

Fecundidad, anticoncepción y contextos socioculturales. Un análisis de tendencias (1977-1996) en la región Soconusco de Chiapas, México*

Benito Salvatierra Izaba, Austreberta Nazar Beutelspacher,***
Takehiro Misawa**** y Tomás Martínez Saldaña*******

Este trabajo es producto de un estudio exploratorio sociodemográfico que se realizó con el propósito de analizar las tendencias de la fecundidad en diferentes contextos socioculturales de la Región Soconusco de Chiapas, en la franja fronteriza de México y Guatemala. Los datos fueron obtenidos en forma retrospectiva para un periodo de 20 años (1977-1996). Se registró un descenso de la tasa global de fecundidad de los 15 a los 34 años de edad de 26.8% (de 4.25 a 3.11), con una importante variación en su magnitud en el interior de cada contexto, con relaciones heterogéneas respecto a la prevalencia y características del uso de métodos anticonceptivos, así como respecto a la edad de la unión. Estos hallazgos documentan la importancia de considerar las particularidades y especificidades de cada contexto sociocultural para el análisis de los cambios en la fecundidad y el del impacto diferenciado de la operación del programa de planificación familiar.

Palabras clave: fecundidad, planificación familiar, contexto sociocultural, Soconusco, Chiapas.

Fecha de recepción: 8 de julio de 2000.

Fecha de aceptación: 22 de agosto de 2002.

Introducción

El objetivo de este artículo es describir los cambios en la fecundidad global y específica por edad observada en un periodo de 20 años (1977-1996) en la Región Soconusco de Chiapas, México. El periodo

* Este proyecto fue financiado por el Sistema Regional de Investigadores Benito Juárez, dependencia regional mexicana del Sistema SEP-Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología para los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas. Clave presupuestal (1996-98, S-10).

** Investigador de la División de Población y Salud de El Colegio de la Frontera Sur (Ecosur). Correo electrónico: bsalvati@slc.ecosur.mx

*** Investigadora de la División de Población y Salud de El Colegio de la Frontera Sur. Correo electrónico: anazar@slc.ecosur.mx

**** Profesor investigador del Centro de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Tsuda, Tokio, Japón. Correo electrónico: tmisawa@tsuda.ac.jp

***** Profesor investigador del Centro de Estudios del Desarrollo Rural de El Colegio de Posgraduados (Colpos), Texcoco. Correo electrónico: tms@colpos.colpos.mx

considerado corresponde a aquel en que se llevó a cabo la instrumentación de políticas de población tendientes a reducir la fecundidad en el país. El Soconusco ha sido la región de mayor desarrollo económico de la frontera sur de México en el siglo XX. Conforme a ese marco de referencia se analizaron las variaciones de las tasas de fecundidad en diferentes contextos socioculturales (CSC), considerando la oferta y el uso de métodos anticonceptivos y la edad de la primera unión.

El artículo está organizado en siete secciones. En la primera y segunda se hace una breve revisión de la literatura sobre el tema con la intención de destacar la importancia de abordar los cambios en la fecundidad considerando los contextos socioculturales; asimismo se analiza la situación general de los indicadores de fecundidad y anti-concepción para el estado de Chiapas. En la tercera sección se presentan las características metodológicas de la Encuesta Regional de Salud Reproductiva y Supervivencia Infantil (ESRYSI) y del análisis de la información presentado en este documento; en la cuarta se describen las características generales de cada contexto sociocultural, con especial atención en la operación del programa de planificación familiar, en la cobertura de servicios de salud y de educación, en las condiciones socioeconómicas de sus habitantes, así como en algunos elementos de su organización social y productiva. En las tres últimas secciones se presentan y examinan los cambios en la fecundidad, las prácticas anticonceptivas y la edad de unión en cada contexto sociocultural. Se argumenta a favor de la necesidad de tomar en cuenta sus particularidades para explicar el efecto diferenciado en la aceptación del uso de métodos anticonceptivos y en el tipo de métodos empleados, y finalmente se evalúa su impacto en la fecundidad a partir de la operación del programa de planificación familiar.

Antecedentes

Para tratar de explicar las evidencias que nos dan los datos, en la literatura sociodemográfica se han discutido diversas teorías y modelos, desde aquellas que mencionan la preocupación ancestral sobre la relación entre el tamaño de la población y sus efectos en el poder y bienestar de las mismas (Keyfitz, 1972), hasta otras formulaciones sobre la población y su relación con el bienestar, los recursos disponibles y el desarrollo, que son relativamente recientes (Ehrlich y Ceballos, 1997).

El análisis de las variaciones de la fecundidad ha sido toral en la discusión internacional acerca del papel que desempeña el desarrollo económico en el crecimiento poblacional y el impacto de éste en aquélla, particularmente desde la perspectiva de las políticas de población.

Con la teoría de la transición demográfica (TTD) se desarrollaron propuestas tendientes a explicar las fluctuaciones de la fecundidad a partir de variables vinculadas a la organización social en distintos contextos socioeconómicos y culturales. Ésta propone, en términos simples, el paso de un régimen tradicional de mortalidad y fecundidad elevadas a un régimen moderno de mortalidad y fecundidad reducidas a partir de cambios económicos, sociales y culturales, producto de la modernización (Notestein, 1945, 1948 y 1953; Bogue, 1973). Se reconoció que si bien las sociedades de las regiones subdesarrolladas tienen una fecundidad más elevada que las urbano-industriales, existen también diferencias notables en el interior de las primeras. Cowgill (1949) y Hauser y Duncan (1959), sostienen que no es posible verificar los supuestos de la secuencia específica de la TTD en todos los países; así, presentan ejemplos de sitios en que se observa un importante desarrollo socioeconómico con elevada fecundidad y sociedades relativamente poco desarrolladas con baja fecundidad.

Todo esto llevó a la búsqueda de propuestas teóricas alternativas. Entre ellas destaca el trabajo de Davis y Blake (1967), quienes en una propuesta más específica argumentan que las distintas formas de organización social determinan un efecto diferente sobre la fecundidad, debido a que la variabilidad de distintos factores de índole cultural puede afectarla. Estos factores corresponden a once “variables intermedias” identificadas entre la organización social y el comportamiento reproductivo.

Bongaarts (1978 y 1987) tradujo la propuesta de “variables intermedias” a un modelo matemático que permite estimar el efecto de cada una de ellas en los cambios en la fecundidad. Su trabajo influyó profundamente en la valoración de las prácticas anticonceptivas, a las que se considera el determinante próximo más importante de la fecundidad, de ahí que sea una referencia central en la justificación de los programas de planificación familiar dentro de las políticas tendientes a la búsqueda de un patrón estable de fecundidad-mortalidad. Esta perspectiva implica la consideración de políticas expresas para reducir la fecundidad, y no solamente la posibilidad de disminuirla valiéndose de cambios en la organización de las instituciones sociales asociadas a los procesos de modernización.

La importancia del análisis de la fecundidad se acrecentó a partir de la instrumentación de programas de planificación familiar en los países subdesarrollados en la década de los setenta del siglo XX. La planificación fue impulsada tras el reconocimiento formal de que es necesario acelerar el descenso de la fecundidad para coadyuvar al desarrollo económico y social de los países del Tercer Mundo. En ese sentido, a diferencia del modelo inicial de transición demográfica de origen europeo, se generó un segundo modelo que supone la posibilidad de una transición demográfica rumbo a la baja mortalidad y baja fecundidad, sin alcanzar previamente un grado de desarrollo socioeconómico importante, todo lo cual habrá de apoyarse en el uso de tecnología médica, tanto para abatir la mortalidad como para adoptar métodos anticonceptivos modernos altamente eficaces (Zavala, 1989, 1992; Miró, 1983; Caldwell, 1997). Esta propuesta se fundamenta en la idea de que el descenso en la fecundidad sería el resultado más que de cambios estructurales, de nuevos conocimientos, ideas y actitudes relacionados con la anticoncepción, que promovidos por los programas de planificación familiar son producto de una forma de modernización psicológica que posibilita pasar del fatalismo a un sentido de control del destino, que parte de una visión más secular, racional y cosmopolita del mundo a la que Cleland y Wilson (1987) llaman "cambio ideacional". Con esta perspectiva, el efecto de los programas de planificación familiar sobre la fecundidad sería más o menos homogéneo aun estando inmerso en distintas condiciones socioculturales, dependiendo de la intensidad y calidad de operación de los mismos.

Los argumentos previos, de manera similar a otras explicaciones de racionalidad microeconómica basadas en el costo-beneficio de los niños. (Becker, 1960), tienen en común la búsqueda de variables explicativas cuyos efectos son similares en cualquier lugar, independientemente del contexto. Para otros autores (McNicoll, 1980; Cain, 1982; Kabeer, 1998), no obstante, es importante considerar el ambiente sociocultural y económico particular para entender el comportamiento de la fecundidad. Ellos nos llevan a reconocer la necesidad de evitar las explicaciones universalistas sustentadas en macrovariables o en cambios individuales, para realizar análisis contextuales que den cuenta de los efectos diferenciados en los cambios en la fecundidad, y en particular del efecto de la operación del programa de planificación familiar en el interior de cada grupo social en su propio entorno.

