

LAS MUJERES DE ALTA FECUNDIDAD Y LA

POLITICA DE POBLACION EN MEXICO

Elsa M. López

México, D.F., enero de 1987.

---

Tesis para optar por el grado de Maestra en Demografía en el Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México.

## I N D I C E

	Página
1. Introducción	1
2. Objetivos	2
3. Los programas de reducción de la fecundidad	8
4. Metodología	15
5. La magnitud de la alta fecundidad	20
6. Alta fecundidad y anticoncepción	30
7. Alta fecundidad y nivel educacional	55
8. Alta fecundidad y grupos sociales	62
9. A manera de conclusión	76
Bibliografía	79

## 1. Introducción

El descenso de la fecundidad en México es un fenómeno que adquirió niveles significativos por la magnitud del cambio y la velocidad con que éste se logró. Los últimos años de la década del 70 marcaron el inicio de una disminución sostenida de la fecundidad, disminución que afectó a todos los grupos de edades y a todos los sectores sociales (López y Tuirán, 1983; Mier y Terán y Rabell, 1984).

El papel que ha desempeñado la política de población de México en la baja de la fecundidad ha sido objeto de numerosas investigaciones (Alba y Potter, 1986; Márquez, 1984; Cepal, 1983a). Aunque resulta difícil coincidir sobre los determinantes de esta baja, es más factible lograr un acuerdo sobre el rol que ha jugado la anticoncepción en este cambio (Urbina, Palma, Figueroa y Castro, 1984; Bronfman, López y Tuirán, 1986; Alba y Potter, 1986), ya que el uso de estos métodos ha crecido con notable rapidez en los últimos años, sobre todo en la población urbana y en los grupos sociales que se insertan de manera más estable en la estructura productiva. Las mujeres rurales unidas, por su parte, pese al rezago en los niveles de cobertura anticonceptiva -38.5% contra 57.9 de las urbanas- han registrado los aumentos relativos más importantes en el uso de anticonceptivos, desde 1976 hasta 1982 (Bronfman, et. al., 1986). Esta comprobación habla de la efectividad de los programas de reducción de la natalidad lleva-

dos a cabo por el Estado, a través de los servicios de planificación familiar provistos por los servicios de salud.

La promulgación de la Ley General de Población de 1974 y la política demográfica diseñada por el Consejo Nacional de Población, a partir de 1977 dieron inicio al cambio tan notorio al que se ha hecho mención. La política, como se sabe, se perfiló en dos dimensiones, la de crecimiento natural y la migratoria.

La política demográfica de crecimiento natural estableció metas en horizontes temporales, desde 1982 hasta el año 2000, y se concentró en el componente demográfico que se había mantenido prácticamente estable desde comienzos de siglo: la fecundidad. Lo hizo mediante programas de Planificación familiar y de Comunicación y educación en población.

La verificación del descenso de la fecundidad en contextos rurales pobres pone nuevamente en cuestión los planteamientos clásicos de la transición demográfica, según los cuales la baja de la fecundidad es una de las consecuencias de la mejoría de las condiciones sociales y económicas, asociándose positivamente con la proporción de población urbana y negativamente con el nivel educacional.

Estos postulados comenzaron a entrar en crisis al terminar la 2a Guerra Mundial. Los demógrafos norteamericanos de la transición Davis y Notestein y otros seguidores de este enfoque empeza-

ron a cambiar sus puntos de vista anteriores y a sostener que el desarrollo económico sólo sería posible si las tasas de natalidad de los países densamente poblados -especialmente los agrícolas- sufrían un descenso pronunciado. Para ello proponían la adopción, por parte del Estado, de medidas directas como un aumento de la edad al matrimonio y la práctica del control natal. Estas medidas, dirigidas hacia la población campesina y urbana pobre, tenían como finalidad el cambio de los patrones reproductivos de los grupos sociales que contribuían mayoritariamente al elevado ritmo de crecimiento demográfico. El paso siguiente de los precursores del control natal fue llegar a la conclusión de que las personas con alta fecundidad demandaban la necesidad de ese control. De ahí a un programa de planificación familiar liderado por el gobierno había un solo paso. Para tomar los recaudos científicos que legitimaran este punto de vista se diseñaron encuestas de conocimiento, actitud y práctica de métodos anticonceptivos, que se llevaron a cabo en varios continentes.

En el caso de México, también hubo dudas, al comienzo de los debates sobre la legislación referida a la planificación familiar. Alba y Potter comentan que si bien había personas que pensaban que la difusión de la práctica anticonceptiva se lograría rápidamente, existían opiniones mayoritarias en cuanto a que las condiciones económicas y culturales deberían mejorar notablemente para que la alta fecundidad bajara. Los autores agregan que, en caso contrario, sólo se lograría una demanda marginal de métodos de control de la fecundidad (Alba y Potter, 1986).

La experiencia de los últimos años ha mostrado una aceleración en el proceso de incorporación de las mujeres de todos los grupos sociales a los métodos para controlar la fecundidad. Algunas de estas mujeres, las de los sectores más favorecidos que residían en las áreas urbanas, comenzaron a controlar su reproducción mucho antes de la puesta en marcha de los programas estatales. El grueso de la población femenina del país, sin embargo, forma parte de la población objetivo de los programas de reducción de la fecundidad.

El trabajo que se presenta está estructurado en 9 secciones. En la primera, ya tratada, se presenta una introducción al tema. En la segunda sección se definen los objetivos y la justificación de la selección del área estudiada. En la sección tercera se hacen algunas reflexiones sobre el estilo de los programas de reducción de la fecundidad y sus implicaciones sobre la población. La sección 4 expone la metodología utilizada para seleccionar al universo de estudio. Las cuatro secciones siguientes pueden ordenarse alrededor de cuatro ejes principales: en la 5° se hace una descripción de la magnitud de la alta fecundidad en México de acuerdo al lugar de residencia de las mujeres entrevistadas, la 6° sección pretende caracterizar uno de los determinantes próximos de la fecundidad -la anticoncepción- según la condición de fecundidad. En la sección siguiente, la 7°, se analiza la vinculación entre el nivel educacional y la alta fecundidad, en tanto la sección octava intenta relacionar esta dimensión con los distintos grupos sociales. Finalmente, una novena sección de conclusiones trata de establecer algunas ideas, sugerencias y recomendaciones para el diseño de la política de población.

## 2. Objetivos

El objetivo de este trabajo es lograr una caracterización de las mujeres de alta fecundidad en México, con la finalidad de aportar elementos para el diseño de políticas dirigidas a grupos de población específicos.

A partir de este planteamiento surge la pregunta del por qué de estas políticas. No se trata en este trabajo de abordar la polémica, siempre renovada, de los óptimos de población. Se parte más bien de una concepción que reivindica el derecho humano -y femenino, valga la redundancia que a veces no está de más- de controlar la reproducción tanto en lo que atañe al número y espaciamiento de los hijos dentro de la vida familiar como en lo relativo a las consecuencias no deseadas de la sexualidad. Se entiende que este control, que es relativamente reciente y necesita aún de mayores desarrollos en el plano de la ciencia médica y del conocimiento de los usuarios, es sólo uno de los aspectos a incluir cuando se persigue el principal objetivo de la política de población: el bienestar de los seres humanos.

Si se parte de ese objetivo, los grupos humanos más desfavorecidos y rezagados deben ser objeto prioritario de atención. Uno de estos grupos es el de las mujeres de alta fecundidad y el de aquellas que, de manera probable, vayan en el futuro a engrosar este grupo. Para mejorar las condiciones de vida de estas mujeres es necesario, en forma simultánea, elevar su escolaridad, transformar los roles que se asignan a hombres y mujeres y aumen-

tar sus niveles de salud. En estas mujeres este último punto significa, concretamente, otorgar atención médica prenatal, al parto y al recién nacido. De igual manera se requiere poner a disposición de estas mujeres la información y el saber médico adecuados acerca de los métodos anticonceptivos más recomendables en cada caso.

Las mujeres de alta fecundidad forman una de las subpoblaciones femininas que más podría vincularse no sólo con la reducción de la fecundidad sino con la política de población y, por su mediación, con la planificación del desarrollo. En este sentido, constituirían lo que González llama sectores sociales clave para cumplir el fundamento de la política de población, (González, 1981), que es la elevación de la calidad de la vida de las personas. El cambio en la fecundidad no tiene un valor en si mismo, y la detección de grupos específicos de población merece la mayor prioridad para atender sus necesidades básicas y no para que permanezcan en condiciones de rezago (Cabrera, 1984).

El enfoque que se propone en este trabajo trata de avanzar en la descripción de algunos rasgos de este grupo, caracterizado por sus precarias condiciones de vida, de las cuales el escaso control sobre el fenómeno reproductivo es sólo una de sus manifestaciones.

Con ello se busca contribuir a ampliar el conocimiento de una importante proporción de la población femenina que participa, de



manera significativa, en los niveles de la fecundidad. Esta dimensión cobra relieve desde dos perspectivas, ambas vinculadas a los derechos humanos. Por un lado, como los derechos relativos a la educación, el empleo, la actividad comunitaria y política y el mismo quehacer reproductivo; esto es, como objeto y sujeto de las políticas y no como elemento pasivo de ellas, y por el otro, como el derecho a la información sobre el proceso reproductivo, el control de las consecuencias del ejercicio de la sexualidad y la decisión acerca del número y especiamento de los hijos.

### 3. Los programas de reducción de la fecundidad

¿Hacia quiénes se dirigieron y se dirigen esos programas? Fundamentalmente hacia las mujeres, porque son las que poseen, biológicamente, un aparato reproductivo que alberga al producto de la concepción y porque socialmente se les atribuye, en el presente y en especial en los países del Tercer Mundo, la mayor responsabilidad en el proceso de toma de decisiones en lo que respecta al número de hijos que se desea tener. Los europeos en cambio, bajaron su fecundidad, en gran medida, por el control masculino, en el inicio de la transición demográfica. Actualmente este control es ejercido predominantemente por las mujeres, aunque los hombres comparten una porción importante de los métodos quirúrgicos definitivos, como se tratará en la sección de anticoncepción.

Los aspectos de la reproducción humana están inmersos en un contexto en el que los aspectos socioculturales y psicológicos juegan un papel preponderante. Las mujeres, como objeto principal de los programas de reducción de la fecundidad, conforman una gama muy heterogénea de situaciones y pertenecen no sólo a una diversidad de grupos sociales sino de realidades socioculturales y geográficas muy disímiles. En efecto, la ubicación de las mujeres urbanas y rurales difiere en cuanto a su situación de clase, sus creencias religiosas, sus antecedentes migratorios y su entorno familiar y cultural. La incorporación de estas mujeres a la vida sexual y a la anticoncepción cubre una amplísima gama de posibilidades. Sin embargo, el control de la fecundidad ha sido tradicional e históricamente más temprano en las urbanas que en las rurales, y en los países europeos precursores de la transición demográfica este descenso se dio a la par de un mejoramiento de las condiciones de vida. En las últimas décadas, sin embargo, los países del Tercer Mundo han acelerado los ritmos para lograr el descenso de la fecundidad de las

mujeres, aunque el esfuerzo para mejorar sus niveles de bienestar no ha tenido el mismo éxito. Sería el momento, entonces, de hacerse algunas preguntas.

En torno a los temas que cabría preguntarse resalta el proceso de formulación de las políticas y del papel que desempeñan en ella los distintos actores y las principales instituciones sociales como la familia, la escuela, la iglesia.

Desde el punto de vista del planificador (sea él mismo o no un político) los objetivos que intenta alcanzar deberían ser elaborados teniendo en cuenta las características de la población a la que se dirige la política. Este aspecto incluye, de manera esencial, las necesidades prevaletentes en distintos grupos de la comunidad. Puede decirse que en el proceso del diseño de políticas hay un aspecto que atañe a los sujetos públicos que toman las decisiones, por un lado, y existen ciertas prácticas sociales de los habitantes por el otro. ¿Para quién se planifica? ¿Cuál es la lógica de la que se parte? La respuesta debería ser la que surge de las necesidades y de las prácticas sociales de los habitantes y no de la que impone cambios de comportamientos basados en marcos meramente "racionales" y "modernizantes". En este sentido, los marcos citados, que pueden ser funcionales y bien recibidos por un sector de la población es posible que sean percibidos como una manera de intromisión y de autoritarismo que, en algunas ocasiones, lleva a serios conflictos políticos, como el ocurrido en la India en décadas pasadas.

Lo anterior lleva a incorporar el tema de la mujer y de su participación en decisiones que atañen a las esferas productivas, social y política. Para el fortalecimiento de la apertura democrática de las sociedades, la participación de los actores -hombres y mujeres- es un elemento de importancia fundamental. Se subraya aquí la participación femenina porque ella es, al menos actualmente, el objeto de los programas de planificación familiar. Esto hace indispensable no sólo un conocimiento de sus necesidades, preferencias y temores sino el desempeño de un rol más activo dentro de las diversas esferas de la vida social. Poner de manifiesto los problemas que afectan de manera directa las condiciones de vida de las mujeres puede contribuir al cambio que la política estatal debería promover en la búsqueda del bienestar. El postulado del Plan de Acción Mundial en Población (PAMP) de 1974 sobre decisiones libres informadas acerca del tamaño de la familia y el espaciamiento de los hijos requiere este tipo de participación en las fases de elaboración, ejecución y evaluación de la política. La historia y algunos hechos recientes -el terremoto del año pasado, por ejemplo- nos hablan de que frente a necesidades acuciantes, las mujeres asumen un rol participativo de gran significación. Este es el primer paso para una mayor integración social de la mujer, y la mejor manera de comenzar a desandar el largo camino de la subordinación femenina, que aún es parte del rol tradicional de las mujeres (de Oliveira y García, 1985) y conlleva importantes implicaciones demográficas (Mason, 1984).

