

Políticas de población en México

MA. EUGENIA ZAVALA DE COSÍO

EL CRECIMIENTO demográfico en México ha cambiado de ritmo varias veces desde la Independencia. Tras cien años de vacío demográfico y crecimiento lento, empezó a manifestarse a mediados del presente siglo una gran exuberancia en el crecimiento de la población. También se ha observado en años recientes una caída extraordinaria en los niveles de fecundidad, una de las más aceleradas a nivel mundial. Cambios bruscos, extremos, tentación de todo tipo de intervenciones. Los problemas de población en México, siempre espectaculares, ligados apasionadamente a la identidad nacional, nunca se han separado de los grandes debates nacionales y de las encrucijadas políticas a lo largo de nuestra historia.

A partir de 1821, se inició un periodo agitado, con invasiones y guerras civiles, años en los cuales la población del país, dispersa y poco densa, no podía crecer mucho. Las epidemias como el tifo, la viruela, el cólera y la fiebre amarilla fueron muy importantes. El despoblamiento se interpretaba como una amenaza para la independencia y la conservación de la soberanía nacional. En esos momentos, gobernar era poblar.

En la primera mitad del siglo xx, dicha tendencia se revirtió por completo. En los años cincuenta, sesenta y setenta, el crecimiento demográfico de México apareció como uno de los más rápidos del mundo. La mortalidad que decrecía con rapidez se combinó con una elevada natalidad. La población total pasó de 15 a 34 millones entre 1910 y 1960 y se duplicó otra vez, llegando a casi 70 millones en 1980.

El fuerte crecimiento natural fue consecuencia de la reducción en los niveles de mortalidad, que empezó en los años treinta, a raíz de los esfuerzos importantes de desarrollo social implementados por el nuevo sistema político mexicano surgido de la Revolución. En ese momento se inició una verdadera política sanitaria a nivel nacional. Se lanzaron campañas de erradicación de algunas enfermedades infecciosas (paludismo, viruela, tuberculosis), se formó un sistema nacional de salud urbano y rural, construyendo a la vez hospitales en las ciudades y clínicas rurales.

Sin afirmar que se trata de una política demográfica *stricto sensu*, se observa sin embargo que la reducción acelerada en los niveles de mortalidad a partir de 1930 es consecuencia de la consolidación de las instituciones políticas y del poder federal, que hicieron posible el desarrollo de políticas sanitarias a nivel nacional.

La intervención del Estado en el campo de la población se vuelve explícita en 1936, con la primera Ley General de Población. Una segunda ley se promulgó en 1947 y la tercera ley, que rige actualmente la política demográfica del país, se instituyó en 1973.

Las leyes de 1936 y de 1937 son de clara inspiración poblacionista. La tercera tiene entre sus objetivos una reducción del crecimiento demográfico a nivel nacional. Sin embargo, la diferencia fundamental entre la última y las dos primeras tiene como origen la novedad de proveer a México de una verdadera política demográfica.

La ley de población de 1973 corresponde a la definición de la política de población propuesta por Carmen Miró:¹

- a) una política gubernamental integrada a la planificación del desarrollo económico y social;
- b) una política con claros objetivos demográficos: tamaño, estructuras, tasas de crecimiento, distribución espacial de la población.

Los efectos de la política demográfica mexicana son además evidentes. La reducción acelerada de la fecundidad observada en el periodo actual está claramente asociada al programa de población.

México termina el siglo con una situación demográfica singular, en la cual se sobreponen los efectos del rápido crecimiento poblacional anterior con los cambios muy acelerados de la última década.

1. ANTECEDENTES DE LA POLÍTICA DE POBLACIÓN

Desde los primeros años de la Independencia, México apareció ante sus gobernantes como un país despoblado cuyos inmensos recursos económicos se aprovechaban poco. Además, la situación epidemiológica era preocupante, sobre todo en las zonas tropicales, y fuertes epidemias asolaban a gran parte del territorio nacional (viruela, tifo, paludismo, fiebre amarilla, cólera, peste).

Gilberto Loyo caracteriza los principales problemas de ese periodo como una "anemia demográfica", responsable según él de peligros más grandes que los traídos por los "gobernantes que precipitaron el desastre de 1848".² Retomando al general Herrera, el sentimiento era el siguiente: "la población nacional es muy escasa; los censos de los Estados demuestran que aumenta; a pesar de esto, dado el inmenso territorio, la densidad

¹ Miró, Carmen, "Política de población. ¿Qué? ¿Por qué? ¿Para qué? ¿Cómo?", Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, *Conferencia Regional Latinoamericana de Población*, México, 1970. vol. 2, pp. 275-281.

² Loyo, Gilberto, *La política demográfica de México*, México, 1935, citado por Velasco, Ma. del Pilar, *Las políticas sanitarias y las políticas de población en México durante el siglo XIX*, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, México, 1987, p. 12.

es muy baja".³ La solución consistía en multiplicar los planes de colonización.