El contexto ha sido definido como un escenario espacio-temporal en el cual se hace referencia a los campos particulares de interacción de los sujetos, a las instituciones sociales y a las estructuras que delimitan el margen de acción posible con la certidumbre de que existen relaciones sociales asimétricas y jerárquicas que permean todos los rasgos del contexto social (Salles, 1999). Es pues, para el tema que nos ocupa, el espacio que determina y otorga sentido al comportamiento reproductivo con especificidades y particularidades sociales, económicas, políticas, culturales e institucionales.

El análisis de los cambios de la fecundidad en diferentes espacios socioculturales ofrece alternativas de explicación a las distintas reacciones provocadas por la operación del programa de planificación familiar y al comportamiento reproductivo, todo lo cual suele registrarse en múltiples encuestas sociodemográficas.

En este trabajo, como resultado de un análisis exploratorio sociodemográfico, se describirán las variaciones de la fecundidad en un periodo de 20 años (1977-1996) en distintos contextos socioculturales del municipio de Tapachula, Chiapas. No se pretende agotar las explicaciones a los procesos de cambio registrados en cada contexto, sino más bien evidenciar la existencia de patrones particulares de fecundidad y prácticas anticonceptivas en cada espacio sociocultural, prestando especial atención a las características de operación del programa de planificación familiar en cada contexto.

Planificación familiar y fecundidad en Chiapas

En México diversas encuestas nacionales han documentado que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos pasó de 30.2% en 1977 a 68.5% en 1997, y la tasa global de fecundidad (TGF)¹ disminuyó de 5.5 a 2.4 hijos por mujer en el periodo 1977-1997; también han puesto de manifiesto las profundas desigualdades de estos indicadores entre regiones y en el interior de éstas, mostrando que las entidades federativas con mayor fecundidad (Chiapas, Oaxaca y Guerrero),

¹ La tasa global de fecundidad expresa el número promedio de hijos por mujer al final de su vida reproductiva, suponiendo que el comportamiento de la fecundidad se mantiene como en el momento de la construcción de la tasa. Es el indicador más utilizado e indicado para evaluar los cambios en la fecundidad y compararlos con los de otras poblaciones y con los de la misma población en distintos momentos.

corresponden a las de menor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (Conapo, 2000).

En Chiapas la tasa global de fecundidad descendió de 4.5 hijos por mujer en 1990 a 4.11 en 1992 y a 3.27 en 1997. De ocupar el primer lugar nacional en cuanto a la tasa más alta de fecundidad en 1992, el estado pasó al tercer lugar en 1997 (Conapo, 2000). Este importante y rápido descenso se atribuye principalmente a la intensificación del programa de planificación familiar en las áreas marginales urbanas y rurales, conforme a una determinación explícita del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 para coadyuvar al desarrollo social. El estado de Chiapas fue considerado prioritario debido a que era la entidad con mayor marginación social en el país (Conapo, 1993), con la mayor proporción de población ubicada en áreas rurales: 58.6% (INEGI, 1992) y con la tasa global de fecundidad más elevada (Conapo, 1997).

Como resultado de ello, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en la entidad pasó de 49.9% en 1992 a 53.5% en 1997, aunque todavía se ubica en el segundo nivel más bajo en el país, solamente después del estado de Guerrero (Conapo, 2000).

Otra característica de dichas prácticas en la entidad es que los métodos anticonceptivos se utilizan principalmente para limitar los nacimientos y no para espaciarlos; sólo 9.4% de las mujeres unidas que no han tenido hijos utilizan algún método anticonceptivo, y únicamente 27.3% de las menores de 20 años. Además, Chiapas ocupa actualmente el primer lugar nacional en la proporción de esterilización quirúrgica entre las usuarias (Conapo, 2000).

Aspectos metodológicos de la investigación

La base para este trabajo es la Encuesta de Salud Reproductiva y Supervivencia Infantil (ESRYSI, 1997), un estudio transversal de tipo sociodemográfico que contiene información sobre historias de embarazos (hijos nacidos vivos, sobrevivientes, abortos y óbitos), así como historias de uso de métodos anticonceptivos y lactancia para los periodos interpartos en un periodo de 20 años (del 1 de julio de 1976 al 30 de junio de 1996).

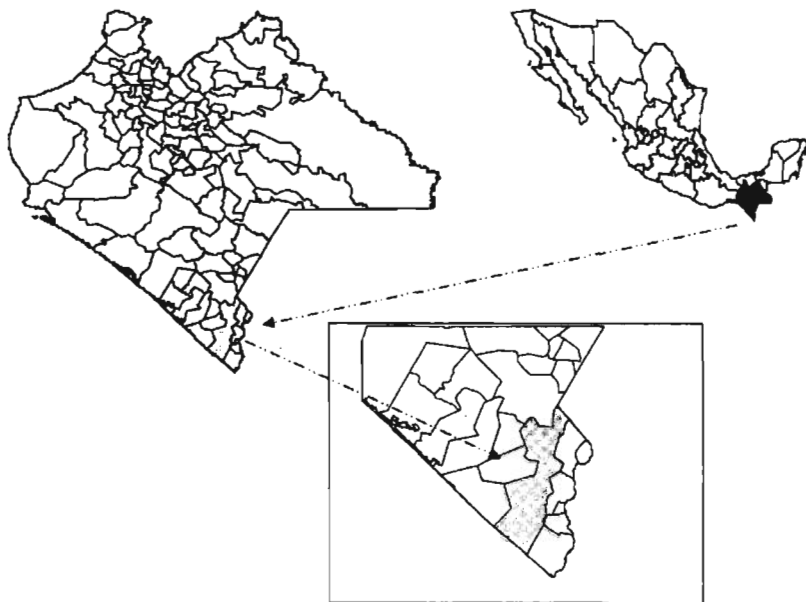
La ESRYSI se realizó en el municipio de Tapachula, Chiapas (mapa 1), el cual fue seleccionado como representativo de la región Soconusco porque reúne toda la diversidad social, cultural, económica y

demográfica de la región fronteriza de Chiapas con Guatemala. Entre sus características sociodemográficas más importantes destaca que allí habita 38.4% de la población de la región Soconusco; su tasa de crecimiento poblacional intercensal estimada para el periodo 1970-1990 es de 4.0%. En esa región de alta densidad poblacional vive uno de cada cinco chiapanecos, y además ahí se ubica uno de los dos nichos de mayor marginación en el estado (Salvatierra *et al.*, 1995), constituye asimismo el centro de producción agropecuaria más importante de la frontera sur de México (Coplade, 1995).

En ese municipio identificamos cuatro contextos socioculturales: *rural mestizo*, *rural indígena*, *urbano marginal* y *urbano medio*, cuyas particularidades y diferencias se construyen sobre los ejes del tipo de asentamiento (rural, urbano marginal y urbano medio) y del tipo de población predominante en cada uno de ellos (mestiza o indígena). Pensamos que estos elementos articulan, en términos generales, las formas de organización social y productiva en su interior, así como el

MAPA 1

Área de estudio. Municipio de Tapachula, Chiapas, México



acceso a la información y a los métodos anticonceptivos, ya que la intensidad y la cobertura de operación del programa de planificación familiar ha correspondido de manera selectiva a cada uno de ellos, de acuerdo con las prioridades gubernamentales establecidas atendiendo a los niveles de marginación, la fecundidad estimada y la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos.

Es importante señalar que si bien los contextos identificados son distintos entre sí, se articulan entre ellos combinando procesos productivos y diversas estrategias económicas en las que la migración laboral y la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo desempeñan un papel destacado.

La unidad de análisis de la población de estudio fueron los grupos domésticos, mismos que se ubican en las comunidades (en los sectores rurales) o barrios, colonias y repartos (en los urbanos) localizados en los diferentes contextos socioculturales. Se hizo un recorrido inicial en casi todas las comunidades del municipio de Tapachula, lo que permitió conocer el área de estudio y elaborar una primera propuesta de selección muestral por contexto.

Con base en lo anterior se seleccionaron las colonias y comunidades para cada contexto, diferenciadas por el tipo de asentamiento y la etnia. Se solicitó permiso a las autoridades locales y municipales para realizar el estudio, y no solamente todas mostraron su disposición a participar, sino que ofrecieron el apoyo de guías locales, el acceso a las fuentes de información oficial de las comunidades, y el apoyo logístico para la ejecución del proyecto.

Considerando los cuatro contextos socioculturales se seleccionaron 19 sitios de muestreo. En el área urbana media fueron incluidas las colonias: San Caralampio, Colonia 16 de Septiembre, Barrio Nuevo, Los Laureles y Tapachula Centro; en el contexto urbano marginal, los asentamientos irregulares de la ciudad de Tapachula y Puerto Madero: Colinas del Rey, La Gloria y San Benito Abad. Los asentamientos rurales a su vez se clasificaron en dos categorías de acuerdo con la composición étnica de sus habitantes: el contexto rural mestizo: La Cigüeña, Joaquín Miguel Gutiérrez, Conquista Campesina, Carrillo Puerto y las fincas cafetaleras San Nicolás y Perú-París; y el contexto rural indígena: Pavencul, El Pinal, La Patria, Mario Souza y Ejido Villahermosa.