Con respecto al cambio que debe promoverse en torno a los ro-

les tradicionales, resultan de gran interés algunas de las recomendaciones surgidas de la Conferencia Internacional de Población de México de 1984.

Las recomendaciones mencionan una amplia gama de temáticas que influyen en el diseño de las políticas. Las que citaré aquí se refieren a la integración de la mujer al desarrollo (recomendación 5), a la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo sin que su función biológica reproductiva sea una limitación para ello (recomendación 6), al papel masculino en la coparticipación de las decisiones en cuanto a la fecundidad (recomendación 9), a los aspectos éticos de las políticas demográficas (recomendación 13), al cambio de actitudes hacia la maternidad temprana (recomendación 18) y hacia el uso de métodos anticonceptivos médicamente aprobados y considerados apropiados (recomendación 25) (Conferencia Internacional de Población, 1984).

Con estas recomendaciones se intenta lograr transformaciones que, en mi opinión, apuntan a una modificación sustancial de la situación presente. Todas ellas suponen profundos cambios en valores y actitudes sociales, algunos de ellos muy arraigados.

La recomendación 6 hace explícita una situación que margina a la mujer del derecho al trabajo por su función biológica y que ha sido expuesta, en varios foros, por mujeres a las que se somete a exámenes de embarazo antes de su posible incorporación a diferentes fuentes de ocupación, sean éstas privadas o gubernamentales.

Estas prácticas atentan contra la dignidad de las personas y deben ser erradicadas.

La recomendación 9, que se refiere al cambio de roles masculinos en lo que hace a la planificación familiar, la crianza de los niños y los oficios domésticos debe haber, sin duda, llenado de santo pavor a algunos de los signatarios de esta conferencia y a no pocos de los que lean esta sección. Lo más importante, fuera de la polémica y dentro del diseño de la política en población, es destacar el papel fundamental del hombre en las decisiones relacionadas con la fecundidad. Se habla de que una gran parte de los varones latinoamericanos valora la procreación como un símbolo de su masculinidad (de Barbieri, 1985). Esto lleva a conflictos basados en los diferentes deseos de tener hijos entre las mujeres y los hombres, que a veces se negocian; otras veces las mujeres deben mentir a sus compañeros acerca del uso de anticonceptivos y, algunas más, la práctica de control natal las lleva a ser víctimas de abandono por la falta de embarazos. Todas estas situaciones configuran un cuadro nada halagüeño, y justifican una atención especial dedicada a la educación en población para los hombres. Al igual que las mujeres, los hombres han sido socializados en hogares que han tendido y tienden a consolidar el status quo de los géneros hasta épocas muy recientes. Los servicios de planificación familiar y la educación en población dejan estudiar los valores y prácticas masculinas que influyen el comportamiento sexual y reproductivo de las parejas, así como apelar de manera más dinámica a la participación de los hombres en las decisiones acerca de los hijos, porque es también verdad que la sola interpretación del machismo no resolverá el problema. El ejemplo de una clínica de vasectomía, en Brasil, pareciera indicar que los hombres necesitan de servicios de planificación familiar orientados a ellos, ya que es difícil que concurren a servicios de salud materno-infantil (de Castro et.al., 1985).

La recomendación que hace hincapié en el sustrato ético de las políticas demográficas apela al respeto debido a los derechos humanos y los valores religiosos, filosóficos y culturales. Desde luego, este aspecto es también generador de conflicto, no sólo a nivel de los planificadores y las metas que proponen alcanzar sino en el contexto de las comunidades y las familias, entendiendo

por ésta tanto a su componente nuclear como a la red más amplia de aprentesco que imprime su control en materia de reproducción sobre los miembros más jóvenes (Hernández, 1985). La posición de la Iglesia católica puede también agudizar el conflicto.

Por fin, la recomendación 25 advierte sobre el uso de métodos anticonceptivos médicamente aprobados y considerados apropiados (para cada mujer de acuerdo a su paridez y estado de salud). En este sentido, llama la atención, a nivel mundial, que los anticonceptivos inyectables sólo se usen en el Tercer Mundo.

Con respecto a la esterilización quirúrgica, el acelerado crecimiento de la prevalencia de este método en mujeres con alta paridez pareciera indicar que es el que, a cierta edad y con un número de hijos elevado, adoptan las mujeres con conocimientos y disponibilidad relativamente reciente de la anticoncepción. Un mayor conocimiento de las decisiones que llevan a su adopción, así como de las metas y forma de reclutamiento de las usuarias eliminaría, si las hubiera, las posibles distorsiones en lo que se refiere a la libre decisión, la información adecuada y los derechos humanos de los usuarios.

Frente a la evidencia de un crecimiento demográfico acelerado, cuyo componente fundamental en términos de dinámica es la fecundidad, pueden delinearse tres modelos para los diseñadores de la política de población. El primero es aquel que tiende a re-

solver la situación mediante la difusión y la adopción de métodos anticonceptivos. Esta perspectiva ha demostrado su utilidad coyuntural en México y otros países latinoamericanos y algunos asiáticos. La segunda opción sería la que, tomando al pie de la letra las recomendaciones de las dos últimas conferencias de población (Bucarest 1974 y México 1984) pudiera desenvolverse en un sistema político sin conflictos de poder internos e internacionales, donde la soberanía de los países y la libre determinación de las parejas funcionaran en una especie de laboratorio experimental. El tercer modelo podría ser el más enriquecedor, y consistiría en desarrollar, avalada por el marco ético y jurídico del PAMP y sus recientes modificaciones, una política que contemplara la situación concreta de la población a la que va dirigida y basada en una creciente participación social de esta misma población.



#### 4. Metodología

Para estudiar el comportamiento de la alta fecundidad en México se consideró a las mujeres de 15 a 49 años que declararon haber tenido, al menos, una unión en su historia conyugal. El universo de estudio quedó constituido, de esa manera, por las mujeres que estaban actualmente unidas y aquellas que lo estuvieron alguna vez, que captó la Encuesta Nacional Demográfica de 1982. Por las características de su diseño de muestra, la E.N.D. tiene representatividad nacional, rural, urbana y metropolitana. Se definieron como rurales las áreas de concentración de población menores a los 20 000 habitantes y como urbanas las que tenían 20 000 y más. La categoría de Areas Metropolitanas no está incluida en lo urbano, y está constituida por las áreas citadas de Guadalajara, Mexico y Monterrey.

Al abordar el tema de la alta fecundidad surgió el problema de cómo definirla. En un trabajo de alta paridez en la Argentina, (Pantelides, 1978), se trata este fenómeno analizando 5 censos nacionales de población, que abarcan el período 1895-1970, y se define a las mujeres de alta paridez como aquellas que tienen 5 hijos y más. Pantelides observa la proporción de mujeres como alta paridez por cohortes a partir de los 25 años en censos sucesivos, así como la estructura de la paridez y sus modificaciones en el tiempo. Por tratarse de información censal, su límite superior de edad excede los 50 años. Este no es el caso de la información que

se presenta aquí. Por la perspectiva transversal que se maneja no pueden estudiarse las tendencias de la alta y no alta fecundidad a través del tiempo, y lo que se puede es analizar este fenómeno en un momento, el año de 1982, con las cohortes presentes; éstas corresponden a las mujeres sobrevivientes en edades fértiles que hayan tenido al menos una unión conyugal.

Como la intención del estudio es captar un perfil de fecundidad por edad, se hizo necesario definir criterios para establecer los subgrupos de alta y no alta fecundidad. Con esta idea se revisaron tasas de fecundidad por edad de varios países del mundo alrededor de 1970 y, a partir de ellas se calculó el número medio de hijos por mujer para cada grupo quinquenal (multiplicando por 5 las tasas específicas de fecundidad por edad). En el cuadro 1 puede observarse los valores alcanzados; a continuación se especifican los criterios elegidos para seleccionar el subgrupo de alta fecundidad (y su complemento, las mujeres de no alta fecundidad).

El grupo de mujeres más jóvenes -15 a 19 años- reviste especial importancia desde el punto de vista demográfico, de salud y de diseño de políticas de bienestar social. Si se parte del hecho de que en los países del Tercer Mundo una elevada proporción de las jóvenes de esta edad ya tiene un hijo nacido vivo y el 13% de todas las madres de América Latina tiene menos de 20 años (Cepal, 1983b), el criterio para distinguir la alta fecundidad de la que no lo era fue que tuvieran, al menos, 2 hijos nacidos vivos. Desa

Cuadro 1

Número medio de hijos nacidos vivos por edad y tasa global de fecundidad para países seleccionados de Asia, América Latina Africa y Europa, 1970.

	SRI LANKA 1969	URUGUAY 1963	MEXICO	REPUBLICA DOMINICANA	ARGELIA	TUNEZ	HUNGRIA	RUMANIA	FINLANDIA	IRLANDA
15-19	0.23	0.30	0.47	0.64	0.49	0.24	0.25	0.33	0.16	0.08
20-24	1.29	1.14	1.97	2.17	1.91	1.63	1.05	1.34	0.76	0.81
25-29	2.54	1.95	3.61	3.82	3.56	3.20	1.6	2.10	1.30	1.94
30-34	3.49	2.47	4.89	5.33	5.04	4.61	1.86	2.57	1.62	2.94
35-39	4.18	2.76	5.99	6.46	6.21	5.69	1.95	2.81	1.77	3.63
40-44	4.38	2.89	6.38	6.97	6.82	6.20	1.97	2.88	1.82	3.86
45-49	4.41	2.91		7.10	7.06	6.40	1.97	2.89	1.83	3.88
TGF	4.41	2.91	6.38	7.10	7.06	6.40	1.97	2.89	1.83	3.88

Fuente: Naciones Unidas, Niveles y tendencias de la fecundidad en el mundo, 1950-1970. Nueva York, Estudios Demográficos No. 59, ST/ESA, SER.A/59, 1978.

fortunadamente, por tratarse de una muestra, el número de casos resulta insuficiente para cruzarlo con variables que requieren mayor desagregación. Por esta razón, este grupo etáreo sólo se analizó en algunos cuadros, y para su interpretación debe hacerse la salvedad mencionada.

El grupo de 20 a 24 años de los países de alta fecundidad muestra un rango que va desde 1.29 hijos por mujer, en Sri Lanka, hasta 2.17 en la República Dominicana. México se ubica cerca de los 2 hijos, pero la pregunta que surge es si tener 2 hijos en estas edades constituye, necesariamente, un indicador de alta fecundidad. Pareciera que no, ya que las mujeres pueden querer acortar el calendario de los nacimientos, tener 2 hijos y suspender luego su reproducción. El criterio seleccionado fue, en este caso, un número mínimo de 3 hijos nacidos vivos para este grupo de edad.

En la edad siguiente -25 a 29 años- las mujeres de mayor fecundidad de los países considerados tenían, en promedio, entre 3.20 y 3.82 hijos (en México fue 3.61); en este caso se escogió como de alta fecundidad a la subpoblación que tuviera, al menos, 4 hijos.

Entre los 30 y los 34 años México se situó, con menos de 5 hijos, entre Túnez, también con un nivel de fecundidad inferior a 5, y Argelia y la República Dominicana, que superaron esa cifra. Se consideró que para esta edad esa descendencia era elevada, y se

contó la alta fecundidad a partir del hijo número 5. Siguiendo el mismo razonamiento, a los 35-39 años se seleccionó un número de hijos igual o superior a 6 y para las edades reproductivas finales -de 40 a 49 años- se estipuló en 7 hijos y más el valor de la alta fecundidad.

Esta es una selección conservadora, que intenta buscar un umbral suficientemente alto para que las interpretaciones que se deduzcan signifiquen que, al menos, la alta fecundidad de México se sitúa en los valores encontrados. Debe notarse, además, que las tasas del cuadro 1 son de alrededor del año 70, y que posteriormente la fecundidad declinó en varios de los países considerados, incluyendo México.

Resumiendo, en el presente documento se define la alta fecundidad por edad de la siguiente manera:

Grupos de Edad	Número Mínimo de Hijos Nacidos Vivos
15 - 19	2
20 - 24	3
25 - 29	4
30 - 34	5
35 - 39	6
40 - 44	7
45 - 49	7

## 5. La magnitud de la alta fecundidad.

De acuerdo al criterio establecido para definir la alta fecundidad, la mitad de las mujeres mexicanas de 35 a 49 años alguna vez unidas está incluida en esta categoría. En las edades más jóvenes, 1 de cada 5 mujeres de 15 a 19 años, y aproximadamente 1 de cada 3 entre los 20 y los 29 años, forman parte de lo que he llamado mujeres de alta fecundidad. En el total de la población del país el porcentaje se eleva a alrededor de 40% (cuadros 2, 3, 4, 5).

Si se toma en cuenta los 3 contextos residenciales (rural, urbano y metropolitano) pueden observarse con más detenimiento las diversas modalidades de la alta fecundidad por edad. De este modo, destaca el porcentaje extremadamente elevado de mujeres de 15 a 19 años con alta fecundidad en las zonas rurales. En este contexto 1 de cada 4 mujeres unidas tiene 2 hijos y más. El valor modal de la alta fecundidad se sitúa en los 2 hijos, con una fre-

cuencia relativa del 22%. Es revelador que la alta fecundidad de las mujeres rurales más jóvenes sea alrededor del doble que la que muestran sus coetáneas urbanas y metropolitanas. En ambas, el modo de la distribución de la fecundidad elevada se ubica en los 2 hijos, pero en niveles notablemente inferiores (9% y 10%, respectivamente). En cambio, en 1 hijo se concentra la mitad de la distribución del conjunto de las urbanas y 32% de la de las rurales.

