

La preocupación por las metas

*Alejandro Cervantes Carson**

Los importantes descensos de la fecundidad que ha experimentado México en los últimos 15 años han sido acompañados por incrementos notables en el porcentaje de parejas que recurren a métodos anticonceptivos como forma para controlar su reproducción. Tan cercanamente se han observado estos dos procesos, que la mención de uno lleva invariablemente a la consideración del otro; de tal suerte, se ha convertido en lugar común hablar de la anticoncepción como uno de los factores más importantes –sino es que el principal– involucrados en la disminución de la fecundidad en el país.

En la década de los setentas se suscitaron relevantes cambios que afectaron sensiblemente la fecundidad y la práctica anticonceptiva, en el lapso que corre de 1976 a 1982. Mientras que la tasa global de fecundidad descendió de 5.5 a 4.3, el uso de métodos anticonceptivos reportó un incremento ligeramente por abajo del 60%, llegando a cubrir, para el final del periodo, a un 47.7% del total de las mujeres unidas en edad fértil.¹ La lectura que se realizó del comportamiento de estos indicadores demográficos en esos seis años sugería una tendencia continuada en la reducción de la fecundidad y, paralelamente, un sostenido incremento en el uso de metodología anticonceptiva.

Dentro de este marco, se establece en las políticas de población una meta de crecimiento del 1.9% para 1988, que implicaba, aproximadamente, una tasa global de fecundidad de 3.1 y un nivel de usuarias

* *Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud.*

Las opiniones expresadas en este artículo son las del autor y no necesariamente reflejan aquellas de la Dirección General de Planificación Familiar.

¹ Para 1976, Encuesta Mexicana de Fecundidad; para 1982, Encuesta Nacional Demográfica.



nuevas y activas cercano al 58%. La fecundidad se concibe como la variable central en la modificación del perfil demográfico del país, y la planificación familiar como la forma de provocar cambios en los valores y las actitudes de los mexicanos con respecto a su reproducción.² Por ello es

² Consejo Nacional de Población. *Programa Nacional de Población 1984-1988*. CONAPO, México, 1985; Dirección General de Planificación Familiar. *Programa Interinstitucional de Planificación Familiar 1983-1988*. DGPFS-SA México, 1983.

que la anticoncepción se convierte en el componente más importante para lograr la meta de crecimiento de la población. Sin embargo, hacia 1987, los resultados de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud apuntan a descubrir que la tasa global de fecundidad no descendió tanto como se esperaba (3.8) y que la cobertura no se incrementó a los niveles que se pretendía (52.7%). Los nuevos datos de los indicadores equivalían a lo programado para 1984; de esta manera, se abría una distancia de más de dos años entre lo proyectado y lo sucedido en la realidad.

Para el fenómeno de la fecundidad la actuales hipótesis sugieren que el detenimiento en los ritmos del descenso es el resultado de un proceso de rejuvenecimiento en los patrones reproductivos.³ En cambio, para el caso de las coberturas no existen recientes desarrollos teóricos que aventuren explicaciones. La aproximación tradicional al conocimiento de la anticoncepción en México ha centrado sus esfuerzos por tratar de cuantificar el peso que tiene esta variable en el comportamiento de la fecundidad. Por medio de ella se sabe que juega un papel central en la disminución de la tasa global, pero desafortunadamente se conoce muy poco acerca del contenido de los procesos de adopción, continuidad y deserción de métodos anticonceptivos, así como del significado de las actitudes y decisiones que las mujeres toman en relación con su vida reproductiva, por no hablar de las consecuencias sociales que de la práctica anticonceptiva se derivan.

Independientemente de las sorpresas provocadas por los nuevos datos y la ausencia de hipótesis en cuanto a la anticoncepción, es un hecho innegable que el nivel de cobertura alcanzado (una de cada dos mujeres unidas entre 15 y 49 años de edad) es sumamente alto en el plano nacional. Pero, ¿cuáles son los niveles en las distintas regiones? Construir una fotografía de los comportamientos regionales de la anticoncepción para visualizar geográficamente la regulación de la fecundidad en el país parte de una premisa: la zona de residencia de la población parece tener una relación cercana con sus actitudes reproductivas; el hecho de haber nacido y crecido en cierta región de México dota de un conjunto particular de características que se reflejan, con el paso del tiempo, en el cómo, cuándo y, tal vez, hasta porqué se decide tener hijos.