Para el cálculo de la muestra se consideró la frecuencia de la tasa de mortalidad infantil en los 14 municipios de esa región, misma que fluctúa entre 37.6 y 65.2 por mil menores de un año de edad para una inci-

dencia de 50.6 defunciones por mil nacidos vivos registrados ($p = 0.0506$) (INEGI, 1993).²

Además, para la estimación del tamaño de la muestra fueron considerados: *i*) el error de muestreo o precisión de 15.0% ($v = 0.15$), y *ii*) el nivel de confianza de 90.0% ($Z = 1.64$)³ (Cochran, 1985). Con las cifras anteriores el tamaño muestral mínimo estimado fue de 2 243 sujetos de la población general. Calculando un promedio de 5.4 personas por vivienda se estimó un número mínimo de 415 unidades familiares, el cual fue aplicado al área urbana (y la muestra posteriormente se dividió en los contextos urbano medio y marginal) y la misma se aplicó para los asentamientos rurales mestizos e indígenas, respectivamente. En suma, el tamaño mínimo de la muestra fue de 1 222 grupos domésticos, pero sólo se obtuvo información de 1 139, de los cuales 223 se asentaban en el contexto urbano medio, 272 en el urbano marginal, 375 en el rural mestizo, y 269 en el rural indígena.

Con el afán de obtener la información fue elaborado un cuestionario específico para alcanzar los objetivos del proyecto ESRYSI 1997. Se trata de un instrumento estructurado que contiene los siguientes bloques de información: *a*) características socioeconómicas de la vivienda y de sus habitantes, *b*) actividades productivas, *c*) somatometría y patrón alimentario en los menores de cinco años, y *d*) anticoncepción e historia de embarazos de las mujeres de 15 a 49 años. El apartado socioeconómico y el relacionado con las actividades productivas fueron aplicados al jefe o la jefa del grupo doméstico, y el resto, que incluye aspectos relativos al comportamiento reproductivo y a la sobrevivencia de los hijos, a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad unidas o alguna vez unidas en el interior de cada grupo doméstico. Las unidades de observación fueron los grupos domésticos y la uni-

² La mortalidad infantil fue considerada como indicador para el cálculo de la varianza del fenómeno de estudio debido a que en el proyecto existía un interés general por analizar la fecundidad y la mortalidad infantil y la relación entre ellas, la cual ha sido documentada desde la teoría de la regulación demográfica (Bogue, 1973) hasta los cambios más generales y simultáneos de fecundidad y mortalidad asociados a los procesos de modernización (Caldwell *et al.*, 1982). Otra razón es que su frecuencia es más baja que la de las tasas de uso de métodos anticonceptivos, cuya sustentación requeriría una muestra de tamaño mayor.

³ $n = Z^2_{1-\alpha} (1-p) / (v^2 p)$

$n = (1.64)^2 * (1-0.0506) / (0.15)^2 * (0.0506) = 2\ 243$ individuos, dividido entre 5.4 hab./vivienda

$n = 415 * 3$ contextos de muestreo (el urbano se dividió en dos posteriormente) = 1 222.

dad de análisis, las mujeres de 15 a 49 años de edad. Además se realizó una observación participante, pues se registraron los comentarios espontáneos durante las entrevistas. También fueron obtenidos algunos datos mediante entrevistas a informantes clave.

La información se obtuvo durante el periodo comprendido entre octubre de 1996 y marzo de 1997. Las entrevistas fueron realizadas por cinco médicos tesisistas, dos trabajadoras sociales y un enfermero (previamente capacitados durante 30 días), bajo la supervisión de los investigadores.

En un primer momento se estimó la tasa global de fecundidad (TGF) para toda la población de estudio y para cada uno de los contextos socioculturales considerados. También fueron estimadas las tasas específicas de fecundidad (Tefe)⁴ para los mismos periodos. La necesidad de evaluar los cambios del comportamiento reproductivo en el tiempo nos llevó a utilizar la información disponible de manera retrospectiva. Para ello se estimaron las tasas globales de fecundidad para los periodos 1977-1981, 1982-1986, 1987-1991 y 1992-1996, las cuales, considerando las limitaciones en el periodo de tiempo para el cual se tenía información disponible, se calcularon hasta alcanzar los 34 años de edad (TGF_{15-34}). Si bien lo anterior no permite hacer comparaciones con otras estimaciones que incluyen la TGF hasta los 49 años de edad, si hace posible realizar comparaciones internas, como las que se presentan en este trabajo. Calculamos que con ello se estaría considerando la mayor parte de la experiencia reproductiva de las mujeres, ya que en esta región 89.0% de los nacidos son hijos de mujeres menores de 35 años.

Para estimar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos "alguna vez" se tomó la información de las cédulas aplicadas a todas las mujeres que estaban o estuvieron unidas y la de aquellas que estaban embarazadas en ese momento. Para la historia anticonceptiva de cada mujer la información se recabó simultáneamente con la recolección de información sobre las historias de embarazos.

Fue posible obtener información completa de 1 139 grupos domésticos, los cuales conforman el tamaño definitivo de muestra (tasa de no respuesta de 6.8%). Asimismo se registró un total de 1 485

⁴ La TEFÉ es el porcentaje de mujeres que tuvieron hijos nacidos vivos en un grupo específico de edad para un periodo determinado. Por ejemplo: una TEFÉ = 0.15 entre mujeres de 15 a 19 años, significa que de cada 100 mujeres de ese grupo de edad, 15 tuvieron al menos un hijo en el periodo de estudio.

mujeres de 15 a 49 años de edad, de las cuales 1 081 declararon estar unidas o alguna vez haber estado unidas y a quienes se les aplicó la encuesta sobre su historia de uso de anticonceptivos. De ellas, a las 1 043 que habían tenido al menos un hijo nacido vivo se les aplicó la encuesta sobre su historia de embarazos (cuadro 1).

Los contextos en estudio

El contexto *urbano medio* está conformado por habitantes de barrios tradicionales o históricos, quienes pertenecen a diferentes estratos sociales de la ciudad de Tapachula. Sus pobladores en su mayoría son empleados, y en muy pocas ocasiones propietarios de negocios, o administradores de las grandes fincas cafetaleras, directores de hospitales y clínicas, jueces y profesionales por cuenta propia. La mayor parte de ellos tiene al menos una generación (30 años) de estar viviendo en la ciudad de Tapachula. Hay una escasa relación entre los habitantes de esos barrios, incluso perteneciendo a la misma colonia o siendo vecinos o familiares. La mayoría de las viviendas cuenta con servicios públicos y solamente 2.2%, tiene piso de tierra. De los grupos domésticos 16.6% es nuclear monoparental, 48.0% es nuclear biparental; el resto (36.4%) corresponde a hogares extensos. En este tipo de asentamientos solamente 4.8% de las mujeres de 15 y más años no tiene ningún grado de escolaridad, y 17.8% primaria incompleta; en el grupo más joven (15 a 19 años) no se encontraron mujeres sin es-

CUADRO 1
Población estudiada por contexto sociocultural. Municipio de Tapachula, Chiapas, México

Contexto sociocultural	Unidades familiares	Habitantes	MEF	MEF con historia de embarazo
Urbano medio	223	985	263	173
Urbano marginal	272	1 282	306	253
Rural mestizo	375	2 088	514	353
Rural indígena	268	1 870	401	264
Total	1 139	6 225	1 484	1 043

MEF = Mujeres en edad fértil (15 a 49 años).

Fuente: Encuesta Regional de Salud Reproductiva y Supervivencia Infantil, 1997, Ecosur.

colaridad. Algunas escuelas cubren desde la educación básica hasta la superior e incluso posgrados. Asimismo se cuenta con una importante cobertura de los servicios institucionales de salud, tanto de primero como de segundo niveles de atención.

Aunque el programa de planificación familiar en esta región opera desde 1979, principalmente con acciones de carácter informativo, fue a partir de 1983 cuando intensificó sus actividades ofreciendo métodos anticonceptivos (inicialmente pastillas, inyecciones y dispositivos intrauterinos, y posteriormente la esterilización quirúrgica a las mujeres) en el marco del programa IMSS-Coplamar —que incluyó una importante ampliación de la cobertura de los servicios de salud mediante la construcción de unidades médicas rurales y hospitales regionales que operarían bajo el modelo de Atención Primaria a la Salud (IMSS, 2000)—, actualmente IMSS-Solidaridad, cuya presencia es la más importante en la región del Soconusco (Salvatierra *et al.*, 1995).