La evidencia de un porcentaje importante de alta fecundidad en el grupo más joven de las mujeres en edades fértiles, y la comprobación de una acentuación de la magnitud en las zonas rurales, da lugar a una serie de apreciaciones centradas fundamentalmente en torno a aspectos demográficos, de salud y sociales. En el primer aspecto, y en ausencia de uso de anticonceptivos, las mujeres unidas que tienen hijos de manera precoz están expuestas a tener más descendencia que las que empiezan a procrear más tar dí amente. Desde el punto de vista de la salud, los embarazos y partos de las menores de 20 años se asocian con riesgos mayores de morbilidad y mortalidad materno-infantil. Por último, si se considera la fecundidad precoz a la luz de sus implicaciones sociales, puede decirse que el tener el primer hijo en edades tan jóvenes dificulta una serie de actividades -de educación, de empleo, de recreación- que limitarán la vida futura de las mujeres.

Uno podría preguntarse, entonces, cuáles son las razones por las cuales un número significativo de mujeres tienen hijos a eda

des tan tempranas en los países subdesarrollados. Las respuestas pueden ser de diversa índole: una es la que se relaciona con la ignorancia de la fisiología de la reproducción y de los métodos anticonceptivos. Otra tiene que ver con prácticas sociales y culturales que otorgan prestigio a la maternidad temprana y que, inclusive, no sancionan con demasiada severidad la concepción prenupcial. Una tercera causa estaría relacionada con la falta de los estímulos a los que se aludió más arriba, como la educación, el empleo y la recreación. Finalmente, una respuesta vinculada con la dimensión demográfica podría ser que la alta mortalidad -tanto infantil como general- propiciaba que los adultos jóvenes se unieran a edades más precoces y comenzaran a tener su descendencia de manera también temprana. El aumento en la esperanza de vida tiene, en este sentido, consecuencias importantes desde el punto de vista de la formación de las familias. Es posible que en una situación precaria desde el punto de vista de extender su educación y de desempeñar una ocupación que las satisfaga, las jóvenes rurales, más que las urbanas, encuentren menos limitante tener hijos más jóvenes.

La fecundidad de las mujeres de 20 a 24 años es también marcadamente diferente según el lugar de residencia. Las mujeres que viven en localidades de 20 000 habitantes y más tienen porcentajes de alta fecundidad de alrededor del 20%; en las mujeres rurales de la misma edad esta característica se acerca al doble -38.4%. La composición interna de las maf muestra que, si bien su valor modal son los 3 hijos, las mujeres rurales duplican el porcentaje con 4 hijos (10.6% contra 5.4% y 5.7% de las urbanas y metropolitanas). A esta observación se suma la que se refiere a la existencia de 5 hijos: el 10% de las mujeres rurales de 20 a 24 años ya tienen 5 hijos y más. Las mujeres que viven en las 3 áreas metropolitanas con este nivel de fecundidad no llegan a constituir ni el 1% y las del resto urbano del país concentran algo más del 2%.



En el grupo de 25 a 29 años se mantiene, aunque de manera más reducida, la diferencia entre los niveles de alta fecundidad urbana y rural. Puede agregarse que se hace evidente, dentro de lo urbano, una mayor proporción de mujeres de alta fecundidad (MAF) en las zonas urbanas en relación a las metropolitanas, como resultado del mayor peso relativo que tienen las mujeres urbanas en las categorías a partir del hijo número 4. Las mujeres rurales de 25 a 29 años muestran como dato interesante el que una de cada cuatro ya tienen 4 hijos, una de cada diez ya alcanzó a tener 5; igualmente, una de cada 10 mujeres tiene a esta edad al menos 6 hijos. A diferencia de las edades menores, ya tratadas, en donde la moda de la distribución general de hijos por mujer se situaba todavía en el área de "no alta fecundidad", en este grupo la moda se ubica en los 4 hijos. Esto no ocurre en las zonas urbanas y metropolitanas, donde la mayor concentración se encuentra en los 2 hijos.

Si se analiza el comportamiento de la alta fecundidad en las mujeres de 30 a 34 años se observa que, en términos generales, persisten las diferencias rural-urbanas. En las localidades menores de 20 000 habitantes, la mitad de las mujeres de este grupo de edad están comprendidas en la categoría de AF-5 hijos y más.

En las áreas urbanas y metropolitanas este valor se ubica alrededor del 30%; de acuerdo a lo esperado, las zonas urbanas tienen porcentajes ligeramente superiores a las metropolitanas. Mientras en estas dos áreas sólo el 4% de las mujeres tienen 8 hijos y más, en las zonas rurales esta categoría nuclea al 12% y la

moda de la distribución de alta fecundidad se sitúa en los 5, 6 y 7 hijos con valores muy cercanos entre sí.

En el grupo de edad siguiente, casi una de cada cuatro mujeres rurales de 35 a 39 años tiene 7 hijos y el 13% tiene 10 hijos y más (este valor es de 6.3 hijos en las urbanas y 4.7% en las metropolitanas).

El comportamiento de las mujeres urbanas y metropolitanas de 40 a 44 años es bastante similar, pero es interesante notar en las mujeres metropolitanas un aumento de 8 puntos en el porcentaje de alta fecundidad desde el grupo quinquenal anterior al de 40 a 44 años. Aunque el porcentaje de mujeres con 7 hijos y más es 20 puntos menor que en las áreas rurales (36% contra 57%) la comprobación de que una de cada tres mujeres metropolitanas constituye el grupo de alta fecundidad no debe sorprender. Puede pensarse que, a diferencia de las mujeres rurales, estas mujeres fueron las primeras seguidoras de los programas de planificación familiar -tenían de 35 a 39 años- en 1977, fecha en la cual se inició el Plan Nacional de Planificación Familiar. La gran diferencia con sus congéneres 5 años más jóvenes es que éstas pueden haber adoptado la anticoncepción antes de haber llegado a tener un número alto de hijos. Pudiera pensarse que, en el sentido mencionado, las mujeres urbanas en las que se constata un cambio en los patrones de la alta fecundidad son las menores de 35 años. Puede resaltarse el hecho de que las mujeres de 40 a 44 años con 10 hijos y más varían, en las áreas siempre mencionadas, desde 12% (AM), 15% (AU) y 22% (AR).

En el último grupo de edad se observa que casi el 20% de las mujeres rurales de 45 a 49 años tienen 11 hijos y más. Si se acumula a partir de los 10 hijos la cifra llega al 31%, frente al 20% en AU y el 15% en AM. En las tres zonas, como dato llamativo el porcentaje de mujeres con 2 y 3 hijos está alrededor del 13%.

De acuerdo a las evidencias mencionadas pueden mencionarse algunas conclusiones:

a) Una proporción sumamente elevada de mujeres de alta fecundidad en las zonas rurales. Este fenómeno se presenta en todos los grupos de edades.

b) En las edades más jóvenes -de 15 a 24 años- la diferencia de la alta fecundidad entre lo urbano y lo rural puede llegar al doble. El comportamiento del resto urbano es más homogéneo.

c) En las edades siguientes comienza a perfilarse una diferencia: además del contraste rural-urbano, que se mantiene, se observa un porcentaje más elevado de alta fecundidad urbana en relación a la metropolitana, que en ocasiones es significativa.

d) La distribución de la fecundidad es más extendida en las zonas rurales, lo cual se comprueba por porcentajes no desdeñables de un número elevado de los hijos, a lo largo de las edades fértiles y se concentra más en el resto urbano.

e) La proporción de mujeres sin hijos es muy similar en las 3 categorías examinadas. Si se observa a las mujeres de más edad, esta proporción decrece de lo metropolitano a lo rural.

Cuadro 2

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez unidas por edad y número de hijos. Total del país.

Grupos de Edades	N U M E R O D E H I J O S												MAF	Total	Base
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 y +			
15-19	39.5	39.0	17.6	3.4	0.5								21.5	100.0	(777 000)
20-24	12.4	33.5	24.1	15.8	8.2	5.5	0.2	0.3					30.0	100.0	(2 034 900)
25-29	4.7	15.0	23.1	21.8	18.4	8.9	6.2	1.1	0.2	0.5			35.5	100.0	(2 287 700)
30-34	2.8	7.1	16.4	19.8	14.7	12.8	10.0	8.2	2.7	2.7	2.5	0.2	39.3	100.0	(2 070 900)
35-39	2.0	3.9	8.1	10.7	13.4	11.9	9.2	15.7	9.0	6.4	4.6	5.1	50.0	100.0	(1 750 000)
40-44	2.3	4.1	6.6	8.9	11.6	9.1	10.7	11.1	9.5	8.0	8.1	10.0	46.7	100.0	(1 475 000)
45-49	4.0	3.7	4.7	7.5	10.8	10.6	9.3	7.1	11.7	6.2	9.1	15.3	49.4	100.0	(1 202 100)
TOTAL	7.3	14.2	15.4	14.4	12.3	9.1	6.8	6.2	4.3	3.2	3.1	3.7	38.9	100.0	(11 597 600)

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

Cuadro 3  
Distribución porcentual de las mujeres alguna vez unidas por edad, número  
de hijos y lugar de residencia. Areas rurales

Grupos de Edades	N U M E R O D E H I J O S												MAF	Total	Base
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 y +			
15-19	41.9	32.2	22.4	3.2	0.4								26.0	100.0	(488 100)
20-24	12.6	29.7	19.3	17.8	10.6	9.3	0.2	0.5					38.4	100.0	(1 085 500)
25-29	4.6	12.0	16.4	22.7	23.1	10.6	8.3	0.9	0.1	0.8		0.5	44.3	100.0	(1 161 500)
30-34	2.4	4.3	12.0	18.3	13.6	13.3	12.1	11.8	3.6	4.1	4.5	-	49.4	100.0	(1 056 800)
35-39	2.4	2.8	4.6	6.7	10.7	9.1	10.2	22.2	10.3	7.7	6.6	6.8	63.8	100.0	(939 300)
40-44	2.7	2.1	6.6	7.3	9.3	8.2	6.7	13.3	12.4	9.0	11.2	11.2	57.1	100.0	(728 100)
45-49	2.8	2.5	3.1	8.4	9.0	10.5	7.4	5.8	13.4	5.7	12.1	19.3	56.3	100.0	(618 100)
Total	7.9	11.9	12.3	13.7	12.4	9.5	6.9	7.9	5.1	3.7	4.4	4.4		100.0	(6 077 400)

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

Cuadro 4

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez unidas por edad,  
número de hijos y lugar de residencia. Areas urbanas.

Grupos de Edades	N U M E R O D E H I J O S												MAF	Total	Base
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 y +			
15-19	36.6	50.0	9.0	3.1	1.3								13.4	100.0	(155 400)
20-24	10.5	39.9	29.7	12.2	5.4	2.1	0.3						20.0	100.0	(491 200)
25-29	4.3	15.0	29.1	21.7	14.8	8.4	4.5	1.5	0.2	0.5			29.9	100.0	(527 900)
30-34	1.5	10.3	17.6	22.7	17.5	12.5	8.0	5.0	1.5	1.8	0.4	1.3	30.5	100.0	(469 100)
35-39	1.9	2.7	13.3	15.6	12.5	13.2	9.4	9.2	9.1	6.3	3.3	3.0	40.3	100.0	(408 200)
40-44	1.4	6.7	5.9	5.2	15.7	10.6	17.3	7.7	7.2	7.6	5.4	9.3	37.2	100.0	(360 600)
45-49	4.0	4.7	7.0	5.9	9.9	8.4	14.9	10.2	10.0	5.6	9.0	10.5	45.3	100.0	(279 300)
TOTAL	6.0	16.7	18.3	14.3	12.0	8.5	7.6	4.7	3.7	3.0	2.2	3.0		100.0	(2 691 800)

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

Cuadro 5

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez unidas por edad,  
número de hijos y lugar de residencia. Areas Metropolitanas.

Grupos de Edades	N U M E R O D E H I J O S												MAF	Total	Base
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 y +			
15-19	33.9	51.4	10.3	4.4									14.7	100.0	(133 500)
20-24	14.0	35.3	29.6	15.0	5.7	0.3							21.0	100.0	(458 200)
25-29	5.4	20.5	30.8	20.1	12.3	5.9	3.3	1.1	0.4	0.1			23.1	100.0	(598 300)
30-34	4.8	9.7	23.8	20.1	14.5	12.0	7.5	4.0	2.0	0.8	0.4	0.4	27.1	100.0	(545 000)
35-39	1.3	7.5	10.8	15.0	20.5	17.0	6.9	7.0	5.8	3.5	1.4	3.3	27.9	100.0	(402 500)
40-44	2.2	5.4	7.1	15.6	12.2	9.5	12.2	10.2	6.1	6.6	4.8	8.3	36.0	100.0	(386 300)
45-49	6.4	5.3	5.8	7.1	15.2	12.9	8.0	6.9	9.8	7.7	3.2	11.7	39.3	100.0	(304 600)
TOTAL	7.1	16.7	19.5	15.8	12.6	8.7	5.7	4.1	3.2	2.4	1.3	2.9		100.0	(2 828 400)

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

## 6. Alta fecundidad y anticoncepción

En los cuadros 6 a 12 se presenta información sobre prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos. El cuadro 6 muestra la distribución de las mujeres con alguna unión de acuerdo a la condición de uso en los contextos socioespaciales que se analizan. Los resultados de este cuadro son consistentes con los de otros estudios, en el sentido de que la mayor prevalencia en el uso de anticonceptivos se da en las áreas metropolitanas, que las diferencias de éstas con el resto urbano no son importantes y que la distancia entre el total urbano y las zonas rurales es grande; esta distancia es atribuirle a las mujeres que nunca ejercieron la anticoncepción, ya que el porcentaje de ex-usuarias (no actuales) es similar en las 3 zonas. Al tratar esta información por edad -cuadro 7- se comprueba que las diferencias rural-metropolitanas son más llamativas en las edades más jóvenes (a los 15-19 llega a ser del 110%) y en las más altas (con un rango que va del 80 al 216%). La distancia más pequeña nunca es menor del 30%, en el grupo de mujeres de 30 a 34 años. Los métodos utilizados y el orden de prevalencia que asumen es diferente en los 3 contextos, como se ven en el cuadro 8: las mujeres rurales utilizan, en primer término, los gestágenos orales y en segundo lugar la esterilización y los métodos tradicionales. En contraste, las usuarias urbanas y metropolitanas tienen otro orden en sus preferencias, aunque con magnitudes diferentes entre ellas:



## CUADRO 6

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez unidas por condición de uso de anticonceptivos y lugar de residencia.

