
- BALAN Jorge, "Contribución Latinoamericana al Estudio de la Relación entre Población y Desarrollo: Balance y Perspectivas", Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, Vol. 1, Ed. UNAM, El Colegio de México, PISPAL, México, D.F., 1984.
- BENM, Hugo, "Determinantes de niveles y diferenciales de la mortalidad, Introducción", Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, Ed. UNAM/El Colegio de México/PISPAL, México, 1984.
- BENSADON, Ney, Los Derechos de la Mujer, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1988.
- BREILH, J. y Edmundo Granda, "Un marco teórico sobre los determinantes de la mortalidad", Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, Ed. UNAM/El Colegio de México/PISPAL, México, 1984.

- BRITO DE MARTI, Esperanza. "Control de la Fecundidad", en revista FEM, enero 1988, México.
- BRONFMAN, Mario, et al., "Práctica anticonceptiva y clases sociales en México: la experiencia reciente" en la revista Estudios Demográficos, Vol. 1, Núm. 2, Ed. El Colegio de México, mayo-agosto, 1986, México, D.F.
- BRONFMAN, M. y José Gómez de León (compiladores), La mortalidad en México, niveles, tendencias y determinantes, Ed. El Colegio de México, México, 1988.
- BRONFMAN, M. y Rodolfo Tuirán, "La desigualdad social ante la muerte: Clases sociales y mortalidad en la niñez", Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, Ed. UNAM/El Colegio de México/PISPAL, México, 1984.
- CEED, "Mortalidad", Dinámica de la Población en México, Ed. El Colegio de México, México, 1981
- CONAPO, Ley General de Población en Bases Jurídicas de la Política de Población de México, Ed. Consejo Nacional de Población, México, 1984.
- CONAPO, Reglamento de la Ley General de Población en Bases Jurídicas de la Política de Población de México, Ed. Consejo Nacional de Población, México.
- CONAPO, Política Demográfica, Nacional y Regional, Objetivos y Metas 1978-1982, sin fecha.
- CONAPO, Resultados Principales de la Encuesta Nacional Demográfica de 1982, Ed. CONAPO, México, D.F.
- CHAKIEL, J. "La mortalidad en América Latina: Niveles, tendencias y determinantes" Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, Ed. UNAM/El Colegio de México/PISPAL, México, 1984.
- DE BARBIERI, Teresita, "Movimientos Feministas", Grandes Tendencias Políticas Contemporáneas, Ed. UNAM. Coordinación de Humanidades, México, 1986

DIARIO OFICIAL, Tomo XCVII, Núm.52, Sección Segunda, Capítulo II, Artículo 80., sábado 20 de agosto de 1936, México.

DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA, Anuario Estadístico 1938, Secretaría de la Economía Nacional, Ed. Dirección General de Estadística, México, D.F., 1939.

DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA, Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 1942, Ed. Secretaría de Economía, Dirección General de Estadística, Méx., 1948.

DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA, Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 1943-1945, Ed. Secretaría de Economía, Dirección General de Estadística, Méx., 1950.

EINSENSTEIN, Zillah R., "Maternidad, reproducción y supremacía masculina", Patriarcado capitalista y Feminismo Socialista, Ed. Siglo XXI Editores, México, 1980.

FOPPA, Afaide, "Feminismo y liberación", Imagen y realidad de la mujer, Ed. SepSetentasDiana, México, D.F. 1980.

GOLDMAN, N., S. RUTSTEIN Y S. SINGH, "Evaluation of Data Quality in WFS Surveys: Summary of Four Papers", World Fertility Survey 1972-1984, Symposium, Londres, Abril, 1984.

GORDON, Linda, "La lucha por la libertad reproductiva: tres etapas del feminismo", Patriarcado capitalista y Feminismo Socialista, Ed. Siglo XXI Editores, México, 1980.

HARTMANN, Betsy, Reproductive Rights and Wrongs, The Global Politics of Population Control & Contraceptive Choice, Harper & Row Publishers, New York, U.S.A., 1987

IMSS, ¿Qué es un Programa de Planificación Familiar?, Ed. Jorge Martínez Manautou, México 1987.

- IMSS, ¿Que es una encuesta?, Jorge Martínez Manautou, México.
- JUAREZ, Fatima, "De una Fecundidad Natural a una Controlada", ponencia presentada en la Consulta Popular sobre Población, febrero, 1989, IMSS, inédita.
- JUAREZ Fatima, "Revisión de los Estudios sobre estimaciones de la fecundidad en México a partir de Encuestas Retrospectivas", Seminario de Fecundidad en México: Cambio y Perspectivas, 3,4 y 56, El Colegio de México, México, 1984.
- JUAREZ, Fatima, et. al. "Changes in Fertility and Contraception in Mexico, 1977-1982, International Family Planning Perspectives, Vol. 11, No.2, USA, 1985.
- JUAREZ, F., "Family Formation in Mexico: A Study Based on Maternity Histories from a Retrospective Fertility Survey", Ph.D. Thesis, University of London, Londres, 1983.
- JUAREZ, F., J. Quiñodrán y Ma. E. Zavala (1986), "Aparición de Nuevas Pautas Reproductivas en México", documento presentado en la III Reunión Nacional sobre Investigación Demográfica en México, Sociedad Mexicana de Demografía, El Colegio de México, Noviembre, (en prensa).
- MALTHUS, Thomas Robert, Essay, 1a. Edición, Ed. Macmillan & Co., Londres, 1926.
- MEEK L., Ronald (compilador), Marx, Engels y la explosión demográfica, Ed. Extemporáneos a pleno sol, No. 23, México, D.F., 1980.
- MINA VALDEZ, A., "Estimaciones de los niveles, tendencias y diferenciales de la mortalidad infantil y en los primeros años de vida en México, 1040-1977", Lecturas sobre temas demográficos, Ed. El Colegio de México, México, 1982.
- MINUJIN, A., et. al., "Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad infantil", Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, Ed. UNAM/El Colegio de México/PIPAL, México, 1984.