En el contexto *urbano marginal* habitan personas que principalmente son de origen mestizo (90.0%), provienen de diversas comunidades rurales de la región y recientemente emigraron a la ciudad; tienen menos de cinco años de vivir en esos asentamientos de carácter irregular. No cuentan con todos los servicios públicos, generalmente carecen de drenaje y el agua entubada no es intradomiciliaria, la mayoría de las casas son provisionales y su estructura es semejante a la que tenían en las de sus comunidades de origen, con un solo cuarto y la presencia de animales de especies menores dentro de la casa; 66.5% tiene piso de tierra. De los grupos domésticos 5.9% es nuclear monoparental y 52.0% biparental. Sus pobladores están bien organizados y forman asociaciones para demandar la legalización de sus predios y la introducción de servicios públicos. También se organizan para desempeñar sus actividades económicas; la mayoría tiene contactos con las comunidades rurales y se dedica al comercio de productos del campo en los mercados o a la venta domiciliaria. Muy pocos son empleados y se contratan como jornaleros, peones de albañil, albañiles y trabajadoras domésticas. La escolaridad de las mujeres es mucho menor que en el contexto urbano medio. La proporción de las de 15 y más años que no han asistido a la escuela es de 23.5%, y 41.7% no concluyó la educación primaria. En el grupo de mujeres de 15 a 19 años la proporción sin escolaridad es de 5.9%. En este contexto no hay escuelas para la educación básica. Prácticamente no se cuenta con servicios institucionales de salud (sólo una pequeña clínica de la Secretaría de Salud opera en la zona norte de la ciudad), por lo que

la población tiene que hacer uso de los servicios públicos ubicados en la zona urbana regular de Tapachula o bien acudir a los dispensarios médicos altruistas que sostienen algunas organizaciones no gubernamentales.

El contexto *rural mestizo* corresponde a las zonas bajas o costeras del municipio (a menos de 200 metros sobre el nivel del mar), en donde se da una combinación particular de producción para la comercialización, con comunidades rurales formadas por jornaleros que llevan a la práctica una agricultura tecnificada. Pese a que la mayoría de las comunidades son ejidos, solamente entre tres y cuatro de cada diez grupos domésticos cuenta con parcelas para sembrar (Nazar, 2000). La principal organización en estas comunidades son las asambleas ejidales, en las que se discuten mes a mes los problemas colectivos relacionados con la producción y comercialización de las cosechas. Ahí también se deciden los puestos de dirección de las escuelas (sociedad de padres de familia) y del Comité de Agua, así como las acciones colectivas para demandar la introducción de servicios públicos a las comunidades (carreteras, clínicas, escuelas). Estas organizaciones están dominadas por los ejidatarios, y quedan prácticamente excluidas las dos terceras partes de la población pertenecientes a los grupos domésticos que, aunque habitan en las comunidades, carecen de parcelas para sembrar. La mayoría de los miembros de grupos domésticos sin tierras o con tierras de baja productividad desempeñan diferentes actividades, como el cultivo de sus propias tierras, la pesca y la venta de su fuerza de trabajo para realizar actividades agrícolas en la misma comunidad o en las fincas aledañas. La migración laboral fuera de la región es mínima (Zapata y Nazar, 2000). Prácticamente la mitad de las viviendas (49.1%) cuenta con piso de tierra y no existe un sistema de drenaje. Uno de cada diez grupos domésticos es nuclear monoparental (11.0%) y 64.0% es nuclear biparental. Una de cada cuatro mujeres de 15 y más años no cuenta con escolaridad alguna (25.0%) y 39.0% no concluyó la educación primaria. En el grupo de mujeres de 15 a 19 años, la proporción sin educación formal es de 13.0%. La mayoría de las comunidades cuenta con escuelas de educación básica y sólo algunas de ellas, con educación secundaria (telesecundaria). En este contexto existe una cobertura importante de unidades médicas de primer nivel del programa IMSS-Solidaridad, que, como señalamos previamente, iniciaron intensas acciones relacionadas con el programa de planificación familiar a partir de 1983. Dos de las comunidades de este contexto son ejidos de creación relativamen-

te reciente (1980 y 1995) y no cuentan con unidades médicas. Sus habitantes utilizan los servicios de salud de las unidades médicas rurales situadas en comunidades relativamente cercanas (a una y tres horas a pie, respectivamente).

El contexto *rural indígena* está conformado por asentamientos de la etnia Mam-Quiché ubicados en la zona alta del municipio (por arriba de 1 200 metros sobre el nivel del mar). Las grandes explotaciones cafetaleras (las más importantes del estado) están cercanas a ellos. Casi todos los habitantes de las comunidades rurales indígenas mames tienen pequeñas parcelas de cultivo de café, algunas de maíz y también de hortalizas orgánicas (84.8%), la mayoría con no más de dos hectáreas (66.2%). En este contexto 8.3% de los grupos domésticos es nuclear monoparental (compuestos en su mayoría por mujeres casadas con migrantes) y 55.2% corresponde a hogares nucleares biparentales. Cuenta con piso de tierra 74.0% de las viviendas, y predominan los muros de madera y los techos de lámina o cartón. Desde finales del siglo pasado realizan migraciones familiares pendulares para trabajar temporalmente en las fincas cafetaleras y plataneras de la región, y desde hace aproximadamente una década han iniciado un intenso proceso migratorio individual hacia las ciudades del norte de México y a Estados Unidos, mismo que se intensificó en 1995 a partir de la introducción de la carretera (de terracería) que comunica estos asentamientos con la ciudad de Tapachula (Peña *et al.*, 2000). Entre sus habitantes existe un importante sentido de pertenencia y realizan acciones de apoyo mutuo como el tequio, que consiste en el intercambio de ayuda para la construcción de viviendas y caminos, para el cultivo de las tierras, y para sufragar los gastos en caso de fallecimiento o incapacidad. Además están presentes organizaciones como Madre Tierra y OCEZ-CNPA,⁵ y algunos grupos religiosos católicos y protestantes, así como la asamblea ejidal (Peña *et al.*, 2000). Hay escuelas de educación básica desde 1974 y una escuela telesecundaria fundada en 1997. Pese a ello, más de la mitad de las mujeres de 15 años y más no tienen ningún grado de escolaridad y 29.3% no con-

⁵ Madre Tierra es una organización que se dedica a la producción de hortalizas mediante el sistema de agricultura orgánica. Recibe asesoría técnica para la conservación de suelos de ISMAM, organización dedicada a la producción de café orgánico en Chiapas. La Organización Campesina Emiliano Zapata-Coordinadora Nacional Plan de Ayala es una organización política que apoya a las comunidades de la Sierra Madre de Chiapas para gestionar la introducción de energía eléctrica y otros servicios públicos.

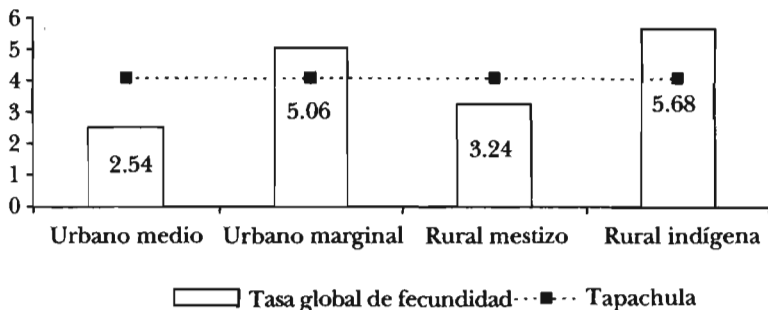
cluyó la primaria. En el grupo de mujeres de 15 a 19 años de edad, una de cada tres no cuenta con escolaridad alguna (33.3%). Cuentan con dos unidades médicas rurales del programa IMSS-Solidaridad, una que opera desde 1983 y otra a partir de 1992, siguiendo los mismos lineamientos que en las comunidades rurales mestizas, con intensas acciones del programa de planificación familiar.

Los cambios en la fecundidad y el contexto

La TGF₁₅₋₄₉ estimada para toda la región de estudio correspondiente al periodo 1992-1996 fue de 4.15, aunque se observan importantes variaciones en el interior de los distintos contextos socioculturales. Mientras en el área urbana media fue de 2.54 hijos por mujer, en la urbana marginal de 5.06, en la rural mestiza de 3.24 y en la población rural indígena alcanzó 5.68 (gráfica 1).

La gráfica 2 muestra que la TGF₁₅₋₃₄ para toda la zona de estudio se ha reducido en 1.14 hijos por mujer en el periodo de estudio (de 4.25 a 3.11). Ese dato destaca que ha habido un descenso relativamente escaso de la fecundidad en la región, sobre todo si se considera que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (en los mis-

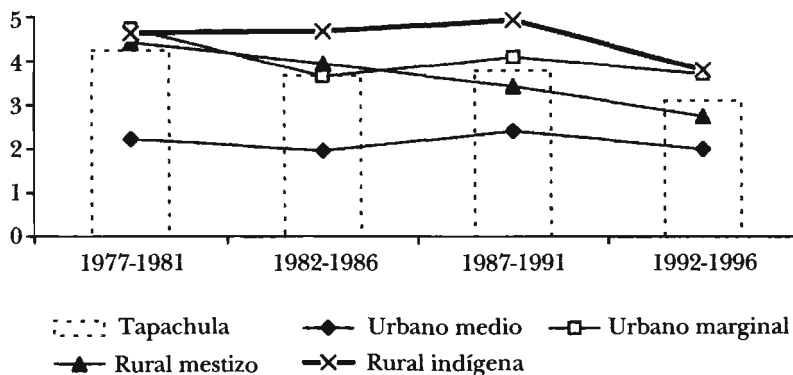
GRÁFICA 1
Tasa global de fecundidad del periodo 1992-1996 según contexto sociocultural. Municipio de Tapachula, Chiapas, México



Fuente: Encuesta Regional de Salud Reproductiva y Supervivencia Infantil, 1997, Ecosur.