Condición de uso	Rural	Urbano	Metropolitano	Total
Actual	34.6	51.0	55.1	43.6
No actual	12.0	11.5	12.4	11.9
Nunca	53.4	37.5	32.5	44.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Base	(6 069 900)	(2 690 400)	(2 826 800)	(11 587 100)

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

## Cuadro 7

Distribución de las mujeres unidas por edad, uso actual de anticonceptivos y lugar de residencia.

Grupos de Edad	USUARIAS DE ANCTICONCEPTIVOS		
	Rural	Urbano	Metropolitano
15-19	14.8	27.5	31.1
20-24	36.7	52.8	52.2
25-29	37.3	60.4	60.2
30-34	50.1	60.5	64.7
35-39	43.6	62.7	66.5
40-44	26.9	42.7	48.4
45-49	10.3	19.7	32.6
Total	34.6	51.0	55.1

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982

Cuadro 8

Distribución porcentual de las mujeres unidas por condición de uso de anticonceptivos, métodos utilizados y lugar de residencia.

Condición de uso	LUGAR DE RESIDENCIA			Total
	Rural	Urbano	Metropolitano	
Usan	34.6	51.0	55.1	43.4
Pastillas	11.8	15.3	12.4	12.8
Diu	3.0	7.3	11.2	6.0
Inyecciones	4.9	4.3	4.7	4.7
Esterilización	8.1	16.3	18.6	12.6
Otros no trad.	1.1	1.9	2.9	1.7
Otros trad.	5.7	5.9	5.3	5.7
No usan	65.4	49.0	44.9	56.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Base	(6 077 000)	(2 691 700)	(2 828 700)	(11 595 600)

Fuente: END, 1982

primero la esterilización y luego las pastillas, seguidas por el Diu (las mujeres urbanas usan el doble de pastillas que Diu; en las metropolitanas la proporción es casi idéntica).

En el cuadro 9 se puede apreciar la distinta composición de los métodos en las usuarias de las 3 áreas analizadas. El peso relativo de los gestágenos orales es algo superior a una tercera parte de todo el uso en las mujeres rurales que los usan. Le siguen, en orden decreciente, la esterilización -23%, los métodos tradicionales -17% y las inyecciones -14%. El dispositivo intrauterino es utilizado por sólo 1 de cada 12 usuarias rurales.

Los contextos urbanos y metropolitanos muestran otro patrón de preferencias. La esterilización es utilizada por 1 de cada 3 usuarias, y en segundo y tercer lugar se ubican las pastillas y el Diu, aunque con las diferencias apuntadas en el comentario al cuadro 8. Resulta interesante establecer una vinculación entre la prevalencia del Diu y de las inyecciones en las áreas rurales y el conjunto de las urbanas, en el sentido de que en estas últimas la mayor disponibilidad de servicios de atención médicas es posible que actúe favoreciendo la implantación del Diu y su posterior control clínico. En las zonas rurales, en cambio, con los problemas conocidos de dispersión de habitantes y de difícil accesibilidad a los servicios de salud más cercanos, podría resultar más adecuado el uso de pastillas e inyecciones,

Cuadro 9

Distribución porcentual de las mujeres unidas usuarias de métodos anticonceptivos por métodos utilizados y lugar de residencia.

Métodos Utilizados	LUGAR DE RESIDENCIA			Total
	Rural	Urbano	Metropolitano	
Pastillas	34.3	29.9	22.6	29.5
Diu	8.6	14.2	20.3	13.8
Inyecciones	14.1	8.5	8.6	10.9
Esterilización	23.4	32.0 <sup>(1)</sup>	33.7 <sup>(2)</sup>	28.9
Otros no Trad.	3.1	3.8	5.2	3.9
Otros Trad.	16.5	11.6	9.6	13.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
Base	(2 101 800)	(1 372 300)	(1 557 400)	(5 031 500)

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982

(1) Incluye 2.8% de vasectomía

(2) Incluye 4.9% de vasectomía

así como de métodos tradicionales que no requieren ni control médico ni suministros periódicos (Naciones Unidas, Recent Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1983, 1984). A este respecto se han señalado en la parte inicial de este trabajo algunos problemas que, en términos de salud y derechos humanos pudiera estar ocasionando el uso de ciertos anticonceptivos inyectables. El Depo-Provera ha sido ampliamente utilizado en los países del Tercer Mundo, (en aproximadamente 2 millones de mujeres, según Gold, 1983) aunque su uso no esté autorizado en los Estados Unidos (International Family Planning Perspectives, 1985). En un reporte a la Administración de Alimentos y Droga (FDA) el comité dictaminador explica que no existe evidencia suficiente para concluir que la droga es segura, aunque evita mencionar que es peligrosa. "Los datos no proveen base suficiente por la cual se pueda determinar que el Depo-Provera es seguro para el mercado de consumidores en los Estados Unidos" afirma el comité (Public Board of Inquiry Advises That Depo-Provera Not Be Approved for Use as Contraceptive in the U.S., International Family Planning Perspectives, 1985). También en Gran Bretaña el Depo-Provera sólo puede ser usado en mujeres que no pueden usar otros anticonceptivos. En una evaluación realizada en 1974, en Estados Unidos, el Comité dictaminador había concluido que podría aprobar la comercialización de la droga si ésta fuera utilizada solamente por mujeres imposibilitadas de usar otros anticonceptivos. Diez años más tarde se obviaron estas excepciones y la declaración final prohíbe llanamente la comercialización del producto. El re-

sultado del dictamen no fue compartido ni por la IPPF\* ni por la Organización Mundial de la Salud, que concluyeron que los beneficios de la droga compensaban sus riesgos. Las organizaciones que se opusieron a la comercialización del Depo-Provera en los Estados Unidos fueron la Red nacional de Salud de las mujeres y el Grupo de investigación en salud (National Women's Health Network y Health Research Group, respectivamente). El comité dictaminador consideró que, además de las carcinogenicidad posible, deberían tomarse en cuenta otros dos aspectos que requieren mayor aclaración. Uno de ellos es el riesgo que entraña para un lactante el que su madre esté utilizando el medicamento. El otro se refiere a la vinculación que la droga tendría con el metabolismo de las lipoproteínas, que podría estar asociada con un riesgo alto de aterosclerosis, pérdida de elasticidad en las paredes arteriales que conduce a enfermedades cardiovasculares.

En las líneas que siguen se introducen algunos datos recientes de Brasil y Cuba con respecto a los métodos anticonceptivos de mayor prevalencia usados en algunos contextos de esos países. La comparación con México resulta interesante, por tratarse de dos países que no tienen una política de población explícita e incorporada a la estructura gubernamental y por pertenecer, en el caso de Cuba, a un sistema sociopolítico diferente. Tanto en Brasil como en Cuba no existe información a nivel nacional, y la que está disponible proviene de encuestas (de prevalencia en el uso

---

\* International Planning Parenthood Federation.

de métodos anticonceptivos y de investigación sobre reproducción humana en Brasil a fines de los setentas, con niveles de desagregación estatal y local, respectivamente, y de varias encuestas de fecundidad levantadas en distintas regiones y ciudades de Cuba en el periodo 1971-1980).

En el caso de Brasil, Berquó y Merrick encuentran que la esterilización es el método de mayor prevalencia en la tercera parte de los 9 contextos estudiados por la Investigación Nacional de la Reproducción Humana. En los 6 restantes predominan los gestágenos orales. Con respecto a la edad de las mujeres esterilizadas, y haciendo la aclaración del bajo número de éstas encontrado en la muestra, los autores señalan que, salvo en una de las regiones estudiadas, en la cual existía un 15% de esterilizadas de 25 años, el mayor número de esterilizaciones se efectúa después de los 30 años. Lo importante, en este caso, es que las cifras revelan el carácter indiscutible del crecimiento de la práctica quirúrgica. Esto resulta llamativo, dado que la esterilización es ilegal en Brasil. Como explicación los autores proponen dos factores: el primero se relaciona con la duplicación de las operaciones cesáreas, que crecieron del 15% al 29% en el periodo 1971-1980. Las cesáreas realizadas en el Servicio Nacional de Salud y Bienestar durante los primeros años del periodo considerado se pagaban más que los partos normales. Las mujeres con 2 cesáreas, de acuerdo a la legislación vigente, pueden solicitar la esterilización, por lo cual la política de pagar más las operaciones cesáreas conduce a acrecentar la probabilidad de ser esterilizada. El segundo de los



factores explicativos del auge de la esterilización en Brasil se vincula con los programas de planificación familiar no oficiales, que ponen a disposición de la población tanto información como servicios anticonceptivos. Uno de los patrocinadores de estos programas es Benfam, una agencia afiliada a la IPPF, que en colaboración con algunos gobiernos estatales brasileños presta servicios de planificación familiar comunitarios y ha ampliado el acceso a la píldora anticonceptiva hasta las regiones y grupos sociales más desfavorecidos del Brasil. Berquó y Merrick señalan, asimismo, que aunque el gobierno no tenga un programa nacional de salud que incluya los servicios de planificación familiar, se ha vuelto usual prescribir gestágenos orales y esterilización dentro del Sistema de Salud oficial. De esta forma, las diferencias que existían entre las mujeres de altos y bajos niveles de ingreso se han ido reduciendo en los estados que cuentan con programas de planificación familiar, en tanto han persistido en aquellos en los que estos programas privados no existen. Los métodos quirúrgicos fueron los preferidos por las mujeres de mayores ingresos y los gestágenos orales por las de los más bajos (Berquó y Merrick, 1983).

En Cuba, un país con niveles de fecundidad tradicionalmente más bajos que los de Brasil y México, el uso de anticonceptivos a comienzos de 1970 abarcaba un rango de 22 al 34% de mujeres en edades fértiles (sin considerar su estado conyugal), con el valor más bajo en una zona rural y el más alto en una urbana. En

1980, una encuesta cuya muestra incluyó sólo mujeres unidas entre 15 y 49 años en un área colindante con La Habana, con características semi-rurales, se encontró que el 68% de las mujeres en unión usaba anticonceptivos, de los cuales el 60% eran efectivos. La distribución porcentual de los métodos otorgaba preferencia al Diu (37%) y la esterilización (16%), mientras la píldora se situaba en tercer lugar con sólo el 7%. Aunque no existen datos con respecto a la distribución por edad de los distintos métodos, se piensa que la píldora es el método más usado entre las adolescentes, teniendo en cuenta el descenso de la fecundidad observado en el grupo de 14 a 19 años desde 1977 (Hollerbach y Díaz-Briquets, 1983). En cuanto a la esterilización, existen restricciones de edad y paridad (al menos 28 años con 3 hijos), aunque no de consentimiento del marido. La prevalencia de la vasectomía es mínima, lo cual se atribuye a actitudes de machismo (Rodríguez Castro, 1980).

Aunque Cuba no tiene una política de población explícita, la regulación de la fecundidad forma parte de los programas de atención materno-infantil del sistema de salud. Desde 1974 Cuba recibe ayuda financiera para estos programas del FNUAP\* y desde 1980 es miembro asociado a la IPPF (SOCUDEF), que financia anticonceptivos, equipo médico y materiales de educación sexual.

Retomando los párrafos anteriores en relación al caso de México, podría decirse que la incorporación reciente a la práctica anticonceptiva masiva confiere ciertas características peculiares

---

\* Fondo de Naciones Unidas para Actividades en Población.

a este proceso. En México, al igual que en otros países del Tercer Mundo con experiencia semejante -en especial los de América Latina- los datos disponibles permiten apreciar un crecimiento notable de la esterilización, casi exclusivamente femenina, en países como la República Dominicana (50% de las usuarias utilizan este método), Puerto Rico (57%), El Salvador (52%), Panamá (50%), Ecuador (31%) y México (24%) alrededor de 1980 (United Nations, Recent Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1983, 1984).

En los países latinoamericanos la esterilización es usada en forma casi exclusiva por las mujeres éste no es el caso en algunos países del Asia como la India, Nepal y Bangladesh, en los cuales los usuarios de este método definitivo son fundamentalmente los hombres, mientras que en Tailandia y en China constituyen alrededor de una tercera parte de los mismos. Los países desarrollados en los cuales la esterilización es usada tanto por las mujeres como por los hombres son los Estados Unidos y Gran Bretaña (United Nations Recent Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1983, 1984).