Es necesario recordar esos antecedentes de los primeros años de la Independencia para explicar la orientación poblacionista de la primera Ley General de Población del 24 de agosto de 1936. Las tesis adoptadas por los gobiernos surgidos de la Revolución de 1910 siguieron al principio en la misma línea: reforzar el crecimiento demográfico, con una preferencia hacia la inmigración promovida. El poblamiento de todo el territorio, incluidas las zonas fronterizas despobladas del norte y del sur y los litorales, aparecía como una garantía para la preservación de la independencia, de la soberanía nacional y un impulso al desarrollo económico.

No es suficiente el espacio aquí para insistir sobre esos antecedentes. Sin embargo, es preciso evocarlos para explicar las dificultades actuales de las nuevas políticas demográficas, en especial los programas de distribución espacial de la población. Todavía se encuentran zonas bastante poco pobladas en México, al lado de una concentración importante de población en la meseta central. Se siguen proponiendo hasta la fecha planes de colonización y de poblamiento de los litorales. Pero ahora se limitan a movimientos migratorios internos.

La ley de 1936 no sólo promovía la inmigración de extranjeros, sino también el crecimiento natural, a través de una nupcialidad temprana y crecimientos numerosos. La ley incluía protección a la infancia, programas de higiene pública y mejoras en las condiciones de vida, con ayudas prioritarias para las familias más prolíficas.

La ley de 1936 instituyó un Consejo Consultivo de Población que tenía a su cargo definir las metas demográficas. En ausencia de una verdadera planificación económica y social en México, el papel del consejo era sumamente limitado.

El 27 de diciembre de 1947 se votó una segunda Ley General de Población, muy semejante a la primera. La aplicación de la ley se confió a la Secretaría de Gobernación. Se publicó el *Manual del extranjero*, para favorecer "la inmigración colectiva de los extranjeros sanos, de buen comportamiento y que sean fácilmente asimilables a nuestro medio, con beneficio para la especie y para la economía del país".⁴

Las metas eugenésicas, frecuentes en esa época, eran evidentes en ese apartado. Hablaríamos además, en nuestro lenguaje contemporáneo, de transferencia de calificaciones profesionales. La ley se modificó el 24 de diciembre de 1949, en lo que respecta a la inmigración. Sin embargo, nunca dejó de afirmarse el carácter muy selectivo de la inmigración extranjera que llevó, de hecho, a su limitación.

El Comité Consultivo de Población, siguiendo la voluntad pronatalista

³ Velasco, Ma. del Pilar, *op. cit.*, p. 12.

⁴ Valdés, Luz María, "Ensayo sobre política de población, 1970-1980", *Demografía y Economía*, XIV, núm. 4, 1980, p. 469.

del artículo V de la ley de 1947, autorizó los matrimonios legales a los 14 años para las mujeres y a los 16 años para los hombres. Se otorgaban premios a las familias numerosas. Además, el Código Sanitario vigente prohibía cualquier tipo de propaganda sobre los productos contraceptivos y prohibía su venta.⁵

La ley contribuía al fomento de un ambiente pronatalista, con un claro impacto sobre la fuerte fecundidad, que empezó incluso a aumentar en los años cincuenta. También se explica en ese contexto la prohibición del aborto, considerado como un crimen desde 1931. Sin embargo, no se trataba entonces de una verdadera política demográfica, pues seguía sin desarrollarse todavía la idea de una planificación económica y social, coordinada y nacional. En cambio, las intervenciones indirectas podían tener consecuencias demográficas, por ejemplo en el área de la salud, ya que el desarrollo de servicios médicos llevó a una reducción notable los niveles de mortalidad y morbilidad.

Por regla general existía gran indiferencia hacia las cuestiones demográficas, con excepción de los movimientos migratorios hacia Estados Unidos, y la intervención directa del Estado se descartaba prácticamente, en ausencia de un marco institucional adecuado. Esa indiferencia, que generó cierto *laissez-faire*, explica el campo libre dejado a la introducción de nuevas ideas y métodos de control de los nacimientos, oficialmente contrarios a la ley, pero que aprovecharon la posibilidad de experimentarlos en el marco de investigaciones biomédicas.

Éste fue el momento en que, a nivel internacional, empezaba lo que se ha calificado de "segunda revolución contraceptiva",⁶ es decir, la adopción de nuevos métodos muy eficientes de anticoncepción que se desarrollaron junto con nuevas prácticas de limitación de los nacimientos. Las fronteras no existían para la difusión de conocimientos y los métodos comercializados a principios de los años sesenta (pastilla hormonal y dispositivo intrauterino) llegaron rápidamente a México, como al resto de América Latina.

En México, los primeros programas de planificación familiar empezaron en 1959, cuando se fundó la Asociación para el Bienestar de la Familia, luego Asociación Pro-Salud Maternal, que abrió la primera clínica en la ciudad de México en 1960, implementó tres programas rurales en 1963 y uno de investigación sobre anticonceptivos hormonales.