GRÁFICA 2

Tasa global de fecundidad (hasta los 34 años) según contexto sociocultural para el periodo 1977-1996. Municipio de Tapachula, Chiapas, México



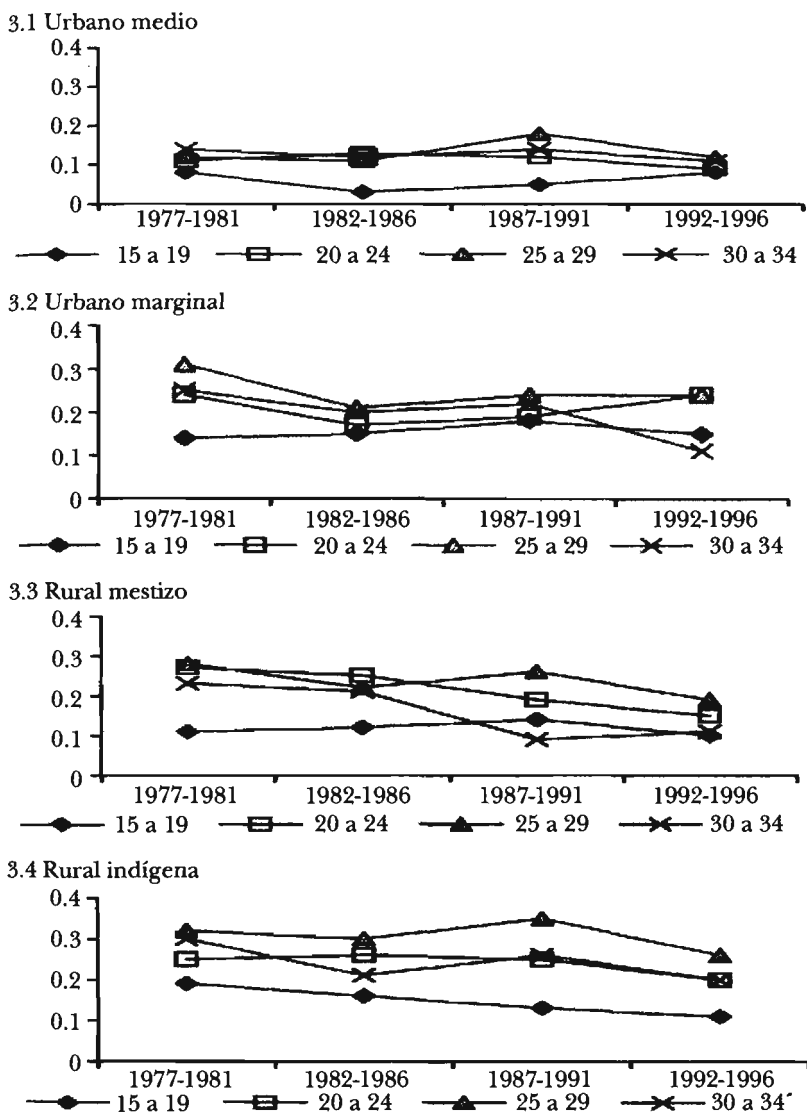
Fuente: Encuesta Regional de Salud Reproductiva y Sobrevivencia Infantil, 1997, Ecosur.

mos grupos de edad) se ha incrementado en forma notable, pues ha pasado de 38.1 a 60.3% en el periodo 1977-1996.

La heterogeneidad de la región con un comportamiento reproductivo muy distinto en el interior de cada uno de los contextos socioculturales proporciona una explicación a estas tendencias, como se mostrará a continuación.

En la gráfica 2 ya mencionada se puede observar que el contexto *urbano medio* ha registrado un descenso mínimo de la TGF₁₅₋₃₄ al pasar de 2.2 a 2.0 (un decremento de 0.2 hijos por mujer en promedio), con un patrón casi estable. Al analizar las variaciones de la fecundidad por grupos de edad (tasas específicas de fecundidad por edad, TEFÉ) se observa que en todos hubo un descenso entre 1977-1981 y 1982-1996, seguido de un discreto incremento en el periodo 1987-1991, para posteriormente volver a disminuir. Esta tendencia es la misma en todos los grupos de edad, excepto en el de 15 a 19 años, que ha seguido una tendencia ascendente después del periodo 1982-1986, para alcanzar entre 1992 y 1996 la misma tasa que tenía en 1977-1981 (0.08), lo cual podría explicar en parte el descenso mínimo observado en la TGF₁₅₋₃₄ (gráfica 3).

GRÁFICA 3
Variaciones de la fecundidad por grupos de edad según contexto sociocultural para el periodo 1977-1996. Municipio de Tapachula, Chiapas



Fuente: Encuesta Regional de Salud Reproductiva y Supervivencia Infantil, 1997, Ecosur.

En el contexto *urbano marginal* la TGF_{15-34} ha descendido de 4.7 a 3.7 hijos por mujer en el periodo 1977-1996; es decir, un hijo por mujer en promedio (gráfica 2). De manera semejante al contexto urbano medio, en todos los grupos de edad hubo un descenso importante de la fecundidad entre los periodos 1977-1981 y 1982-1986; sin embargo después de éste sólo el grupo de mayor edad (30 a 34 años) experimentó un descenso notable al pasar de 0.20 a 0.11. En el grupo de 20 a 24 años se advierte una tendencia ascendente (de 0.17 a 0.24), y en los otros grupos de edad (15-19 y 25-29) se aprecian cambios mínimos en ambos sentidos. En este contexto destaca el importante descenso en la tasa específica de fecundidad por edad en el grupo de mujeres de mayor edad (30-34 años), el cual explica en parte la disminución de la TGF_{15-34} (gráfica 3.2).

En el contexto *rural mestizo* se documenta un descenso significativo de la fecundidad, ya que la TGF_{15-34} descendió de 4.4 a 2.8 hijos por mujer, lo que significa un decremento de 1.6 hijos en promedio, que el más importante si se le compara con los otros (gráfica 2). A diferencia de los contextos urbanos, que muestran variaciones ascendentes y descendentes en los diferentes periodos para los distintos grupos de edad, en éste se registra un marcado descenso sostenido de la fecundidad en todos los grupos de edad, excepto en el de 15 a 19 años, entre quienes después de una tendencia ligeramente ascendente hasta el periodo 1987-1991 vino un descenso hasta equiparar su valor al registrado en 1977-1981. El notable descenso sostenido entre las mujeres de 20 y más años explicaría el decremento de la TGF_{15-34} registrado en este contexto (gráfica 3.3).

En el contexto *rural indígena* se presenta un descenso de la fecundidad de 4.6 a 3.8 hijos por mujer en el periodo 1977-1996; es decir, un decremento de 0.8 hijos por mujer en promedio (gráfica 2). Allí, a diferencia de los otros contextos, la fecundidad en las mujeres de 15 a 19 años muestra un notable descenso sostenido: de 0.19 (1977-1981) a 0.11 (1992-1996), que corresponde a un decremento de 42.1%; el segundo grupo de edad que experimentó un mayor descenso fue el de 30 a 34 años (33.3%), que pasó de 0.30 en 1977-1981 a 0.20 en 1992-1996, con una tendencia irregular (un ascenso en el periodo 1987-1991). Los otros grupos han presentado un descenso irregular de aproximadamente 20.0%. En este contexto, pese a los descensos registrados en todos los grupos de edad, la tasa específica observada en el último periodo (1992-1996) para las mujeres de 30 a 34 años es muy elevada (0.20) y notablemente superior a las presentadas en los otros

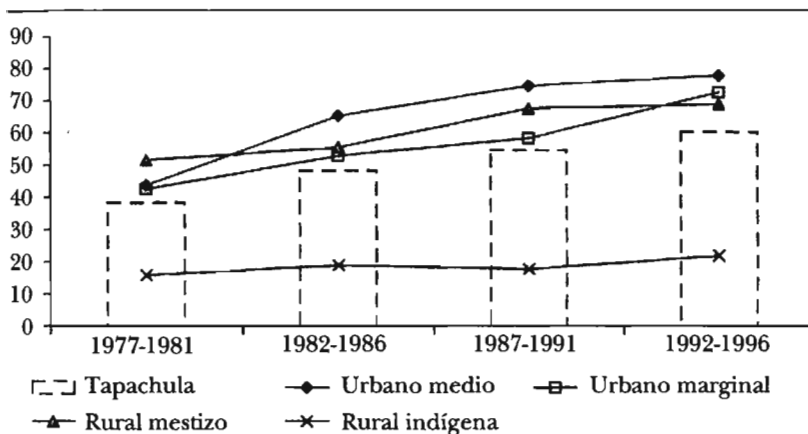
contextos (0.11). La persistencia de una elevada fecundidad entre las mujeres mayores de 25 años podría explicar el valor registrado en la TGF₁₅₋₃₄, el más alto entre los cuatro contextos (gráfica 3.4).