El problema de la responsabilidad compartida en las decisiones acerca de la fecundidad es un tema no suficientemente debatido en el campo de la salud pública, la política de población y la temática de la mujer. Si bien a menudo se han esgrimido argumentaciones que postulan el "machismo" latinoamericano como el origen de la baja prevalencia de la vasectomía, existen otros puntos de vista que es necesario incorporar teniendo en cuenta, desde

luego, que en la actualidad una abrumadora mayoría de las esterilizaciones se practica en las mujeres (J. Johnson, 1983). Sin embargo, según el fundador de una clínica anticonceptiva masculina en Sao Paulo, Brasil, es difícil que los hombres concurren a servicios de salud materno-infantiles; además, la mayoría de los programas de planificación familiar están orientados hacia la población femenina, lo cual obstaculiza la información y el reclutamiento de los usuarios potenciales. Viel, en 1966, se preguntó si la mayor prevalencia de la vasectomía en Asia era una corroboración de la hipótesis del machismo latinoamericano. Después de un decenio, el mismo autor sugirió que tal vez la esterilización no era popular entre los hombres porque sencillamente no les fue ofrecida (Viel, 1976). Lo que preocupa es que en muchos países, en los cuales existían programas de vasectomía establecidos, el avance de la nueva tecnología en materia de ligazón tubárica originó una disminución significativa de la operación masculina. Sería un avance fructífero investigar algunas de las razones de este comportamiento en el campo de la política de población y en el diseño de sus diversos programas, así como en la esfera del comportamiento psico-social y cultural.

Las usuarias de esterilización en México y en otros países del Tercer Mundo tienen una paridad alta -4 ó 5 hijos y más- a diferencia de las que recurren a este método en las áreas desarrolladas -2 ó 3 hijos- (Siew-Ean Khoo, 1980). La evidencia disponible también indica que una alta proporción de las mujeres

que adoptan este método definitivo no han usado otros métodos con anterioridad (Bronfman, López y Tuirán, 1986), tanto en México como en otros países subdesarrollados. Según Khoo, la esterilización aparece como un último recurso y es estimulada por las autoridades públicas para resolver los problemas de población, como una política orientada más a limitar los nacimientos que a espaciarlos. Es posible que esto ocurra en países en los cuales comienzan a llevarse a la práctica programas (oficiales o no) de planificación familiar. En estos casos, la disponibilidad de un método definitivo propiciaría que las mujeres de alta paridad lo eligieran, en lugar de otros métodos que no son tan efectivos y que tienen efectos colaterales sobre la salud. El interés que despiertan estos temas, la diferente prevalencia entre mujeres y hombres, la elección de los métodos a utilizar, el reclutamiento de los y las usuarias por los responsables de los programas y la participación de los usuarios en el diseño de éstos son ejes de investigación que deberían desarrollarse en los tiempos por venir.

En los cuadros 10 a 12 se presenta información sobre el comportamiento de los métodos utilizados por las mujeres unidas en relación a su condición de fecundidad.

En términos generales y en cuanto a la prevalencia en el uso pareciera no haber diferencias marcadas entre las mujeres con alta fecundidad y el resto de ellas (cuadro 10). En rigor, las de alta fecundidad usan más anticonceptivos en las zonas ru-

rales y metropolitanas. Aunque la diferencia es leve apunta a corregir algunas nociones previas. En efecto, se podría pensar que las mujeres que no tienen alta fecundidad son las que la controlan mediante el ejercicio de la anticoncepción. Los datos parecen indicar, sin embargo, que una creciente proporción de las mujeres mexicanas participa en los programas gubernamentales de control de la fecundidad y que entre ellas las de alta fecundidad adoptan medidas para no aumentar el número de hijos.

La elección de métodos muestra distintos patrones de preferencias y uso. Las mujeres de alta fecundidad de las zonas rurales prefieren por igual las pastillas y la operación femenina (1 de cada 10 mujeres rurales unidas en edades fértiles está esterilizada y 1 de cada 10 consume gestágenos orales). El tercer lugar de preferencia está compartido por las inyecciones y por los métodos tradicionales. El uso de dispositivo intrauterino es prácticamente inexistente.

En las zonas urbanas y metropolitanas, aproximadamente 1 de cada 4 mujeres de alta fecundidad del total ha optado por la esterilización (cuadro 10) y la mitad de las usuarias de alta fecundidad elige este método (cuadro 11). Cerca del 10% utiliza las pastillas y en tercer lugar las opciones son los métodos tradicionales y el Diu, para las residentes urbanas y las inyecciones para las que viven en las áreas metropolitanas.

Las mujeres urbanas y rurales que no tienen alta fecundidad prefieren, en primer término las pastillas y luego la esterilización, aunque la diferencia de magnitudes no es desdeñable. En cambio, en las

Cuadro 10

Distribución porcentual de las mujeres unidas por condición de fecundidad y de uso de anticonceptivos, por métodos utilizados y lugar de residencia.

Condición de Uso	LUGAR DE RESIDENCIA Y CONDICION DE FECUNDIDAD					
	R U R A L		U R B A N O		METROPOLITANO	
	AF	$\overline{AF}$	AF	$\overline{AF}$	AF	$\overline{AF}$
Usan	35.9	33.3	50.6	50.9	56.6	53.9
Pastillas	10.6	13.0	11.7	17.0	10.9	13.2
Diu	1.6	4.4	5.1	8.3	4.2	5.0
Inyecciones	6.3	3.5	4.1	4.4	8.8	5.0
Esterilización	10.0	6.2	22.8	12.8	27.6	14.2
Otros no tradicionales	1.0	1.2	1.6	2.1	2.0	3.2
Otros Trad.	6.5	5.0	5.2	6.4	3.0	6.2
No Usan	64.1	66.7	49.4	49.1	43.4	46.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
BASE	(2 988 500)	(3 088 700)	(841 000)	(1 838 900)	(767 600)	(2 036 700)

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

áreas metropolitanas escogen el método definitivo en primer lugar, seguido por casi el mismo porcentaje de pastillas.

Los métodos tradicionales ocupan el tercer lugar en la preferencia de las que no pertenecen al grupo de alta fecundidad en los tres contextos estudiados.

Al analizar la información tomando como base a las usuarias de anticonceptivos se ve el gran peso que tiene la solución quirúrgica en las de alta fecundidad (cuadro 11). En los niveles urbanos y metropolitanos, casi la mitad de las mujeres muy fecundas opta por este método definitivo. En segundo término, estas mujeres prefieren las inyecciones -en las metrópolis- y el Diu y los métodos tradicionales en el resto urbano. En el medio rural los valores de la operación femenina son sensiblemente más bajos, aunque constituyen el método más utilizado. Un 36% de las usuarias muy fecundas se reparte entre las inyecciones y los métodos tradicionales.

Las mujeres rurales y urbanas de no alta fecundidad prefieren en primer lugar las pastillas, seguidas por la esterilización y el dispositivo intrauterino. En las zonas metropolitanas, con valores muy próximos entre sí, el 75% de las usuarias se reparte entre la esterilización que es el método más utilizado, las pastillas y las inyecciones, en ese orden de importancia.

Con el fin de profundizar en la preferencia de métodos por



Cuadro 11

Distribución porcentual de las mujeres unidas usuarias de métodos anticonceptivos por condición de fecundidad, método utilizado y lugar de residencia

Método Utilizado	LUGAR DE RESIDENCIA Y CONDICION DE FECUNDIDAD					
	R U R A L		U R B A N O		METROPOLITANO	
	AF	$\overline{AF}$	AF	$\overline{AF}$	AF	$\overline{AF}$
Pastillas	29.6	39.1	23.2	33.3	19.3	24.4
Diu	4.4	13.1	10.0	16.3	7.4	9.3
Inyecciones	17.5	10.7	8.1	8.7	15.6	22.6
Esterilización	27.9	18.6	45.2	25.1	48.8	26.3
Otros no Tradicionales	2.6	3.5	3.2	4.0	3.6	6.0
Otros Trad.	18.0	15.0	10.3	12.5	5.4	11.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Base	(1 073 800)	(1 028 200)	(425 900)	(936 400)	(434 700)	(1 098 400)

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

edad, en el cuadro 12 se expone la distribución ordinal de los métodos de acuerdo a la condición de fecundidad.

Los comentarios que surgen de la lectura del cuadro son en el caso de las mujeres de alta fecundidad:

a) Las mujeres rurales recurren a las inyecciones y a las pastillas como método prevalente. Sin embargo, la esterilización alcanza porcentajes significativos desde los 25 años. Los métodos tradicionales tienen un peso importante en las usuarias de 35 a 39 años.

b) En el conjunto de las mujeres urbanas y metropolitanas la esterilización es el método más extendido, seguido de las pastillas, con porcentajes de uso notablemente inferiores.

La prevalencia de uso en las mujeres de no alta fecundidad es la siguiente:

c) En las áreas rurales la utilización de pastillas predomina entre las mujeres más jóvenes, que también recurren al Diu y a los métodos tradicionales. Sin embargo, a partir de los 30 años se produce un vuelco en la preferencia hacia la esterilización, con las pastillas como segunda elección, situación que se invierte en el siguiente grupo etáreo.

d) En el resto urbano se configura un patrón dicotómico y

Cuadro 12

Métodos anticonceptivos usados actualmente por las mujeres unidas  
por edad, condición de fecundidad y lugar de residencia.

Grupos de Edad	R U R A L				U R B A N O Y M E T R O P O L I T A N O			
	AF 1° Lugar	AF 2° Lugar	AF 1° Lugar	AF 2° Lugar	AF 1° Lugar	AF 2° Lugar	AF 1° Lugar	AF 2° Lugar
20-24	Inyecciones (50%)	Pastillas Tradicional (35%)	Pastillas (54%)	Diu (25%)	Pastillas (33%)	Esteriliza. (23%)	Pastillas (46%)	Diu (26%)
25-29	Pastillas (48%)	Esteriliza. (35%)	Pastillas (41%)	Tradicional Diu (40%)	Esteriliza. (38%)	Pastillas (25%)	Pastillas (35%)	Diu (23%)
30-34	Pastillas (33%)	Esteriliza. (23%)	Esteriliza. (42%)	Pastillas (32%)	Esteriliza. (54%)	Pastillas (17%)	Esteriliza. (30%)	Pastillas Diu (47%)
35-39	Tradicional (36%)	Esteriliza. (31%)	Pastillas (37%)	Esteriliza. Tradicional (36%)	Esteriliza. (56%)	Pastillas (15%)	Esteriliza. (49%)	Pastillas (19%)
40-49	Esteriliza.	Pastillas	Esteriliza.	Tradicional	Esteriliza.	Pastillas	Esteriliza.	Tradicional

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

homogéneo: hasta los 30 años se utilizan la pastilla y el Diu; a partir de esa edad y hasta el fin de la vida reproductiva las usuarias recurren al método definitivo para limitar los nacimientos, aunque en diferentes proporciones: en tanto sólo un tercio de las mujeres de 30 a 34 años recurre a ella, las mayores de 35 años esterilizadas constituyen la mitad de la población en esas edades que usa anticonceptivos.

Como conclusión puede decirse que la preferencia por la esterilización ocurre en edades más tempranas en las mujeres más jóvenes, tanto en las zonas rurales como en el resto urbano del país. Teniendo en cuenta que la alta fecundidad se define en este trabajo por un número de hijos nacidos vivos de 4 y más para el grupo de las mujeres de 25 a 29 años resulta claro que las de alta fecundidad que viven en localidades de 20 000 habitantes y más eligen la esterilización como método para limitar su descendencia. Las residentes rurales, por su parte, recurren a este método como segunda elección. El conjunto de mujeres que no tiene alta fecundidad usa otros métodos no definitivos.

A partir de los 30 años, la esterilización es el recurso de control de los nacimientos más usado por las mujeres urbanas y metropolitanas y las que no tienen alta fecundidad en zonas rurales, y es el segundo método escogido por las de alta fecundidad en esas zonas.

Una información más detallada sobre las mujeres esterilizadas

y la condición de alta fecundidad puede verse en el cuadro 13. De su lectura surge una primera evidencia: en el caso del área rural, y a excepción de las de 30 a 34 años, casi el 70% de las esterilizaciones se ha practicado en mujeres de alta fecundidad. En cambio, las mujeres urbanas de alta fecundidad esterilizadas no llegan, salvo las más jóvenes, a constituir la mitad de cada grupo de edad. En las de mayor edad resulta interesante observar el comportamiento tan disímil entre las mujeres del área rural y de las urbanas. Estas últimas han utilizado el método definitivo a partir de un número de hijos menor: el 13% entre 2 y 3 hijos, el 15% a los 3 hijos, a los 40 y 49 años; el 27% entre 2 y 3 hijos y el 17% a los 4 hijos en los 35 a 39 años. Por su parte, las mujeres rurales que detuvieron su reproducción entre los 2 y 3 hijos no existen en la edad más avanzada, y sólo constituyen el 2% en las de 35 a 39. Sin embargo, cierta similitud parece insinuarse en las mujeres de 30 a 34 años: los porcentajes de esterilización en el 4° hijo son muy semejantes. En el grupo más joven susceptible de ser comparado es notorio que las mujeres urbanas esterilizadas se distribuyen bimodalmente entre la alta y la no alta fecundidad, en tanto las rurales de alta fecundidad -4 hijos y más- llegan a constituir las tres cuartas partes de las esterilizadas. Puede concluirse de esta lectura que las mujeres rurales que se esterilizan lo hacen después de haber alcanzado un número elevado de hijos; contrariamente, las residentes urbanas van incorporándose gradualmente a este método. Podría explorarse las hipótesis de que una mayor cobertura de atención médica en la atención prenatal y en el parto en las zonas urbanas tuviera como consecuencia resultados favorables a la adopción de la esterilización.