MIRO, A. Carmen y Joseph E. Potter, "Mortalidad", Población y Desarrollo, estado del conocimiento y prioridades de investigación, Ed. El Colegio de México, México, 1980.

MIRO Carmen, "América Latina: Transición Demográfica y Crisis Económica, Social y Política", Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, Vol. 1, Ed. UNAM, El Colegio de México, PISPAL, México, D.F., 1984.

MIRON Lince, Rosa María, "¿Clases o sujetos sociales?", Sobre las Clases Sociales, Cuadernos de la Formación Básica, No. 2, Ed. Coordinación de la Formación Básica Común, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 1987.

MITCHELL, Juliet, La Condición de la Mujer, Ed. A pleno sol extemporáneos, 1971, México.

MORA Bravo Miguel, El Derecho a la Planeación Familiar, Marco Jurídico, Ed. CONAPO, México, D.F., 1984.

O.N.U., México, Ed. Organización de las Naciones Unidas, Nueva York, 1989.

ORDORICA, M. y J.E. Potter, "An Evaluation of the Demographic Data Collected in the Mexican Fertility Survey", World Fertility Survey, Londres (mimeo), 1977.

PALMA, Yolanda, "Niveles y tendencias recientes del uso de anticonceptivos" en revista Demos, 1988.

PADUA, Jorge, Técnicas de Investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales, Ed. El Colegio de México y Fondo de Cultura Económica, México, 1987.

PATARRA Heide L. y De Oliveira María Coleta, "Anotaciones Críticas sobre los Estudios de Fecundidad", Reproducción de la población y desarrollo, No. 1, Revisión crítica de los estudios de fecundidad en América Latina, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLACSO, Buenos Aires, Argentina, 1974.

- PETCHESKY, Rosalind, "Los Grupos Marxistas-Feministas" en Patriarcado Capitalista y Feminismo Socialista, Ed. Siglo XXI Editores, México, 1980.
- POPULATION INFORMATION PROGRAM, "Esterilización Femenina", Population Reports, Serie C, Número 9, Marzo de 1986, Population Information Program, The John Hopkins University, Baltimore, Maryland, EUA.
- POPULATION INFORMATION PROGRAM, "Esterilización Masculina", Population Reports, Serie D, Número 4, Diciembre de 1984, Population Information Program, The John Hopkins University, Baltimore, Maryland, EUA.
- POPULATION INFORMATION PROGRAM, "Métodos de Barrera", Population Reports, Serie H, Número 6, Septiembre de 1983, Population Information Program, The John Hopkins University, Baltimore, Maryland, EUA.
- POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie H, Número 7, Febrero de 1985, The John Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA.
- POPULATION INFORMATION PROGRAM, Population Reports, Serie J, Número 28, Octubre de 1985, The John Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA.
- POPULATION INFORMATION PROGRAM, "Inyectables e Implantes", Population Reports, Serie K, Número 3, Febrero de 1988, Population Information Program, The John Hopkins University, Baltimore, Maryland, EUA.
- QUILODRAM, J., "Niveles de Fecundidad y Patrones de Nupcialidad en México", trabajo preparado para la Encuesta Mundial de Fecundidad (World Fertility Survey), (mimeo), 1983.
- SECRETARIA DE PROGRAMACION Y PRESUPUESTO, Coordinación General del Sistema Nacional de Información, Encuesta Mexicana de Fecundidad, Primer Informe Nacional, Volúmenes I y II, México, 1979.
- SHAPIRO, Rose, Contraception, A Practical and Political Guide, Published by Virago Press Limited, London, 1987.

URBINA, M., et. al. , "Fecundidad, anticoncepción y planificación familiar en México" en revista Comercio Exterior, 1984.

WELTI, C., "Algunos factores asociados al descenso de la fecundidad en México en un periodo reciente". Los Factores del cambio demográfico en México, Ed. El Colegio de México, 1984.

WELTI, C., "La investigación del efecto de la anticoncepción sobre la fecundidad", La Fecundidad en México, Ed. El Colegio de México, 1989.

WORLD FERTILITY SURVEYS, Guidelines for Country Report No. 1, WFS Central Staff, International Statistical Institute, Londres, Gran Bretaña, 1980.