En 1965, la Fundación para Estudios de la Población A.C. (FEPAC) empezó también a ofrecer sus programas de planificación familiar: disponía de cuatro centros en la ciudad de México en 1966, que pasaron,

⁵ Martínez Manautou, Jorge (ed.), *La revolución demográfica en México, 1970-1980*, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982, p. 30.

⁶ Leridon, Henry, et al., *La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, París, Presses universitaires de France, Cahiers "Travaux et documents" de l'Institut National d'Etudes Démographiques n. 117, p. 380.

en 1974, a 29 en el Distrito Federal y 69 en los estados. Afiliada a la International Planned Parenthood Federation (IPPF), la FEPAC fue la asociación privada más importante en México en servicios de planificación familiar. Llegó a proporcionar 80% de los servicios antes de que se desarrollara el programa oficial. También era la más influyente a través de la promoción hecha por distinguidos médicos, economistas y políticos. Es de notarse que la FEPAC realizó algunos de los primeros estudios sociales de la planificación familiar en México de temas tabúes como el del aborto. En 1983, la FEPAC se volvió la Asociación Mexicana de Planeación Familiar.

2. UN CAMBIO RADICAL DE ORIENTACIÓN

La tercera Ley General de Población, votada en 1973, marca una clara ruptura con el periodo anterior. Por primera vez en México, se hace referencia al excesivo crecimiento demográfico y a la necesidad de controlarlo. ¿Cómo se explica ese cambio radical de orientación?

Influyeron a la vez factores nacionales e internacionales. El desarrollo de una corriente de pensamiento malthusiana surgió del análisis de la evolución económica del país, de las proyecciones económicas y demográficas para el periodo 1965-1980, y de la situación política interna. Además, en vísperas de la Conferencia Mundial de Población de Bucarest, de la cual el secretario general era un mexicano, Antonio Carrillo Flores, la influencia internacional fue decisiva.

Sin embargo, el anuncio de la nueva posición del gobierno mexicano en 1972 causó enorme sorpresa, ya que las tesis pronatalistas se conservaron hasta finales de los años sesenta. Como candidato a la presidencia de la república, Luis Echeverría afirmaba todavía en 1969: "gobernar es poblar".⁷ Frente a la anticoncepción, la Iglesia católica manifestaba una oposición declarada, expresada claramente por el Vaticano en la encíclica *Humanae vitae* de 1968. Se sumaba a la oposición de los partidos de izquierda, francamente hostiles a la idea de control del crecimiento de la población. Después de la grave crisis estudiantil de 1968, el gobierno procuraba en lo posible evitar todo lo que pudiera agudizar más la ruptura con la izquierda universitaria.

Sin embargo, los resultados del censo de población de 1970 mostraron el fuerte crecimiento demográfico de México en la década 1960-1970 y una población de 50 millones de habitantes. Las proyecciones de la CEPAL después de 1965 pusieron claramente en evidencia los límites del modelo de desarrollo económico y el final del "milagro mexicano". La distribución del ingreso apareció en 1970 más concentrada que en 1965.

⁷ Sandoval, Alfonso, *et al.*, *México, 75 años de revolución. Primera parte: Desarrollo social*, México, Fondo de Cultura Económica e Instituto de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, 1988, p. 57.

Las proyecciones de población del Banco de México estimaron que la población sería en 1980 el doble de la 1960, incluso con una reducción del nivel de la fecundidad.

Frente a esos resultados alarmantes, aunados a una de las más graves crisis políticas de los últimos veinte años, el presidente Echeverría aceptó en 1971 los argumentos de los economistas acerca de los efectos negativos del acelerado crecimiento económico sobre la economía y el empleo.⁸

En 1969, la tasa de desempleo se estimaba en 15% de la población económicamente activa, es decir dos millones de desempleados. A partir de 1965, se evaluaba el ingreso de jóvenes en el mercado de trabajo en más de medio millón anual, llegando a 800 mil nuevos ingresos en la década de los setenta. Resaltaba la incapacidad del modelo de desarrollo económico frente al crecimiento demográfico.

Además, la evidencia de que el progreso social no tenía efectos directos e inmediatos para reducir el aumento de la población generó grandes inquietudes. La fecundidad no sólo no bajaba, sino que aumentaba visiblemente. Por otra parte, el crecimiento urbano se aceleraba sin que se detuviera el crecimiento de la población rural.