CUADRO 13

Distribución porcentual de las mujeres esterilizadas por lugar de residencia, condición de fecundidad y número de hijos nacidos vivos

Grupos de Edad	R U R A L					Base	URBANO Y METROPOLITANO					Base		
	Alta Fecundidad	No Alta Fecundidad					Alta Fecundidad	No Alta Fecundidad						
		6	5	4	3	2		6	5	4	3	2		
20-24							-						23	35 600
25-29	76				24		80 100						29 21	144 500
30-34	37			23	35	6	170 300			22	23			236 100
35-39	75		15	7	2		106 500		37	18	17	16	11	266 900
40-49	70	2	22	5	-	-	119 100		43	18	11	15	8 5	244 400
TOTAL							476 000							927 500

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

Desde la óptica de las usuarias puede verse como el acceso a la información anticonceptiva, desde la de los servicios de atención materno-infantil como la población objetivo de los programas de disminución de la fecundidad. En otro trabajo se ha señalado una estrecha relación entre la temporalidad del último parto y la de la esterilización (Bronfman, López y Tuirán, 1986). Se requerirá, en el futuro, una mayor profundización en el estudio de los mecanismos de reclutamiento y aceptación de los métodos quirúrgicos, que en ocasiones se han reportado como coercitivos (Miró, 1982, Bronfman 1985, Excélsior, 1986).

Surge como evidente, del análisis de la información disponible, el espectacular cambio en los patrones de uso de anticonceptivos en el país en el lapso de 1969 a 1982. Para la primera de esas fechas García, al estudiar comunidades rurales, (de 20 000 habitantes o menos), constató que sólo el 10% de las mujeres en unión había usado algún método anticonceptivo alguna vez en su vida, fuera éste de tipo eficiente o tradicional (García, 1976). Como se mencionaba al principio de este trabajo, este avance habla de la efectividad de los programas de reducción de la fecundidad llevados a la práctica por el Estado mexicano. La comprobación de la rápida difusión lograda a partir de la intervención estatal lleva a reflexionar sobre las postulaciones de los científicos sociales que trabajaban en el campo de la población antes de la implementación de las políticas públicas que afectan esta área. Judith Blake, citada por B. García en el mismo trabajo, dice que "el retorno a la estabilidad poblacional requerirá cambios com-

plejos en la organización social y económica" (García, 1976). Sin embargo, el éxito en la consecución de metas de crecimiento en los países subdesarrollados sin el correlato correspondiente en aspectos de bienestar social muestra evidencias de que interpretaciones como la citada no tomaban en consideración, para formular los pronósticos, la magnitud y la importancia de la intervención estatal en este proceso.



## 7. Alta fecundidad y nivel educacional

En una gran cantidad de estudios sobre la relación entre población y desarrollo se ha resaltado el peso que ejerce el mayor nivel educacional sobre la fecundidad. Los efectos de una escolarización más prolongada se han visto como una de las causas del aumento de la edad a la primera unión y una mayor participación femenina en la actividad económica, así como a una mejor disposición hacia el uso de métodos anticonceptivos eficaces. La inclusión de la dimensión educativa en el análisis de la fecundidad no constituye, por las razones, mencionadas, un recurso novedoso. Lo que tal vez agregue un cierto matiz renovador es que algunas cifras puedan articularse entre sí para proporcionar un panorama que permita ver, con mayor claridad, la vinculación entre la educación, la fecundidad, la persistencia de los nuevos niveles reproductivos y la condición femenina, por citar solamente los aspectos más relevantes, en el proceso de toma de decisiones que procede a la ejecución de determinadas políticas cuya finalidad debe contemplar la elevación de la calidad de la vida.

El cuadro 14 contiene información referida al nivel educacional y la condición de alta fecundidad. De su lectura se desprenden los siguientes comentarios:

- 1) La distribución de la población femenina unida y alguna vez unida revela un elevado porcentaje de escolaridad nula o muy

baja (43.1%); esta población origina el 63% de la alta fecundidad del país. En el otro extremo, sólo la cuarta parte de las mujeres alcanzan los niveles secundarios y siguientes y ese 24% genera una proporción pequeña de la fecundidad elevada (el 8%).

2) El nivel educacional de las mujeres varía de acuerdo a la edad: en el estrato más bajo se encuentra el 30% de las mujeres más jóvenes y el 58% de las más grandes. Ambos grupos etáreos, con educación formal casi inexistentes, son los que aportan mayoritariamente a la alta fecundidad: en el caso de las jóvenes de 20 a 29 años ellas generan cerca de la mitad de la misma (son las mujeres que a esta edad tienen al menos 3 y 4 hijos); en las de 40 a 49 casi las tres cuartas partes de la fecundidad elevada corresponden a este grupo de mujeres (son las que cuentan con 7 hijos nacidos vivos como mínimo).

En la población más joven, una de cada tres mujeres ha alcanzado al menos el nivel secundario y de ellas sólo una de cada ocho contribuye a la alta fecundidad. En cambio, en el grupo de las que están terminando su vida reproductiva, sólo una de cada siete ha cursado estudios más allá de la primaria. El aporte que hacen a la alta fecundidad no sobrepasa al 5%, dato que resulta consistente si se considera que el 72% de la alta fecundidad de las mujeres más grandes proviene de las de menor educación.

Resumiendo, al comparar las estructuras por edad de la pobla-

Cuadro 14

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez unidas y de las mujeres de alta fecundidad por edad, y nivel educacional.

Nivel Educativo	GRUPOS DE EDAD						Total Población	AF
	20 - 29		30 - 39		40 - 49			
	Población	MAF	Población	MAF	Población	MAF		
Sin educación 1-3 años	29.9	47.9	46.7	67.7	58.6	72.3	43.1	62.8
De 4° año a primaria completa.	36.7	38.7	31.5	26.4	27.7	23.0	32.6	29.3
Secundaria y más	33.3	13.4	21.9	5.8	13.7	4.7	24.3	7.9
T O T A L	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
BASE	4 209 000	1 372 300	3 761 200	1 711 800	2 713 400	1 278 200	10 683 600	4 362 300

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

ción y de la de alta fecundidad se comprueba que las mujeres de alta fecundidad están sobrerrepresentadas en el estrato de educación más bajo en todos los grupos de edad. El fenómeno inverso se presenta en el nivel que supera el primario.

De las mujeres de 40 a 49 años que han tenido al menos 7 hijos, cerca de las tres cuartas partes habían cursado a lo sumo 3 años de escuela primaria. El mismo nivel educativo había alcanzado el 69% de las que tenían 5 y 6 hijos (al menos) con edades de 30 a 39 años. Por último, cerca de la mitad de las mujeres de 20 a 29 años que ya tenían entre 3 y 4 hijos como mínimo sólo habían cursado 3 años de escuela o no habían concurrido a la misma.

El cuadro siguiente muestra la distribución porcentual de las mujeres con alguna unión por edad, nivel educacional y lugar de residencia. Si bien este cuadro no contiene información sobre alta fecundidad (porque el grado de desagregación restaría validez a las interpretaciones), se ha incluido porque ayuda a conocer la estructura interna de la población en estudio.

En términos generales puede observarse que, en las mujeres rurales, la bajísima escolaridad llega a constituir el 57% de los casos. Frente a esta cifra -más de 1 de cada 2- sólo 2 de cada 7 es marcadamente distinta en los ámbitos urbanos en general.

Al examinar los datos del cuadro 15 por edad puede notarse

## Cuadro 15

Distribución porcentual de las mujeres unidas por edad, nivel educacional y lugar de residencia.

Nivel Educativa	GRUPOS DE EDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA												Total
	R	20 - 29		R	30 - 39		40 - 49			R	U	M	
		U	M		U	M	R	U	M				
Sin educación 1-3 años	41.3	20.0	15.8	61.3	33.1	27.9	76.0	48.0	35.9	57.0	31.7	25.4	43.6
De 4º año a primaria completa.	36.9	38.2	34.8	27.9	37.1	33.8	20.0	33.0	37.4	29.5	36.5	35.1	32.6
Secundaria y más	21.8	41.7	49.4	10.8	29.7	38.3	4.0	19.0	26.7	13.5	31.8	39.5	24.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
BASE	(2 172 100)	(996 400)	(1 038 500)	(1 974 100)	(871 600)	(915 500)	(1 346 200)	(636 000)	(731 200)	(5 492 400)	(2 506 000)	(2 685 200)	(10 683 600)

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1932.

que las generaciones más jóvenes de mujeres están en una posición menos desventajosa que sus congéneres más adultas. En efecto, en los tres contextos residenciales y en las tres categorías educacionales resulta evidente la ganancia experimentada por las más jóvenes. Sin embargo, la diferencia de escolaridad entre éstas de acuerdo a su lugar de residencia es muy elevada. La comprobación de una desigualdad tan pronunciada en lo que se refiere a logros educativos lleva a pensar que éstos se traducirán en una gran heterogeneidad de situaciones para enfrentar, por ejemplo, el mercado laboral, lo cual seguirá abonando la persistencia de agudas diferencias sociales. La explicación de estas diferencias en relación al nivel de la fecundidad no resulta del todo clara en la teoría demográfica, salvo en el hecho de que un mayor nivel de educación formal de las mujeres conduce a una reducción de los indicadores de la reproducción en el momento inicial del descenso (Cochrane 1979, 1982; Caldwell, 1982; LeVine (s.f.)). Tal vez la magnitud de la intervención estatal esté haciendo menos rotundas las diferencias de fecundidad entre mujeres con diversa experiencia educativa\* (López y Tuirán, 1983) pero surge la duda acerca de la constancia de esta situación, a menos que se produzcan cambios que signifiquen una apertura de roles alternativos para las mujeres (Smith, 1986); de la participación en esos roles podría depender una continuidad en la tendencia al descenso, y en este punto desta

---

\* Esta parece ser también la experiencia reciente en Costa Rica. Según Campanario y Segovia, en las mujeres menores de 35 años y a partir de cierto nivel mínimo de educación, la asociación inversa entre fecundidad y escolaridad no es muy estrecha. Si bien la fecundidad sigue bajando y acercándose al nivel de la clase media, "la escolaridad se separa cada vez más entre las clases, pese a la elevación general del nivel educativo del país" (Campanario y Segovia, 1979).

ca la importancia de ampliar la escolaridad de los sectores más desfavorecidos de la población femenina, que sólo acceden a los niveles más elementales. Algunos autores sostienen que, aún en ausencia de cambios en la participación femenina en la fuerza de trabajo, un avance en la educación femenina puede influenciar el descenso de la fecundidad (Jain, 1981). Caldwell (1982), a su vez marca la consistencia entre un nivel bajo de educación formal y la persistencia de patrones tradicionales en la dinámica de las familias. Este contexto genera comunidades o sociedades donde los diferenciales de empleo y salario son elevados. De esto Caldwell concluye que la ampliación del porcentaje de población que reciba algún grado de escolaridad es uno de los factores más sólidos para el cambio social.

## 8. Alta fecundidad y grupos sociales

El comportamiento de la fecundidad en los distintos grupos sociales ha sido objeto de análisis desde los inicios de la investigación demográfica. Esto ha planteado problemas conceptuales e instrumentales, que han llevado a los estudiosos de este enfoque a buscar un ajuste lo más adecuado posible entre la teoría y las fuentes de información existentes. En general, y por diversas razones, estas fuentes de información no proporcionan elementos que permitan caracterizar, de manera precisa y confiable, la pertenencia de un individuo a un determinado grupo social. La Encuesta Nacional Demográfica de 1982 ofrece, con las limitaciones propias de este tipo de instrumento de recolección, un conjunto de dimensiones y variables que permiten una aproximación para identificar a las mujeres en edades fértiles de acuerdo a su grupo social (Bronfman y Tuirán, 1984).

Para evitar una desagregación excesiva que podría distorsionar los resultados, y pese al atractivo que ejercen las categorías más refinadas, se decidió agrupar los valores de los 9 grupos sociales de Bronfman y Tuirán (1984) en 5, que quedaron constituidos de la siguiente forma:

### A) Grupos sociales no agrícolas

- 1) Los grupos burgueses, que incluyen a la burguesía, la nue



va pequeña burguesía y la burguesía tradicional. Este conjunto concentra el 15.5% de la población encuestada\*. Según los autores citados, a este grupo social pertenecen: a) los agentes sociales responsables de las fases de producción y/o circulación del ciclo del capital; b) los agentes sociales que son vehículo de otras prácticas necesarias para la reproducción global del capital; c) los trabajadores asalariados que dirigen, organizan y vigilan el proceso de trabajo y del conjunto de la producción (directores de empresa, gerentes, administradores); d) los trabajadores asalariados que dirigen funciones dentro del Estado (cuadros directivos de la burocracia política y del poder legislativo y judicial, altos oficiales de las fuerzas armadas); e) los trabajadores asalariados que, sin desempeñar funciones directivas poseen una formación profesional que los capacita en prácticas especializadas; f) los trabajadores por cuenta propia e independientes con un alto nivel de especialización; g) los pequeños comerciantes, propietarios de industria artesanal, propietarios independientes del sector servicios.

2) La fuerza de trabajo "libre" no asalariada. Si bien el porcentaje de mujeres en este grupo no es elevado -el 7%- , las condiciones de vida deficientes que caracterizan a este grupo social lo hacen particularmente interesante a los ojos de las personas que estudian la fecundidad en un contexto social determinado. A esta categoría pertenecen los agentes sociales cuya actividad eco-

---

\* De acuerdo al trabajo de Bronfman y Tuirán, el 11% de la población no pudo ser clasificada, debido a que no se completó la información requerida.

nómica es predominantemente no asalariada y, por lo general, inestable.