Como se puede observar, el comportamiento de la fecundidad ha sido diferente en los distintos contextos, tanto en la magnitud de su descenso como en las variaciones en distintos periodos de los diferentes grupos de edad, lo que lleva a buscar explicaciones específicas, en particular en relación con la oferta y la demanda de métodos anticonceptivos.

Variaciones en el uso de métodos anticonceptivos y edad de unión por contexto

Como se mencionó previamente, si bien el contexto *urbano medio* es el que tiene la TGF más baja (2.0 hijos por mujer en promedio), es asimismo el que ha registrado un menor descenso en la fecundidad. Lo anterior, pese a que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado de 43.6 a 77.9% en el periodo de estudio, con tasas que figuran entre las más elevadas si se comparan con las de los demás contextos (gráfica 4).

GRÁFICA 4
Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos según contexto sociocultural para el periodo 1977-1996. Municipio de Tapachula, Chiapas, México



Fuente: Encuesta Regional de Salud Reproductiva y Supervivencia Infantil, 1997, Ecosur.

Este aumento se ha presentado en el marco de una importante cobertura de servicios de salud, y con ello, una amplia exposición al programa de planificación familiar, que opera en la ciudad de Tapachula desde 1979. Es importante destacar que es aquí donde las mujeres cuentan con mayor escolaridad respecto a los otros contextos, lo cual favorece la aceptación de las prácticas anticonceptivas.

Una posible explicación a la relativa estabilidad de la fecundidad en el contexto urbano medio es el efecto combinado de los cambios en la edad de unión y el incremento en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos con un patrón característico.

En este contexto cuatro de cada diez mujeres de 25 a 44 años (40.0%)⁶ se unen antes de cumplir 20 años de edad. Entre las mujeres de 40 a 44 años la edad de unión antes de cumplir 20 años es de 33.4%; esta proporción aumenta a 51.6% entre las de 35 a 39 años, y es de 39.1% entre las de 30 a 34 años. Entre las más jóvenes (25 a 29 años) esta cifra es de 33.4%. Es decir, la proporción de uniones tempranas es elevada para los grupos de mujeres de 35 a 39 y de 30 a 34 años de edad, y es menor entre aquellas que en el momento de la encuesta contaban con 25 a 29 y 40 a 44 años de edad (cuadro 2).

Por otra parte, la tasa de uso de métodos anticonceptivos (después del primer parto) tuvo un incremento global de 80.0% (de 43.6 a 77.9); sin embargo este incremento no afectó de manera homogénea a todos los grupos de edad. Los mayores aumentos correspondieron a las mujeres de 25 a 29 años (176.8%; de 25.0 a 69.2%), y a las de 30 a 34 años (110.2%; de 33.3 a 70.0%)⁷ (gráfica 5), principalmente a expensas de la esterilización quirúrgica, cuya prevalencia en este contexto ha pasado de 12.9 a 21.2 (gráfica 6).

Entre las mujeres de 15 a 19 años el uso de métodos anticonceptivos tuvo un incremento de más del doble (108.2%) ya que pasó de 26.7% entre 1977 y 1981 a 55.6% entre 1992 y 1996, pese a lo cual las tasas específicas de fecundidad en este grupo de edad se han incrementado en los últimos años, como se expuso previamente. Una posible explicación sería que ha aumentado la proporción de mujeres

⁶ Para la estimación de la edad de unión acumulada se eliminaron los grupos de 15 a 24 años y de 45 a 49 con la intención de reducir el efecto de la oportunidad de exposición a la unión (ya que entre las mujeres más jóvenes esta probabilidad podría estar subestimada). Por esa misma razón no se utiliza la mediana de unión.

⁷ Para esta estimación se tomó en consideración –al igual que para el cálculo de la tasa global de fecundidad– hasta los 34 años de edad con la intención de hacer comparativos los datos en los diferentes periodos considerados.

CUADRO 2
Porcentaje acumulado de la edad a la primera unión por grupos de edad y contextos socioculturales. Municipio de Tapachula, Chiapas

<i>Contexto</i>	<i>Grupos de edad</i>				<i>Total</i>
	<i>25-29</i>	<i>30-34</i>	<i>35-39</i>	<i>40-44</i>	
<i>Urbano medio</i>					
Antes de los 16 años	5.2	10.2	10.3	4.2	8.4
Antes de los 17 años	10.3	12.8	20.6	8.4	13.8
Antes de los 18 años	12.9	23.3	27.5	25.1	22.3
Antes de los 19 años	18.0	36.5	41.3	25.1	30.8
Antes de los 20 años	33.4	39.1	51.6	33.4	40.0
<i>Urbano marginal</i>					
Antes de los 16 años	27.2	23.9	33.3	20.0	26.7
Antes de los 17 años	37.4	28.2	44.4	45.0	37.3
Antes de los 18 años	52.7	41.2	58.3	55.0	51.0
Antes de los 19 años	56.1	49.9	58.3	80.0	57.8
Antes de los 20 años	66.3	60.8	66.6	85.0	67.1
<i>Rural mestizo</i>					
Antes de los 16 años	14.5	26.0	32.0	17.9	22.2
Antes de los 17 años	38.7	40.0	47.1	37.5	40.8
Antes de los 18 años	46.8	58.0	54.6	53.6	53.0
Antes de los 19 años	61.3	72.0	69.7	66.1	67.0
Antes de los 20 años	71.0	82.0	75.4	75.0	75.6
<i>Rural indígena</i>					
Antes de los 16 años	26.5	31.3	33.4	33.4	30.5
Antes de los 17 años	41.6	52.1	42.9	45.9	44.9
Antes de los 18 años	60.5	60.4	52.4	50.1	56.3
Antes de los 19 años	66.2	68.7	69.1	62.6	66.5
Antes de los 20 años	79.4	75.0	81.0	70.9	76.7

Fuente: Encuesta Regional de Salud Reproductiva y Supervivencia Infantil, 1997, Ecosur.

que tienen su primer hijo antes de cumplir 20 años de edad, ya que de 1987-1991 a 1992-1996 pasó de 24.4 a 40.5% (un incremento de 66.0%). Cabe destacar que entre las mujeres de 20 a 24 años, la tasa de uso de métodos anticonceptivos no solamente no aumentó, sino que registró un descenso de 4.9% (de 68.8 a 65.4%), sin embargo la fecundidad específica en este grupo de edad descendió 18.2% (de 0.11 a 0.09).

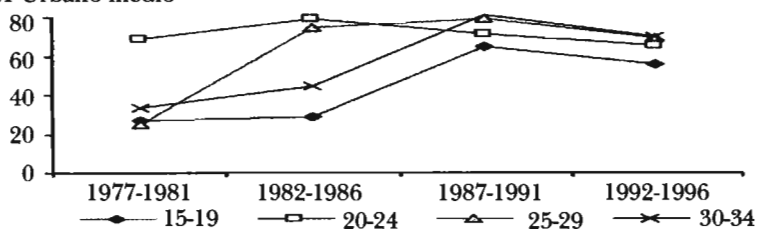
Este patrón de uso de métodos anticonceptivos, donde la prevalencia anticonceptiva ha aumentado principalmente entre las muje-

GRÁFICA 5

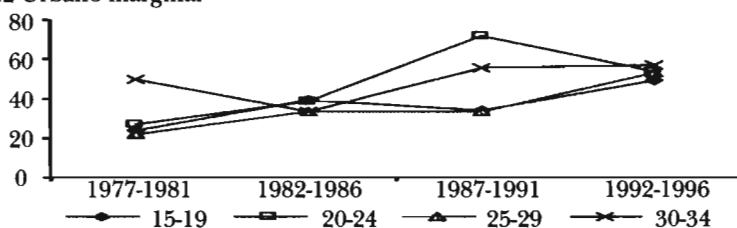
Variaciones de la prevalencia del uso de anticonceptivos por grupos de edad según contexto sociocultural para el periodo 1977-1996.

Municipio de Tapachula, Chiapas

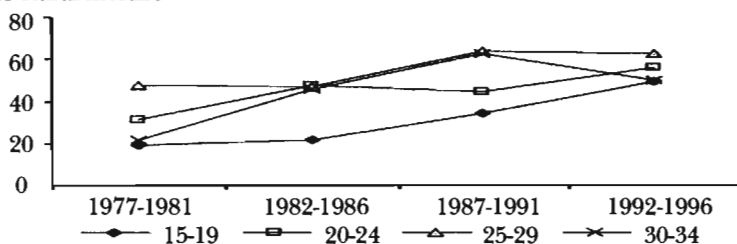
5.1 Urbano medio



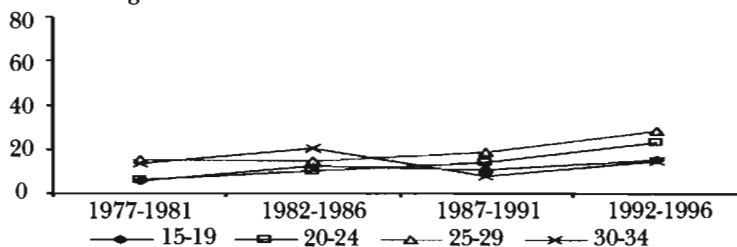
5.2 Urbano marginal



5.3 Rural mestizo



5.4 Rural indígena

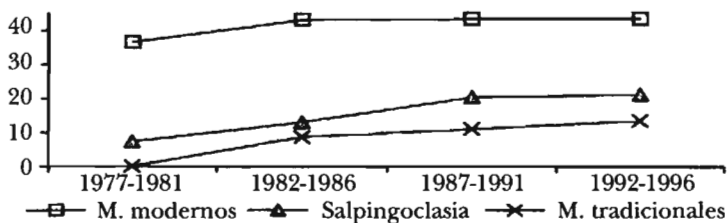


Fuente: Encuesta Regional de Salud Reproductiva y Supervivencia Infantil, 1997, Ecosur.