Por lo tanto, se decidió el establecimiento de una política de población en 1972; el anuncio fue hecho en la Tercera Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD III) en Santiago de Chile, cuando el presidente Echeverría declaró:

necesitamos fortalecer la responsabilidad de cada pueblo y de cada familia respecto al desafío que implican las altas tasas de crecimiento demográfico. . . El ritmo de incremento de la población debiera reducirse porque conviene a nuestros pueblos; pero la tarea principal que tenemos por delante es impulsar, vigorosa e integralmente el desarrollo.⁹

El presidente Echeverría, promotor en la misma conferencia de la UNCTAD del Nuevo Orden Económico Internacional, se implicó en el debate sobre población y desarrollo a partir de 1972. Se presentó frente al Club de Roma en Salzburgo en ese mismo año. En la celebración de la conferencia de Bucarest, México aparecía ya como un ejemplo de lo que se impulsaba en el Plan Mundial de Acción sobre Población, un país dotado del marco jurídico e instituciones encargadas de llevar a cabo una verdadera política demográfica.

Los esfuerzos en el campo de la política demográfica se orientaron desde el primer momento hacia dos direcciones principales, conservadas hasta ahora. La primera se relaciona con las actividades médicas de planificación familiar. A partir de 1972, se desarrollan actividades de "paternidad responsable" en las instituciones del sector público de salud.

⁸ Urquidí, Víctor, "Consideraciones acerca de la aplicación del Plan de Acción Mundial sobre Población", *Demografía y Economía*, 10, núm. 1, 1976, (28), p. 34.

⁹ Sandoval *et al.*, *op. cit.*, p. 67.

El nuevo código sanitario del 26 de febrero de 1973 autorizó desde entonces la propaganda y la venta de métodos anticonceptivos, anulando así el artículo 24 que los prohibía.

La segunda orientación de las políticas se refiere a la planificación del desarrollo. Se instituyó un marco jurídico en el cual leyes y reglamentos se definieron en función de la regulación de los fenómenos demográficos y su integración a los grandes objetivos de la política del desarrollo económico y social.

A partir de 1973, se multiplicaron en México las instituciones encargadas de implementar y evaluar lo referente a las políticas demográficas. Es así como se creó en ese mismo año la Asociación Mexicana de Población A.C. (AMEP), con vocación de promover la investigación, la formación y el enlace entre las diferentes instituciones y organizaciones no gubernamentales que trabajaban en el campo de la población.

3. BASES INSTITUCIONALES DE LA POLÍTICA DEMOGRÁFICA MEXICANA

Una serie de reformas jurídicas empezó a partir de 1973 con el fin de dotar al país del marco legal e institucional necesario para la implementación de la nueva política demográfica.

La Ley General de Población fue votada el 11 de diciembre de 1973 y se publicó en el *Diario Oficial* del 7 de enero de 1974. Se reformó el artículo 4 de la Constitución el 31 de diciembre de 1974. El reglamento de la ley se publicó en el *Diario Oficial* del 17 de noviembre de 1976. El Consejo Nacional de Población (CONAPO) se instaló en marzo de 1974.

La política demográfica mexicana descansó así sobre cuatro declaraciones fundamentales de principios:

1. La integración al desarrollo económico y social. Se concibe la política de población como parte de la política global de desarrollo y medio adicional para evitar las consecuencias negativas del rápido crecimiento de la población sobre el crecimiento económico;

2. El derecho a la paternidad responsable. Es deber del Estado proporcionar la información acerca de la planificación de los nacimientos que puedan garantizar la libertad y la igualdad de los individuos y de las familias frente a su propia reproducción.

3. La protección de la familia. El Estado debe garantizar la protección de las mujeres y de los niños, su educación, su bienestar físico y social.

4. La promoción de la mujer, su igualdad frente al hombre con respecto a la ley.

La reforma constitucional inscribió en la ley fundamental la igualdad de la mujer, la protección de la familia, el derecho de toda persona a

decidir libre, responsable e informadamente sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

La ley de población definió entre sus metas la regulación de los fenómenos demográficos en cuanto a su volumen, estructuras, dinámica y distribución espacial para lograr un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales; la elaboración y el seguimiento de programas de planificación nacional; el respeto a los derechos fundamentales del hombre y a la dignidad de las familias; la disminución de la mortalidad; la integración de la mujer y de los grupos marginados al desarrollo.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) sería la institución responsable de la planeación demográfica del país. El CONAPO incluiría a la población dentro de los programas generales de desarrollo económico y social (Reglamento de 1976).

La reforma administrativa de 1976 inició un nuevo sistema de planificación global del desarrollo en México. El primer Plan Global de Desarrollo de 1980, que cubrió los dos últimos años de la administración del presidente López Portillo (1980-1982) mencionaba los objetivos generales de la política demográfica dentro del capítulo de la política social.

Entre los diferentes planes sectoriales adoptados a partir de 1977, la Política Demográfica Nacional y Regional (1978-1982) incluía metas específicas en el campo de la población. Es así como se definieron metas de crecimiento poblacional a nivel nacional, para cada uno de los estados y metas de crecimiento social que clasificaron las entidades federativas en categorías migratorias. La política de migración interna se basó en función de esa clasificación, en tres tipos de programas: de retención, reorientación y reubicación (programa de las 3R).