3) Los grupos proletarios agrupan al conjunto de categorías definidas como proletariado típico y no típico, y su representación dentro de la población alcanza al 46% -32% al proletariado típico y 14% al no típico-. En este grupo se encuentran: a) los trabajadores que desempeñan actividades estrechamente relacionadas con la producción y el transporte de mercancías; b) aquellos trabajadores que tienen una relación indirecta con la producción.

#### B) Grupos sociales agrícolas

1) Los grupos campesinos, representados por el 14% de la población femenina encuestada, reúnen a los campesinos acomodados, pobres y semiproletarios que poseen o usufructúan parcelas de distinto tamaño, cuentan con instrumentos para explotar la tierra, pueden o no contratar mano de obra asalariada (con frecuencia venden temporalmente su fuerza de trabajo) y el producto de su trabajo puede ser vendido al mercado o bien autoconsumido.

2) Los asalariados agrícolas, que agrupan al 6% de la muestra. En esta categoría se encuentran los trabajadores que, por no disponer de medios de producción propios, obtienen sus ingresos de la venta de su fuerza de trabajo\*.

---

\* Para la construcción de las clases sociales, véase el trabajo citado de Bronfman y Tuirán.

En el cuadro 16 se muestra la contribución relativa de las distintas clases sociales a la alta fecundidad y a su complemento, la no alta fecundidad, así como la distribución porcentual por clases sociales de la totalidad de la población en estudio (salvo el grupo de 15 a 19 años, que se excluyó debido al número reducido de casos con que contaba). Las edades se agruparon para lograr una menor dispersión de la información.

Al analizar los resultados para las mujeres unidas sin distinción de edad, sobresale el hecho de que la alta fecundidad tiene un peso mayor en las dos clases agrícolas y en la de la fuerza de trabajo "libre" no asalariada que el que le corresponde en la población total. En el caso de los campesinos la diferencia alcanza a los 8 puntos porcentuales o, en otros términos, supera en 36.7% a la representatividad de este grupo social en el total. A la inversa, los grupos burgueses, que constituyen el 18.7% de la población femenina unida, contribuyen a la alta fecundidad con sólo el 12.1%, o lo que es igual, que sólo 1 de cada 8 mujeres con alta fecundidad proviene de este grupo cuando 1 de cada 5 está representada a nivel de la población. En el caso de la no alta fecundidad puede verse la situación opuesta.

Al examinar el comportamiento por edades, el patrón delineado más arriba se mantiene inalterable: son claramente las clases agrícolas y la fuerza de trabajo "libre" las que se desvían en más de su prototipo general en la alta fecundidad y son los grupos bur

CUADRO 16

Distribución porcentual de las mujeres por edad, grupo social y condición de fecundidad.

Grupos de edad y condición de fecundidad		GRUPOS SOCIALES				Total	Base	
		Grupos burgueses	Fuerza de trabajo "libre"	Grupos proletarios	Campesinos			Asalariados agrícolas
20-29	Total	20.4	8.2	53.7	11.0	6.7	100.0	4 134 600
	AF	14.1	8.8	50.6	18.9	9.6	100.0	1 331 200
	$\overline{\text{AF}}$	23.3	7.9	55.2	7.3	6.2	100.0	2 803 400
30-39	Total	19.2	8.2	53.0	13.9	5.6	100.0	3 651 500
	AF	11.7	11.2	47.0	22.9	7.1	100.0	1 619 100
	$\overline{\text{AF}}$	25.2	5.8	57.7	6.8	4.5	100.0	2 032 400
40-49	Total	15.2	11.5	48.3	17.4	7.5	100.0	2 488 200
	AF	10.2	13.2	42.6	22.7	11.3	100.0	1 207 400
	$\overline{\text{AF}}$	19.9	9.9	53.8	12.5	3.9	100.0	1 280 800
TOTAL	TOTAL	18.7	9.0	52.2	13.6	6.5	100.0	10 274 300
	AF	12.1	11.0	46.9	21.5	8.5	100.0	4 157 300
	$\overline{\text{AF}}$	21.6	7.6	55.8	8.2	5.2	100.0	6 116 600

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

gueses y proletarios los que están sobrerrepresentados en el grupo de no alta fecundidad.

Teniendo en cuenta que las clases no agrícolas constituyen el 80% del total, puede verse en el cuadro 17 qué sucede al tomarlas como universo del análisis. Llama la atención que en el contexto no agrícola los grupos proletarios tengan, tanto en el total como en las dos edades más jóvenes, un peso mayor en la alta fecundidad que en la población general, efecto que no era visible al considerar todos los grupos sociales.

Otro dato interesante es que las mujeres que pertenecen a la fuerza de trabajo "libre" no asalariada, en la etapa final de su ciclo reproductivo contribuyen con el 20% de la alta fecundidad no agrícola. En cuanto a los sectores de la burguesía, puede verse que se mantiene la tendencia apuntada en el comentario del cuadro 16.

En la misma línea de análisis se observará el cuadro 18, destinado a los grupos sociales agrícolas. Tomando como un todo este universo, puede notarse la predominancia de las mujeres pertenecientes a los grupos sociales campesinos, fenómeno que se acrecienta al examinar la composición de la alta fecundidad, salvo en el último grupo decenal. El efecto inverso se comprueba en los asalariados agrícolas, en los cuales la contribución a la no alta fecundidad es muy notoria en relación al peso en la población gene

## CUADRO 17

Distribución porcentual de las mujeres unidas por edad, grupos sociales no agrícolas y condición de fecundidad.

Grupos de edad y condición de fecundidad		GRUPOS SOCIALES NO AGRICOLAS			Total	Base
		Grupos burgueses	Fuerza de trabajo "libre"	Grupos proletarios		
20-20	Total	24.8	9.9	65.3	100.0	3 402 800
	AF	19.2	11.9	68.9	100.0	978 800
	$\overline{\text{AF}}$	27.0	9.1	63.9	100.0	2 424 000
30-39	Total	23.9	10.2	65.9	100.0	2 936 600
	AF	16.7	16.1	67.2	100.0	1 133 000
	$\overline{\text{AF}}$	28.4	6.5	65.1	100.0	1 803 600
40-49	Total	20.3	15.4	64.4	100.0	1 868 500
	AF	15.5	19.8	64.4	100.0	797 500
	$\overline{\text{AF}}$	23.8	11.9	64.3	100.0	1 071 000
TOTAL	TOTAL	23.4	11.3	65.3	100.0	6 207 900
	AF	17.2	15.8	67.0	100.0	2 909 300
	$\overline{\text{AF}}$	26.8	8.8	64.4	100.0	5 298 600

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

## CUADRO 18

Distribución porcentual de las mujeres unidas por edad, grupo social agrícola y condición de fecundidad.

Grupos de edad y condición de fecundidad		GRUPOS SOCIALES AGRICOLAS			Base
		Campesinos	Asalariados agrícolas	Total	
20-29	Total	62.2	37.8	100.0	731 800
	AF	71.2	28.8	100.0	352 400
	$\overline{\text{AF}}$	53.7	46.3	100.0	379 400
30-39	Total	71.2	28.8	100.0	714 900
	AF	76.3	23.7	100.0	486 100
	$\overline{\text{AF}}$	60.3	39.7	100.0	228 800
40-49	Total	69.9	30.1	100.0	619 700
	AF	66.8	33.2	100.0	409 900
	$\overline{\text{AF}}$	76.1	23.9	100.0	209 800
TOTAL	TOTAL	67.6	32.4	100.0	2 066 400
	AF	71.8	28.2	100.0	1 248 400
	$\overline{\text{AF}}$	61.3	38.7	100.0	818 000

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

## CUADRO 19

Distribución porcentual de las mujeres unidas por edad, condición de fecundidad y grupos sociales.

Grupos de edad y Condición de fecundidad		GRUPOS SOCIALES		
		No agrícolas	Agrícolas	Total
20-29	Total	<u>41.5</u>	<u>35.4</u>	<u>40.2</u>
	AF	11.9	17.1	13.0
	$\overline{AF}$	29.5	18.3	27.2
30-39	Total	<u>35.8</u>	<u>34.6</u>	<u>35.5</u>
	AF	13.8	23.5	15.8
	$\overline{AF}$	22.0	11.1	19.7
40-49	Total	<u>22.8</u>	<u>30.0</u>	<u>24.2</u>
	AF	9.7	19.8	11.8
	$\overline{AF}$	13.0	10.2	12.4
TOTAL	TOTAL	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>
	AF	35.4	60.4	40.5
	$\overline{AF}$	64.6	39.6	59.5

Fuente: Cuadros 10, 11 y 12.



ral, salvo en el último grupo.

El cuadro 19 proporciona información sobre la distribución relativa por edad de las clases sociales agrícolas y no agrícolas y su composición interna. Puede verse una predominancia de las mujeres más jóvenes en el sector no agrícola, un equilibrio entre los 30 y los 39 años y un mayor peso relativo de las que pertenecen a grupos sociales agrícolas en las de mayor edad.

En el total de la población se observa una proporción de 4 a 6 entre la condición de alta y no alta fecundidad, proporción que se mantiene aproximada en los grupos sociales no agrícolas y se invierte en los agrícolas (que constituyen, tal como se vió en el cuadro 18 , el 20% del total de la población estudiada).

La conclusión que se extrae de los cuadros (16 a 18 ) es que, cuando se considera el total de los grupos sociales, los agrícolas y la fuerza de trabajo "libre" no asalariada están sobrerrepresentados en la alta fecundidad. Si se considera, en cambio, el contexto no agrícola, este mismo fenómeno se observa en los grupos proletarios y de fuerza de trabajo "libre". Finalmente, en el sector agrícola, un peso mayor del que le corresponde en la población se encuentra en los grupos sociales campesinos.

En el punto siguiente se considerará la importancia que asume la alta fecundidad en cada grupo social (véase cuadro 20). Nueva-

## CUADRO 20

Distribución porcentual de las mujeres de alta fecundidad<sup>(1)</sup> por edad y grupo social

Grupos de Edad	GRUPO SOCIAL				
	Grupos no agrícolas			Grupos agrícolas	
	Grupos burgueses	Fuerza de trabajo "libre"	Grupos proletarios	Campe sinos	Asalariados agrícolas
20-29 Base	22.3 (843 000)	34.5 (337 500)	30.3 (2 222 300)	55.2 (454 900)	36.6 (276 900)
30-39 Base	27.0 (701 900)	60.7 (299 900)	39.4 (1 934 800)	72.9 (508 900)	55.9 (206 000)
40-49 Base	32.7 (378 800)	55.6 (287 000)	56.0 (1 202 700)	63.2 (433 400)	73.1 (186 300)
TOTAL Base	27.0 (1 923 700)	55.5 (924. 400)	37.7 (5 359 800)	65.0 (1 397 200)	54.2 (669 200)

(1) Alta fecundidad por edad:

20-24 años: 3 hijos y más  
 25-29 años: 4 hijos y más  
 30-34 años: 5 hijos y más  
 35-39 años: 6 hijos y más  
 40-49 años: 7 hijos y más

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

mente a nivel general, destacan los altísimos porcentajes de las dos categorías agrícolas y de la fuerza de trabajo "libre". Es así como 2 de cada 3 mujeres pertenecientes al campesinado tienen alta fecundidad y más de la mitad de los otros dos grupos entran en la misma definición. Contra estas cifras, y con un nivel que se reduce a la mitad, están las mujeres de los grupos burgueses. Los sectores proletarios, por su parte, se sitúan entre ambos extremos.

Al considerar el fenómeno de concentración de la alta fecundidad por edad puede verse como dato ilustrativo que en el primer grupo decenal (20 a 29 años) la distancia entre las mujeres proletarias, las de la fuerza de trabajo libre y las de los asalariados agrícolas es menor que la que existe entre ellas y los grupos burgueses y campesinos. A partir de esta comprobación podría postularse la hipótesis de que la introducción de la práctica anticonceptiva en estos grupos de edad tiende a ir homogeneizando los niveles de la fecundidad. Los mayores porcentajes de alta fecundidad de las mujeres de los asalariados agrícolas y de los de la fuerza de trabajo "libre" -muy similares entre sí- estarían manifestando pautas de fecundidad elevada, al mismo tiempo que una implementación más reciente de los programas de control de la fecundidad.

En las mujeres de 30 a 39 años la alta fecundidad adquiere 3 modalidades:

a) La que agrupa a las clases agrícolas y a las mujeres de la fuerza de trabajo "libre" no asalariada, caracterizada por pautas de fecundidad muy prolíficas (en estas edades, la alta fecundidad significa tener 5 ó 6 hijos y más). En otro trabajo (López y Tuirán, 1983) ya se ha hecho notar esta similitud, manifestada en el nivel homogéneo que presentan las tasas de fecundidad de las mujeres de los asalariados agrícolas y las de la fuerza de trabajo "libre".

b) Una segunda modalidad es la que adoptan los grupos sociales de proletariado no agrícola, cuyo significativo porcentaje de alta fecundidad resulta sensiblemente inferior al de las clases menos privilegiadas de la estructura social mexicana.

c) El tercer prototipo de conducta reproductiva se forma con los grupos burgueses, donde sólo 1 de cada 4 mujeres alcanza el rango de la alta fecundidad, contra 3 de cada 4 de los grupos campesinos.

Las mujeres de alta fecundidad de 40 a 49 años (7 y más hijos), con su ciclo reproductivo finalizado, ofrecen un panorama tentativo de cómo ha ido desenvolviéndose la historia de la fecundidad de estas generaciones en México. En términos generales puede decirse que, aún en las clases sociales mejor ubicadas de la estructura social, casi 1 de cada 3 mujeres tienen alta fecundidad. En los restantes cuatro grupos se establecen diferencias importan-

tes entre los sectores proletarios y la fuerza de trabajo "libre" no asalariada, por un lado, y los grupos agrícolas por el otro.