La gran heterogeneidad en los niveles es el sello que mejor define el perfil de las coberturas regionales.⁴ No obstante, es posible distinguir cuatro grupos de comportamiento: El primero se caracteriza por tener porcentajes notablemente altos en relación al dato nacional. Las dos regiones que lo componen comparten no solamente muchos kilómetros de frontera con Estados Unidos, sino un desarrollo socioeco-



nómico en muchos sentidos similar, dos aspectos que pueden ayudar a entender que el Noroeste tenga una cobertura del 70% y el Noreste del 63%. En el segundo grupo se concentran las tres regiones que abarcan, de costa a costa, la zona norte del Istmo de Tehuantepec. Puede decirse que su comportamiento es promedio, en la medida en que sus porcentajes de uso se ubi-

can alrededor de lo que sucede en el conjunto del país (Golfo 54%, Centro Sur 51% y Centro 55%). La anticoncepción en el tercer grupo presenta niveles bajos si son comparados con el nacional. Mientras en el Norte Centro la cobertura es de 46%, ésta aumenta a 47% en el Occidente y a 48% en El Bajío. El último grupo está compuesto solamente por la región Sureste y se diferencia claramente del resto de México por tener un porcentaje de uso de métodos anticonceptivos notablemente bajo: 33.2%. Mientras en esta región tres de cada diez mujeres unidas recurren a la anticoncepción, en el Noroeste son siete de cada diez.

Conocer los procesos regionales es una necesidad de primer orden porque significa, inicialmente, un importante cambio de perspectiva, donde lo particular y específico cobra mayor relevancia que lo general. La práctica anticonceptiva no es homogénea en el territorio nacional debido a que se nutre de distintas percepciones culturales del fenómeno reproductivo, y son precisamente esas diferencias las que dan cuerpo a la diversidad de decisiones de las mujeres.

Fijar metas de crecimiento poblacional refleja una fundamental preocupación del Estado por intervenir en los procesos demográficos y no mantenerse sólo como espectador frente a ellos. La meta como enunciación de un deseo gubernamental se concibe, a su vez, como la síntesis de una necesidad histórico-social, formulada y ejecutada en nombre del "interés colectivo". El énfasis que las políticas de población han puesto en la regulación de la fecundidad ha sido heredado por la planificación familiar, puesto que el aumento en el porcentaje de usuarias aparece como el eje central que organiza sus acciones.

Los actuales niveles de uso de anticonceptivos exige una redefinición de las acciones en materia de planificación familiar, para poder disminuir el peso de lo cuantitativo en el programa y permitir la apertura a una serie nueva de perspectivas acerca del proceso de decisiones que devienen conductas de las mujeres frente a su reproducción, decisiones fundamentales en la vida de cada mujer, de cada pareja. La falta de evaluación cualitativa puede estar conduciendo a visiones y prácticas extremadamente unilaterales del fenómeno y, por ello, contraponerse al contenido de la Ley General de Población, en el sentido del derecho a decidir libre e informadamente sobre el número y espaciamiento de los hijos. ¿Hasta qué punto se ha abusado de una concepción instrumental de la planificación familiar, reduciéndola única o centralmente a la preocupación por el aumento de las coberturas? *DemoS*

³ Zavala, Ma. Eugenia. *Cambios de la Fecundidad en México*. DGPF-SSA, México, 1988.

⁴ La información regional procede toda la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987. La regionalización utilizada por la Encuesta es: Región I Noroeste (Baja California, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa y Nayarit); Región II Norte Centro (Aguascalientes, Chihuahua, Durango, San Luis Potosí y Zacatecas);

Región III Noreste (Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas); Región IV Golfo (Veracruz); Región V Occidente (Colima, Jalisco y Michoacán); Región VI Bajío (Guanajuato, Hidalgo y Querétaro); Región VII Sureste (Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán); Región VIII Centro Sur (Oaxaca, Puebla y Tlaxcala); Región IX Centro (Distrito Federal, Guerrero, México y Morelia).