Se definieron metas demográficas precisas en términos de tasas de crecimiento y cambios en la distribución espacial de la población en el Plan Nacional de Planificación Familiar aprobado el 28 de octubre de 1977, y en el Programa Nacional de Población de 1983-1988.

Las metas adoptadas hasta el fin del siglo propusieron tasas programáticas de crecimiento demográfico, con un objetivo último de un crecimiento del 1% en el año 2000. Las tasas intermedias del programa nacional de población de 1983 fueron:

<i>Año</i>	<i>Tasa anual de crecimiento (por ciento)</i>
1976	3.2
1982	2.5
1988	1.9
1994	1.3
2000	1.0

En la hipótesis programática, la población total proyectada alcanzaría unos 100 millones de habitantes, con una tasa bruta de natalidad de 20 por mil y una tasa bruta de mortalidad de 5.7 por mil en el periodo 1995-2000.

A partir de 1982, se descentralizó la política de población, definiendo Programas Estatales de Población integrados al Programa Nacional de Población 1983-1988. El Consejo Nacional de Población firmó convenios con los Comités Estatales de Planificación del Desarrollo (COPLADES) y se crearon en todos los estados, entre 1984 y 1988, Consejos Estatales de Población.

Las actividades de los consejos estatales consistieron en estudios de población y desarrollo, en programas intrasectoriales de educación en población y en programas de desarrollo socioeconómico. El Consejo Nacional de Población seguiría siendo el organismo técnico responsable de los estudios demográficos regionales, de las proyecciones demográficas y de la definición de los Programas Estatales de Población (PEP), asegurando su coherencia con el Programa Nacional de Población. Las decisiones políticas locales y la integración de las políticas de población al desarrollo regional se empezaron a transferir a los gobiernos estatales.

La política demográfica nacional funcionó según tres líneas de actividades principales. La primera se relacionaba con la regulación del crecimiento natural, a través del Programa Nacional de Planificación Familiar. La segunda se preocupaba de la distribución espacial de la población y definía la política de regulación de los movimientos migratorios. Finalmente, se llevaron a cabo programas de apoyo, como el de educación y comunicación en población y el de integración de la mujer al desarrollo (véase el diagrama 1).

4. EL PLAN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 1977-1982

El Plan Nacional de Planificación Familiar del 28 de octubre de 1977 proponía metas para las usuarias de los servicios de planificación familiar derivadas de las metas de natalidad proyectadas hasta el año 2000.

La Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar (CPNPE) fue creada en enero de 1977 para implementar el plan. Los servicios de planificación familiar se empezaron a ofrecer en las clínicas y consultorios que dependían de las tres principales instituciones del sector público de la salud: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), denominada Secretaría de Salud en 1985, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE). Los servicios que habían empezado a organizarse en el marco del Programa de Paternidad Responsable, a partir de 1972-1973, se integraron al Plan Nacional de Planificación Familiar.

Las metas de usuarias fueron definidas por la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar hasta su desaparición en julio de 1980, y se transfirió el papel de orientación y evaluación de los servicios a la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud.

El IMSS, donde se creó en noviembre de 1977 la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar, tuvo el papel más activo entre dichas instituciones, proporcionando más de la mitad de la oferta de métodos contrceptivos del sector público de salud. El 22 de octubre de 1980, los servicios de las clínicas del IMSS se pusieron a disposición de toda la población, incluyendo a los no afiliados al sistema de seguro social.

El 25 de mayo de 1979, en el marco del acuerdo IMSS-COPLAMAR, se empezó a ofrecer a la población rural y de las zonas marginadas servicios de salud primaria y planificación familiar. Se construyeron hospitales de 30 camas y Unidades Médicas Rurales en las localidades de 500 a 2 500 habitantes. Entre 1979 y 1986, se crearon 71 hospitales rurales y 3 024 centros de salud.

A partir de 1981, el IMSS definió zonas de programación, dentro de las cuales se articulan los hospitales, las Unidades Médicas Rurales y las parteras empíricas del sistema comunitario tradicional. Se organizaron cursos básicos de planificación familiar para "parteras empíricas": 14 635 parteras se formaron entre 1974 y 1983. Se definieron "acciones intensivas de promoción de la salud y de la planificación familiar", en las cuales el personal médico supervisaba a las parteras. Éstas tendrían un papel importante en la promoción y participación de las mujeres rurales al programa voluntario de salud materno-infantil y de planificación familiar, ya que las parteras proporcionan 30% de los servicios de planificación familiar del IMSS en las zonas rurales.¹⁰

La Secretaría de Salud también ha organizado un programa de salud materno-infantil y de planificación familiar en áreas rurales. De hecho, en el cuadro 1 se ve que la SSA ofrece métodos contrceptivos al 42% de las mujeres rurales (58% para el IMSS). El Programa de Salud rural queda a cargo de las parteras, auxiliadas por enfermeras, en todas las localidades de 50 a 2 500 habitantes, es decir en 12 000 localidades rurales. Además, 1 238 centros de salud, categoría C, están instalados en localidades de 1 000 a 2 500 habitantes, con un médico y una enfermera.