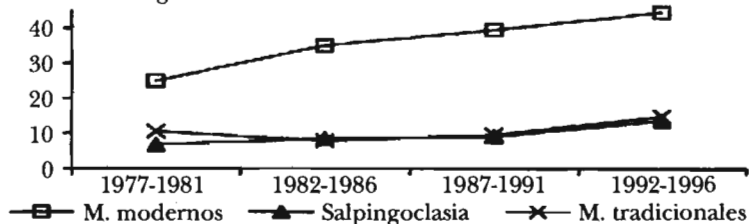
GRÁFICA 6

Variaciones de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos según contexto sociocultural. Municipio de Tapachula, Chiapas, México

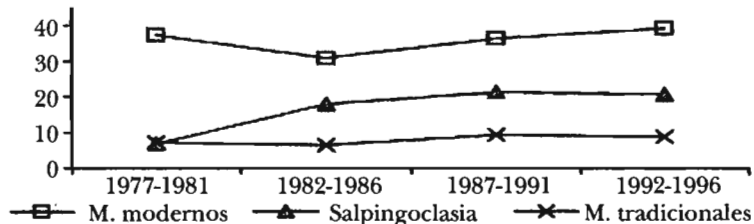
6.1 Urbano medio



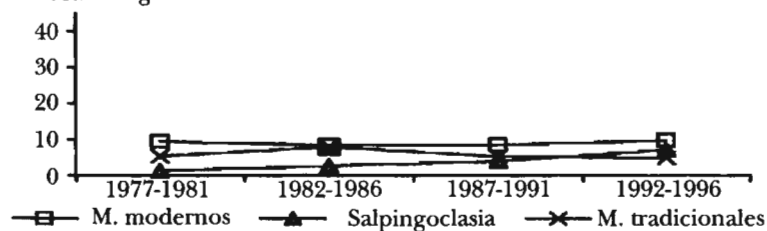
6.2 Urbano marginal



6.3 Rural mestizo



6.4 Rural indígena



Fuente: Encuesta Regional de Salud Reproductiva y Supervivencia Infantil, 1997, Ecosur.

res de mayor edad para limitar su paridad después de tener varios hijos, y entre las más jóvenes principalmente después del nacimiento del primer hijo, aunado a las variaciones en la edad de unión y al incremento proporcional de mujeres que tienen a su primer hijo antes de cumplir 20 años, podría explicar el mínimo descenso de la fecundidad en este grupo de población.

En el contexto *urbano marginal* si bien la TGF ha descendido un hijo en promedio por mujer en el periodo 1977-1987, mantiene una cifra elevada (3.7), mucho más alta que la del contexto urbano medio (2.0), aunque con prevalencias semejantes de uso de métodos anticonceptivos, que se incrementaron 71.6% (de 42.3 a 72.6%) en el periodo de estudio, como se advierte en la gráfica 4.

La edad temprana de unión, a diferencia del contexto urbano medio, alcanza una proporción mucho mayor. En este contexto aproximadamente siete de cada 10 mujeres se unen antes de cumplir 20 años de edad (67.1%), y una elevada parte de éstas se une antes de los 16 años (26.7%). La proporción de mujeres del contexto urbano marginal unidas antes de cumplir 20 años es similar en todos los grupos de edad, excepto en el de 40 a 44 años, donde dicha proporción es más elevada (85.0%). Considerando estos datos, se registra en el periodo de estudio un descenso de 22.0% en la proporción de mujeres que se unen tempranamente (antes de cumplir 20 años de edad), pese a lo cual es todavía muy elevada (cuadro 2).

En este contexto, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se ha incrementado principalmente entre las mujeres jóvenes (menores de 30 años), y la diferencia que existe entre la edad de unión, que permanece elevada (67.1%), y el descenso en la proporción de mujeres que tienen su primer hijo antes de cumplir 20 años (que pasó de 76.5 a 50.0%), sugiere que en este contexto se podrían estar utilizando los métodos anticonceptivos en el periodo protogenésico. Entre las de 25 a 29 años la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos pasó de 22.2 a 53.2% (con un incremento de 139.6%); entre las de 20 a 24 años de 27.0 a 53.8% (99.3%), y entre las de 15 a 19 años de 23.9 a 49.1% (105.4%). Las mujeres de 30 a 34 años lograron un incremento mínimo, ya que la prevalencia pasó de 50.0 a 56.7% (13.4%) (gráfica 5.2).

Lo anterior coincide con el tipo de métodos anticonceptivos utilizados. En esta población el incremento en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos ha sido a expensas de los métodos modernos temporales (píldoras, inyecciones, DIU) que registran el mayor au-

mento comparado con los otros contextos (79.0%; de 24.8 a 44.4%); mientras que la prevalencia de esterilización quirúrgica ha pasado de 6.7 a 13.5% (aumento de 101.5%), con una frecuencia notablemente inferior a la registrada para los contextos urbano medio y rural mestizo (gráfica 6.2).

La utilización de los dos anticonceptivos temporales modernos en los grupos de edad donde ocurre la mayoría de los nacimientos podría explicar en parte el descenso de la TGF pese a la todavía elevada proporción de mujeres que se unen tempranamente. Sin embargo, como anotamos previamente, el mayor descenso de la fecundidad en este contexto corresponde principalmente al grupo de mayor edad, cuya prevalencia anticonceptiva es menor. Esta falta de relación entre la prevalencia anticonceptiva y la fecundidad específica por edad podría ser explicada también por el uso correcto y la efectividad de los métodos anticonceptivos empleados.

Tal patrón de fecundidad y de prácticas anticonceptivas probablemente derive del origen y las características de esta población. Como mencionamos en el apartado correspondiente, la población urbana marginal proviene principalmente de asentamientos rurales mestizos; pertenecen a los grupos domésticos que no tienen parcelas para sembrar, con frecuencia se contratan como jornaleros agrícolas y tienden a moverse de una comunidad a otra o de una finca a otra; son asimismo los más pobres y con mayor fecundidad en este tipo de asentamientos. La elevada prevalencia de uso de métodos anticonceptivos puede explicarse por la intensidad con que ha operado el programa de planificación familiar en los asentamientos rurales mestizos de donde provienen. Es importante mencionar que presentan una relativamente baja prevalencia de esterilización quirúrgica (13.5%) en comparación con la población urbana media (21.2%) (zona de destino) y la rural mestiza (20.7%) (asentamientos de origen). Esa baja prevalencia puede ser explicada por la falta de un contacto permanente con los servicios de salud y el programa de planificación familiar, debido inicialmente a su movilidad geográfica, y posteriormente a la falta de servicios de salud en los asentamientos urbanos marginales, ya que para la esterilización quirúrgica se requiere un periodo variable de tiempo en que se logra convencer a las mujeres y sus parejas, así como ciertas condiciones de estabilidad residencial (vivienda, redes de apoyo) para enfrentar los requerimientos de una intervención quirúrgica. Por otra parte, los métodos anticonceptivos temporales ofrecen una alternativa que se adapta mejor a sus

condiciones de vida porque ofrecen mayor facilidad de obtención y aplicación.

Es en el contexto *rural mestizo* donde se ha registrado un mayor descenso de la TGF₁₅₋₃₄, pues se logró una disminución sostenida de la fecundidad entre las mujeres mayores de 20 años en el periodo 1977-1996. La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos se incrementó de 51.4 a 69.0%, con un aumento significativo de la esterilización quirúrgica, cuyas cifras se triplicaron al pasar de 6.7 a 20.7%, así como con los incrementos, aunque menos importantes, del uso de métodos modernos temporales y tradicionales (gráfica 6.3). Esta tendencia a utilizar métodos anticonceptivos corresponde, al igual que en el contexto urbano medio, a la expansión de la cobertura de los servicios de salud y de planificación familiar, mismos que operan regular e intensamente en este tipo de asentamientos desde 1983.

La frecuencia de uso de métodos anticonceptivos después del primer parto se incrementó en todos los grupos de edad a partir de 1987, pero con mayor intensidad entre las mujeres más jóvenes (15 a 19 años), ya que pasó de 19.5 a 49.2%, lo que representa un aumento de 152.3%; asimismo aumentó entre las de mayor edad (30-44 años), pues la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos pasó de 21.4 a 50.0% (aumento de 133.6%) (gráfica 5.3).

En este contexto, aproximadamente 8 de cada 10 mujeres (75.6%) se unen antes de cumplir 20 años de edad, porcentaje similar entre las mujeres de los distintos grupos. La unión de las mujeres antes de cumplir 20 años solamente ha registrado un descenso mínimo (5.3%) al pasar de 75.0 a 71.0% para los grupos de 40 a 44 y 25 a 29 años, respectivamente (cuadro 2), lo mismo que la proporción de mujeres que tienen a su primer hijo tempranamente (de 52.7 a 51.4% para los periodos 1977-1981 y 1992-1996).