Una posible explicación de la proporción significativa de la alta fecundidad en los grupos burgueses sería que este grupo social está constituido tanto por mujeres de la burguesía, que desde los años sesenta mostraron niveles más bajos de fecundidad (Welti, 1982), como por aquellas que pertenecen a la pequeña burguesía tradicional y a la nueva pequeña burguesía, cuyo acceso al control de la fecundidad es más reciente y ha afectado principalmente la reproducción de las mujeres más jóvenes (López y Tuirán, 1983).

En cuanto al resto de clases no agrícolas, los porcentajes de 56% de alta fecundidad muestran un conjunto de mujeres que, sin duda, ejerció algún tipo de control sobre su reproducción (más baja que la de los sectores agrícolas) en una época caracterizada por normas socioculturales que apoyaban la alta fecundidad. De manera simultánea, el estado mexicano desestimulaba, o no facilitaba el acceso al uso de métodos anticonceptivos (Márquez, Vivianne, 1985; Alba y Potter, 1986). Las mujeres de 40 a 49 años tenían entre 35 y 44 años en el momento de la implantación gubernamental de los programas de planificación familiar. Si bien la fecundidad bajó de manera significativa en las edades más altas, las mujeres ya tenían, al momento de adoptar la anticoncepción, un número elevado de hijos.

## 9. A manera de conclusión

Si bien en las secciones anteriores se han mencionado las principales conclusiones que se extraen de cada tema en particular, se esbozarán a continuación algunos comentarios que surgen del trabajo en su conjunto.

Es un hecho conocido que la fecundidad es más elevada en las zonas rurales que en las urbanas y metropolitanas. La magnitud de esta diferencia se aprecia también en la distribución de las mujeres de todos los grupos de edades de acuerdo a la condición de alta fecundidad; este fenómeno llega a adquirir el doble del valor de las zonas urbanas en las áreas rurales en las edades más jóvenes.

La prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos es también mayor en las zonas urbanas. En cuanto a la elección de métodos resalta la evidencia de que en la población femenina de alta fecundidad las preferencias son diversas: mientras 1 de cada 10 mujeres elige por igual la esterilización y las pastillas en zonas rurales, en las urbanas y metropolitanas la proporción de las que adoptan métodos definitivos es de 1 de cada 4 y pastillas 1 de cada 10. Concentrándonos en las mujeres de alta fecundidad usuarias de métodos anticonceptivos surge la evidencia de que en las zonas rurales el 28% de estas mujeres utiliza la operación quirúrgica, cifra notablemente inferior a la de las mujeres urbanas y metropolitanas, que la adoptan en casi el 50% de los casos: en otras pala-

bras, 1 de cada 2 mujeres de alta fecundidad en estos contextos opta por la esterilización quirúrgica. En contraste, las pastillas son utilizadas por cerca de 1 de cada 3 mujeres rurales en tanto las urbanas usan este método 1 de cada 5.

En la población de mujeres de no alta fecundidad usuarias de métodos anticonceptivos predomina la preferencia de pastillas en las zonas rurales, aunque a partir de los 20 años la esterilización se constituye en el método más utilizado, fenómeno similar al observado en las zonas urbanas y metropolitanas.

Tomando como universo a las esterilizadas, en las áreas rurales cerca de 3 de cada 4 mujeres en esta situación tienen alta fecundidad. En el resto urbano la proporción de esterilizadas entre las mujeres de alta fecundidad es de 1 de cada 2, lo cual podría indicar que este método se adopta antes de llegar a tener un número elevado de hijos. Es posible que la mayor información y la mejor cobertura de servicios de salud en las zonas urbanas tenga un efecto importante en esta tendencia, pero para afirmar esto con mayor precisión sería necesario explorar los mecanismos de reclutamiento de las usuarias para la aceptación de este método.

El notable incremento experimentado en la prevalencia del uso de anticonceptivos desde la puesta en marcha de los programas de reducción de la fecundidad, incremento señalado en varios estudios como el factor decisivo en el descenso del ritmo de crecimiento de la población de México lleva a reflexionar sobre algunas caracte

terísticas que se vinculan con la reducción observada y con el rezago experimentado en las dimensiones de índole socioeconómica.

Desde la formulación original de la transición demográfica de Davis y Notestein, hasta los escépticos de las discusiones legislativas que llevaron a la promulgación de la Ley General de Población de 1974 (Alba y Potter, 1985), mucha gente creyó que los procesos para controlar la reproducción requerían un sustrato de bienestar económico y social que diera lugar a profundos cambios en la esfera familiar. Estos cambios darían lugar, entre otras cosas, a un tamaño de familia más pequeño.

La difusión de la anticoncepción, la demanda de la población femenina y la decidida acción del Estado para ampliar las metas de crecimiento diseñadas eran supuestos que no fueron inclui-dos con el debido cuidado en el análisis anterior, y que otorgaron un dinamismo especial a todo el proceso. Los resultados pueden verse en México y en otros países de América Latina y del mundo. En los fundamentos de la acción del Estado estaba presente la conceptuali



zación opuesta a la original, a la que adhirieron los mismos creadores de la transición demográfica y muchos científicos sociales (Hodgson, 1983). Esta postura sostenía que la baja de la fecundidad sería un elemento positivo dentro del proceso general del desarrollo de las sociedades. Sin embargo, la crisis financiera internacional que agobia a los países subdesarrollados ha actuado haciendo retroceder las mejoras en aspectos básicos del bienestar. Paralelamente, la fecundidad ha bajado.

Si la política de población manifiesta como su objetivo fundamental la elevación de la calidad de vida de las personas, los párrafos anteriores deben motivar un tiempo para sedimentar, pensar y reelaborar algunas cuestiones. Este esfuerzo, destinado a hacer un balance entre el modelo social que se pretende -¿una sociedad futura con desigualdades menos lacerantes?-, los recursos escasos de los que se dispone, y la voluntad política para producir cambios, puede dar lugar a soluciones creativas, basadas en una creciente participación social. En el terreno intelectual una sugerencia sería impulsar investigaciones que no se basaran sólo en un enfoque individual sino que contemplaran el estudio de las comunidades en las cuales la gente desenvuelve su vida. La organización familiar y económica los valores culturales e ideológicos, la división sexual del trabajo, entre otros aspectos, deberían abordarse en estudios de corte exploratorio que añadieran un conocimiento más explicativo a los ya numerosos estudios sobre los niveles de la fecundidad. Esta orientación podría resultar fecunda para los

encargados del diseño de las políticas públicas que, desafortunadamente, no resultan siempre unívocas ni en sus objetivos ni en las implicaciones que tienen sobre los sujetos a los que van dirigidas.

En el modelo de sociedad propuesto, los grupos humanos más desfavorecidos y rezagados, uno de los cuales son las mujeres de alta fecundidad y las que probabilísticamente vayan a constituir este grupo, deben ser objeto prioritario de atención para mejorar sus condiciones de vida. Esto es, por ejemplo, elevar su escolaridad y sus niveles de salud, promover su participación laboral, estimular su participación social y política y transformar los roles que se asignan tradicionalmente a los hombres y mujeres.

## BIBLIOGRAFIA

- Alba, Francisco y Joseph Potter, 1986:  
Population and development in Mexico, Population and Development Review, Vol. 12, No. 1.
- Bronfman, Mario, 1985:  
Discourse and Practice of Family Planning: The case of Latin America, ponencia presentada en el Seminar on Societal Influences on Family Planning Program Performance de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población y la CCAFP, Ocho Rios, Jamaica.
- Bronfman, Mario; Elsa López y Rodolfo Tuirán, 1986:  
Práctica anticonceptiva y clases sociales en México: la experiencia reciente Estudios Demográficos y Urbanos, No. 2.
- Bronfman, Mario y Rodolfo Tuirán, 1984:  
La desigualdad social ante la muerte: Clases sociales y mortalidad en la niñez, en las Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, México, UNAM, El Colegio de México y PISPAL.
- Cabrera, Gustavo, 1984:  
Notas sobre la integración de las políticas de población. Investigación ¿para qué, para quién?, Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo. México, UNAM, El Colegio de México, PISPAL.
- Caldwell, John, 1982:  
Theory of Fertility Decline, New York, Academic Press.
- Campanario, Paulo y María C. Segovia, 1979:  
Las clases sociales y el comportamiento reproductivo, San José, CELADE.
- CEPAL, 1983(a):  
Políticas de población en América Latina: Experiencia de 10 años, Notas de Población, No. 33, CELADE.
- CEPAL, 1983(b):  
América Latina: Análisis de problemas sociales relativos a la mujer en diversos sectores. México, E/CEPAL/CRM. 3/L.7.

- Cochrane, Susan, 1979:  
Fertility and Education: What Do We Really Know?,  
Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- 1982:  
Effects of Education and Urbanization on Fertility, en  
Determinants of Fertility in Developing Countries, Vol.  
2, editado por R. Bulatao y R. Lee, New York, Academic  
Press.
- De Barbieri, Teresita, 1985:  
Las mujeres, menos madres. Control de la natalidad ¿con-  
trol de la mujer?, Nueva Sociedad, enero-febrero, 1985.
- De Castro, Marcos P. y D. Mastroiocco, Bernadette M. de Castro  
y Stephen Mumford, 1985:  
Un programa innovador de vasectomía, Brasil. Perspecti-  
vas Internacionales en Planificación Familiar, Número es-  
pecial de 1985.
- De Oliveira, Orlandina y Brígida García, 1985:  
Mujer y dinámica poblacional en México, Encuentro, Vol.  
2, No. 1.
- Excélsior, 1986:  
Enfermeras obligadas a prácticas ilegales en hospitales  
de Jalisco, en la sección En los estados del 12 de oc-  
tubre.
- García, Brígida, 1979:  
Anticoncepción en el México rural, 1969, Demografía y  
Economía, Vol. X, No. 3(30).
- Gold, Rachel Benson, 1983:  
Depo-Provera: The Jury Still Out International Family  
Planning Perspectives, 15: 78.
- González, Gerardo, 1981:  
Key social sectors and strategic factors for fertility  
policy: The POPOLCOM conceptual approach, Manila,  
International Population Conference, IUSSP.
- Hernández, Donald, 1985:  
Fertility Reduction Policies and Poverty in Third World  
Countries: Ethical Issues, Studies in Family Planning,  
Vol. 16, No. 2.
- Hodgson, Dennis, 1983:  
Demography as social science and political science,  
Population and Development Review, Vol. 9, No. 1.

- Hollerbach, Paula y S. Díaz-Briquets, 1983:  
Fertility Determinants in Cuba, Washington, D.C.,  
National Academy Press.
- International Family Planning Perspectives 15, 1985:  
Public Board of Inquiry Advises that Depo-Provera Not  
Be Approved for use as contraceptive in the U.S.
- Jain, Anrudh, 1981:  
The Effect of Female Education on Fertility: a Simple  
Explanation, Demography, Vol. 18, No. 4.
- Johnson, J., 1983:  
Vasectomía: Una evaluación internacional, Perspectivas  
Internacionales en Planificación Familiar, Número espe-  
cial.
- Khoo, Siew-Ean, 1980:  
The Prevalence and Demographic Analysis of Sterilization:  
A Report of the Workshop on Methodological Aspects of  
the Demographic Analysis of Sterilization, Liege, IUSSP,  
Paper No. 17.
- LeVine, Robert (s.f.):  
Women's Schooling and Maternal Behavior in Mexico,  
mimeo.
- López, Elsa y Rodolfo Tuirán, 1983:  
La fecundidad y los grupos sociales en México: nuevos  
datos, nuevas hipótesis. Mimeo, IX Congreso Internacio-  
nal de la Latin American Studies Association, México.
- Márquez, Vivianne, 1984:  
El proceso social en la formación de políticas: el caso  
de la planificación familiar en México, Estudios Socio-  
lógicos, No. 2.
- Mason, Karen Oppenheim, 1984:  
The Status of Women, The Rockefeller Foundation.
- Merrick, Thomas y Elza Berquó, 1983:  
The Determinants of Brazil's Recent Rapid Decline in  
Fertility, Washington, D.C., National Academy Press.
- Mier y Terán, Martha y Cecilia Rabell, 1984:  
Fecundidad y grupos sociales en México, en Benítez,  
Raúl, et.al., Los factores del cambio demográfico en  
México, México, Siglo XXI, IISUNAM.
- Miró, Carmén, 1982:  
Los derechos humanos y las políticas de población en In-  
vestigación demográfica en México, 1980, México, CONACYT.

Naciones Unidas, 1984:

Recent Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1983, New York, ST/ESA/SER.A/92.

Pantelides, Edith, 1978:

Las mujeres de alta paridez en la Argentina. Informe de investigación, Buenos Aires, Centro de Estudios de Población y PISPAL.

Rodríguez Castro, R., 1980:

Comunicación personal a Hollerbach y Díaz-Briguets op.cit.

Smith, Herbert, 1986:

Theory and Research on the Status of Women and Fertility: Some Necessary Linkages. Rockefeller Foundation Conference on the Status of Women and Fertility, mimeo.

Urbina, Manuel; Yolanda Palma; Juan G. Figueroa y Patricia Castro, 1984:

Fecundidad, anticoncepción y planificación familiar en México, Comercio Exterior, Vol. 34, No. 7.

Viel, B., 1976:

The demographic explosion, New York, Irvington.

Welti, Carlos, 1982:

Estimación del cambio en el nivel de fecundidad de la población del área metropolitana de la Ciudad de México entre 1964-1976, en Investigación Demográfica en México 1980, CONACyT.