El Programa Nacional de Planificación Familiar 1983-1988 preveía que, en 1988, 38% de las usuarias activas estuvieran esterilizadas, 31% utilizaran métodos hormonales (pastillas) y 14% dispositivos intrauterinos (DIU). Los métodos definitivos y el DIU se recomendarían cada vez con mayor exclusividad. Las esterilizaciones femeninas han aumentado mucho a partir de 1982, llegando, en 1988, a 2.7 millones de mujeres

¹⁰ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), *Planificación familiar, población y salud en el México rural*, México, 1986, pp. 72-89.

CUADRO 1

PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL SECTOR SALUD
USUARIOS ACTIVOSDISTRIBUCIÓN POR ÁREA DE APLICACIÓN SEGÚN INSTITUCIÓN
1986

Institución	Urbana		Rural		Total	
	Urbana	%	Número	%	Número	%
IMSS	2 444 741	83.4	487 645	16.6	2 932 386	100.0
ISSSTE	298 157	100.0	—	—	298 151	100.0
SSA	555 086	61.1	353 097	38.9	908 183	100.0
TOTAL	3 297 984	79.7	840 742	20.3	4 138 726	100.0

Institución	Urbana		Rural		Total	
	Urbana	%	Número	%	Número	%
IMSS	2 444 741	74.1	487 645	58.0	2 932 386	70.8
ISSSTE	298 157	9.0	—	—	298 157	7.2
SSA	555 086	16.8	353 097	41.9	908 183	21.9
TOTAL	3 297 984	100.0	840 742	100.0	4 138 726	100.0

FUENTE: Dirección General de Planificación Familiar

esterilizadas de edades fértiles, o sea 20% de las mujeres unidas. Se esterilizaron unas 200 000 mujeres anualmente en los últimos tres años, y 77% de las operaciones se realizan en el IMSS. En 1986, 13% de nuevas usuarias de métodos contraceptivos se esterilizaron y 38% recibieron un DIU (véase el cuadro 2).

La Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987 permite evaluar el impacto real del programa de planificación familiar. La proporción de usuarias de métodos anticonceptivos está cerca de la meta, llegando al 53% de las mujeres unidas en edades fértiles en 1987 a nivel nacional, promedio entre el 33% en las zonas rurales, 59% en las áreas urbanas y 65% en las metropolitanas.¹¹

La operación femenina ha constituido el primer método de anticoncepción, con el 36% de las usuarias activas en 1987. El DIU es el segundo método, con 19% de las activas. En cambio, sólo corresponde un 18% a las usuarias de pastillas hormonales (véase el cuadro 3). Es notable

¹¹ Dirección General de Planificación Familiar, *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987*, Memoria de la reunión celebrada el 30 de septiembre de 1988, p. 145.

CUADRO 2

PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL SECTOR SALUD
NUEVOS USUARIOS

DISTRIBUCIÓN POR MÉTODO SEGÚN INSTITUCIÓN
ENERO-DICIEMBRE 1986

Institución	Hormonal		Diu		Quirúrgico		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
ISSSTE	43 057	40.3	44 028	41.2	171 078	15.6	1 099 115	100.0
IMSS	449 595	40.9	478 442	43.5	19 722	18.5	106 807	100.0
SSA	359 408	68.5	133 228	25.4	31 913	6.1	524 549	100.0
TOTAL	852 060	49.2	655 698	37.9	222 713	12.9	1 730 471	100.0

FUENTE: Dirección General de Planificación Familiar.

CUADRO 3

DISTRIBUCIÓN DE USUARIAS ACTIVAS SEGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO 1976-1987.

	<i>Encuesta Mexicana de Fecundidad</i> 1976	<i>Encuesta Nacional de Prevalencia</i> 1979	<i>Encuesta Nacional Demográfica</i> 1982	<i>Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud</i> 1987
Pastillas	35.9	33.0	13.8	19.4
DIU	18.7	16.1	13.8	19.4
Ligadura	8.9	23.5	28.1	36.2
Vasectomía	0.6	0.6	0.7	1.5
Inyecciones	5.6	6.7	10.6	5.3
Métodos locales	7.0	5.0	4.1	4.7
Métodos tradicionales	23.3	15.1	13.0	14.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
Porcentaje de usuarias con respecto a mujeres unidas	30.2	37.8	47.7	52.7

FUENTE: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987.

el decremento en la proporción de usuarias de pastillas, a casi la mitad de lo observado en 1979, muy por debajo de lo programado.

Otro resultado de la encuesta de 1987 es la confirmación de la importancia creciente del sector público de salud, que llega a proporcionar el 62% de los métodos modernos de anticoncepción. Sin embargo, una proporción importante de mujeres siguen recurriendo al sector privado para obtener los métodos anticonceptivos: 38% de las usuarias activas en 1987, o sea alrededor de 3 millones de mujeres.

A manera de conclusión, podemos afirmar que el programa de planificación familiar ha tenido amplia difusión en el país, llegando a cubrir tanto a la población urbana como, cada vez más, a la población rural. El sector público de salud ha sido muy activo en las orientaciones e implementación del programa. La esterilización femenina ha pasado a ser el primer método entre las usuarias activas.

Sin embargo, el punto débil del programa es, sin lugar a dudas, una orientación demasiado concentrada hacia los métodos definitivos. Se ha descuidado la promoción de los métodos de espaciamiento de los nacimientos, lo que explica la caída en el uso de métodos hormonales. Esa orientación tiene claras consecuencias demográficas, ya que no favorece el desarrollo de nuevas actitudes hacia la reproducción, necesarias para asegurar una reducción regular de los niveles futuros de la fecundidad.

5. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA POLÍTICA DEMOGRÁFICA

En la primera fase de la planificación demográfica en México, en el periodo 1977-1982, la reducción de la tasa de crecimiento ha sido acelerada y se acercó a las metas programadas. En 1980, la tasa bruta de natalidad se estimó en 33 por mil, igual a la programada, y en 1982 la tasa de crecimiento programada de 2.5% se logró alcanzar.

A partir de 1982, sin embargo, aparecieron divergencias entre los niveles de crecimiento observados y las metas. En 1986, la tasa de natalidad programática era de 27 por mil, mientras los últimos datos disponibles proponen valores de 30 a 32 por mil.

Según varias estimaciones, la tasa de crecimiento se mantendría en 1987 por encima del 2% anual de la proyección programática, entre 2.3% y 2.4% dependiendo de la fuente de datos. Eso significa, para 1987, 1.2 millones de habitantes de más, o sea 83.1 en vez de 81.9 millones programados. Para el año 2000, en ese caso, la población llegaría a 106 millones y no a los 100 millones de la proyección programática.¹²

El análisis detallado de la fecundidad puede explicar esa evolución más alta de lo previsto. La acelerada reducción del primer periodo 1977-1982 corresponde a una baja de las descendencias finales de las genera-

¹² Consejo Nacional de Población (CONAPO), *Niveles y tendencias de los fenómenos demográficos en México*, Informe 1988, p. 79.

ciones y a un rejuvenecimiento del calendario de la fecundidad.¹³ La disminución importante de las tasas de fecundidad en las edades superiores a los 30 años, precipitó la reducción de las tasas globales de fecundidad entre 1972 y 1980, que habían empezado desde antes (véase la gráfica 1).

La estabilización aparente de la fecundidad corresponde a una reducción menos importante de las tasas específicas entre los 15 y los 30 años de edad. En las edades jóvenes, las tasas de fecundidad observadas son bastante mayores que las programadas.¹⁴ Además, no se ha reducido la fecundidad rural como se esperaba, ya que las mujeres rurales todavía registran tasas globales de fecundidad de 6 hijos por mujer en los últimos años.¹⁵

Ese resultado puede tener relación directa con las modalidades del programa de planificación familiar y la promoción de la esterilización femenina. Algunas mujeres sólo recurren a la anticoncepción para limitar definitivamente el tamaño de sus familias. Cuando siguen las pautas tradicionales de uniones tempranas y de intervalos cortos entre los nacimientos, como en las áreas rurales y entre las mujeres con poca educación, la esterilización se relaciona con familias ya numerosas. El impacto demográfico es débil en ese caso.

Cuando se retrasan las uniones y que las mujeres usan anticonceptivos para espaciar sus nacimientos, las familias alcanzan tamaños menores. Pero ese comportamiento se limita en México a las mujeres urbanas de más alto nivel de educación, las mujeres económicamente activas, con actitudes más modernas frente a la reproducción.

El programa de planificación familiar ha propiciado hasta ahora más bien la conservación de los comportamientos tradicionales. Se observa todavía una formación de uniones temprana y los nacimientos de los primeros hijos no se retrasan. La esterilización femenina aparece como un método anticonceptivo al que se recurrirá después de alcanzar el tamaño de familia deseado. El impacto demográfico depende entonces del ideal de familia que se adopte como norma.

Los cambios futuros de la fecundidad en México van a depender de una reducción en los ideales de familia, claramente relacionada con la condición de la mujer. Sin embargo, para llegar verdaderamente a una fecundidad reducida, no basta la difusión de servicios de planificación familiar y el aumento de las esterilizaciones. Es preciso que en México, como en todos los países donde ha bajado la fecundidad, se eleve la edad a la primera unión y se espacien los nacimientos.

Los programas de apoyo del Programa Nacional de Población, de

¹³ Zavala de Cosío, Ma. Eugenia, *Cambios de la fecundidad en México*, Dirección General de Planificación Familiar, México, octubre de 1988, p. 21.

¹⁴ Consejo Nacional de Población (CONAPO), *op. cit.*, pp. 33-43.

¹⁵ Resultado de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987, para los años 1984-1986.

educación en población y de integración de la mujer al desarrollo (véase el diagrama 1), serán de importancia fundamental en ese campo. Además, los cambios se relacionan también con la evolución de la economía nacional. En tal sentido, la crisis económica ha propiciado sin duda una demanda más amplia de métodos anticonceptivos en los sectores populares, pero no ha generado los cambios fundamentales en las actitudes derivadas sobre todo de mejoras en los niveles de bienestar.

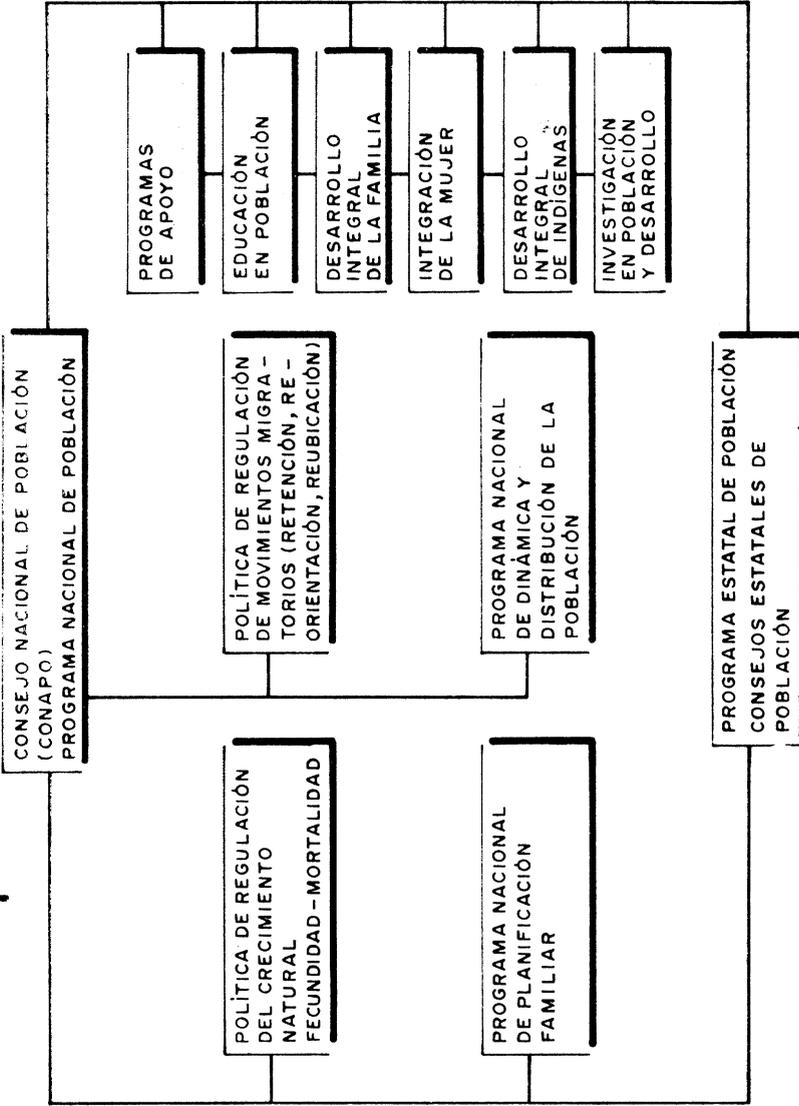
Por otra parte, el programa de población tenía objetivos como la integración de la población al desarrollo y la regulación de la distribución espacial de la población en el territorio nacional. No tenemos suficiente espacio en este artículo para analizar con detalle los programas diseñados. Sin embargo, podemos afirmar que todavía es difícil hablar de una verdadera integración de la población a la planificación del desarrollo.

En algunos sectores se han tenido avances importantes, por ejemplo en el sector de la salud, así como relativos a los asentamientos humanos y a la ordenación territorial. Los acuerdos con los gobiernos de los estados prevén la descentralización de la política de población. Por lo tanto no se considera el concepto de integración de la política demográfica a nivel nacional, sino más bien en los niveles sectorial y estatal.

Excepción hecha del enérgico programa de planificación familiar, los logros de la política de población resultan modestos, tanto en sus resultados como en los instrumentos disponibles, para cambiar radicalmente las tendencias demográficas. A pesar de su gran ambición y clara voluntad de integración de la población al desarrollo, la política demográfica mexicana se ha limitado hasta la fecha a un éxito relativo en la reducción del crecimiento natural.

DIAGRAMA No. 1

ORGANIGRAMA DEL PROGRAMA NACIONAL DE POBLACIÓN 1983-1988



GRÁFICA No. 1

TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD Y DESCENDENCIAS DE LAS GENERACIONES