Esta relativa estabilidad en la edad de unión (aunque con una proporción muy elevada de uniones tempranas), acompañada de un incremento sustancial en la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en todos los grupos de edad, especialmente entre las mujeres más jóvenes, explicaría el descenso en la TGF₁₅₋₃₄ en este contexto.

En el contexto *rural indígena* la fecundidad mostró un descenso de 0.8 hijos por mujer en el periodo 1977-1996. La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos pasó de 15.7 a 21.8%, principalmente gracias al aumento en los grupos de mujeres más jóvenes. Entre las de 15 a 19 años pasó de 5.9 a 15.6% (un aumento de 164.4%) y entre las de 20 a 24 años, pasó de 6.3 a 23.1% (un aumento de 266.7%) (gráfica 5.4).

La salpingoclasia ha favorecido el aumento en la tasa, cuya prevalencia pasó de 1.2 a 7.1% (un incremento de 491.7%), mientras que los métodos modernos y tradicionales han mantenido aproximadamente las mismas cifras, al pasar de 9.3 a 9.7% en el caso de los métodos anticonceptivos modernos (un aumento de 4.3%); y de 5.2 a 4.9% en el caso de los tradicionales (un descenso de 5.8%) (gráfica 6.4).

En el contexto rural indígena la proporción de mujeres que se unen antes de cumplir 20 años alcanza 76.7%, cifra ligeramente superior a la observada en los asentamientos rurales mestizos, que es la más elevada de los cuatro contextos. La proporción que se une antes de cumplir 16 años es de 30.5%; es decir, una de cada tres mujeres indígenas se une entre los 12 y los 15 años de edad. Éste es el único de los cuatro contextos estudiados donde se presenta un incremento de 12.0% en la unión temprana de las mujeres (antes de cumplir 20 años de edad), de 70.9 a 79.4% (cuadro 2), aunque la proporción de las que tienen a su primer hijo vivo en esa edad ha disminuido ligeramente (10.2%) al pasar de 63.6 a 57.1 por ciento.

En este contexto los servicios de salud y planificación familiar empezaron a operar regularmente en 1983, aunque con una cobertura baja; en 1992 se incrementaron con la construcción de otra unidad médica rural, lo cual ha contribuido a aumentar la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos (esterilización quirúrgica).

Por otra parte, como expusimos previamente, en la última década se ha modificado el patrón migratorio de la población de estas comunidades, favoreciendo la emigración temporal individual de los varones, en detrimento de la migración familiar, y esto probablemente ha contribuido a la disminución de la fecundidad, por ausencia, lo cual reduce el efecto del incremento en la proporción de mujeres que se unen tempranamente sobre la fecundidad.

Consideraciones finales

Los hallazgos de este estudio evidencian distintos niveles de fecundidad y variaciones de la misma a lo largo del periodo 1977-1996 en los contextos socioculturales incluidos. Las prácticas anticonceptivas también varían en su magnitud y características, pese a la experiencia compartida de un amplio e intenso programa de planificación familiar en los contextos urbano medio, rural mestizo e inclusive el urbano marginal (desde los asentamientos de origen).

De los resultados presentados se desprende que si bien la presencia del programa de planificación familiar es importante para explicar el incremento de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, éste no necesariamente se traduce en un descenso que linealmente explique el comportamiento de la fecundidad. Lo anterior pese a que las cifras de uso de métodos anticonceptivos alcanzadas en los asentamientos urbanos medio y marginal y rural mestizo son muy elevadas (77.9, 72.7 y 69.0%, respectivamente) e incluso superiores a la media nacional en ese momento (66.5%, Conapo, 1997). Esto se contrapone en parte a las teorías que intentan dar una explicación generalizada a las variaciones de la fecundidad a partir de una elevada tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos de la cual se esperaría un comportamiento descendente más o menos lineal (Zavala, 1989).

Las diferencias en la utilización de métodos anticonceptivos observadas entre contextos, por edad y por tipo de métodos empleados no solamente contribuyen a esclarecer las variaciones en la relación anticoncepción-fecundidad, sino que sugieren la importancia de tomar en cuenta las dinámicas socioculturales de cada contexto. En ese sentido, la anticoncepción debe ser considerada como una práctica articulada a las condiciones particulares de vida de las mujeres y de los grupos domésticos en escenarios espacio-temporales determinados —que llamamos contextos—, y que le confieren las especificidades descritas.

Fue explorado un aspecto adicional: la edad de unión, que conjuntamente con las características de las prácticas anticonceptivas contribuye a explicar las variaciones en la fecundidad, a la vez que sugiere la necesidad de indagar sobre los aspectos socioculturales que la determinan en el interior de cada contexto. En nuestro estudio se documenta que si bien en general existe una clara tendencia hacia la edad temprana de unión, ésta varía dentro de cada contexto sociocultural y no necesariamente corresponde a la edad al nacimiento del primer hijo, aspecto sobre el que deberá profundizarse en análisis posteriores. Destaca asimismo el aumento moderado en la proporción de uniones tempranas entre las mujeres del contexto rural indígena, que bien podría ser explicada atribuyéndola al supuesto del impacto negativo de las fuerzas de la modernización —como en el caso de las uniones tempranas acompañadas de embarazos adolescentes— (Welti, 1995, 1997). Sin embargo, lo anterior no se cumple para los contextos urbano medio, urbano marginal y rural mestizo, donde se presenta una relativa estabilidad en la proporción de uniones tem-

pranas de las mujeres (con tendencias ligeramente descendentes) y donde se esperaría un efecto mayor.

Consideramos que la complejidad de las relaciones socioculturales en el interior de cada contexto supera los esfuerzos de las políticas y programas gubernamentales para modificar efectivamente la fecundidad en toda la región. Una aparente estabilidad en la fecundidad, aunada a un incremento importante de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, como en el caso del municipio de Tapachula en Chiapas, solamente puede ser explicado cuando se consideran las variaciones en los diferentes contextos socioculturales que coexisten en su interior.

Nuestros datos nos orientan hacia dos consideraciones diferentes, aunque relacionadas entre sí: por una parte el riesgo de evaluar los efectos de un programa a partir de indicadores regionales, aun cuando sean microrregionales (como el municipio de Tapachula en este caso), debido a que pervive la heterogeneidad interna en las relaciones socioculturales. Por otra parte, la necesidad de tomar en cuenta las particularidades de cada contexto sociocultural para explicar el efecto diferenciado en la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, en el tipo de métodos empleados, y en su impacto en la fecundidad a partir de la operación de programas como el de planificación familiar, así como las variaciones en las uniones y embarazos tempranos.

Después de todo, la reproducción humana es un fenómeno profundamente íntimo y complejo que adquiere sentido en espacios socioculturales concretos y responde a las condiciones particulares de vida de las mujeres y de los grupos domésticos, y no necesariamente a la racionalidad con que operan las políticas demográficas y los programas de desarrollo social.

Bibliografía

- Becker, G. (1960), "An Economic Analysis of Fertility", en *International Bureau of Economic Research, Demographic and Economic Change in Developed Countries*, Princeton, Princeton University Press, pp. 171-193.
- Bogue, D. J. (1973), "The Theories of Demographic Regulation and Transition", en D. J. Bogue (ed.), *Principles of Demography*, Nueva York, John Wiley and Sons, pp. 66-82.
- Bongaarts, J. (1987), "The Proximate Determinants of Exceptionally High Fertility", *Population and Development Review*, vol. 13, núm. 1, pp. 133-139.

- (1978), "A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility", *Population and Development Review*, vol. 4, núm. 1, pp. 105-132.
- Cain, M. (1982), "Perspectives on Family and Fertility in Developing Countries", *Population Studies*, vol. 36, núm. 2, pp. 159-175.
- Caldwell, J. (1997), "The Global Fertility Transition: The Need for a Unifying Theory", *Population and Development Review*, vol. 23, núm. 4, pp. 803-813.
- , P. H. Reddy y Pat Caldwell (1982), "The Cause of Demographic Change in Rural South India: a Micro Approach", *Population and Development Review*, vol. 8, núm. 4, pp. 689-727.
- Cleland, J. y C. Wilson (1987), "Demand Theories of the Fertility Transition: An Iconoclastic View", *Population Studies*, vol. 41, pp. 5-30.
- Cochran, W. G. (1985), *Técnicas de muestreo*, México, CECSA.
- Conapo (2000), *La situación demográfica de México*, México, Consejo Nacional de Población.
- (1997), *La situación demográfica de México*, México, Consejo Nacional de Población.
- (1993), *Índices de marginación municipal*, México, Consejo Nacional de Población.
- Coplade (1995), *Programa de Desarrollo Agropecuario. 1995-2000*, Tuxtla Gutiérrez, Gobierno del Estado de Chiapas, Consejo de Planeación del Desarrollo Estatal.
- Cowgill, D. O. (1949), "The Theory of Population Growth Cycles", *The American Journal of Sociology*, vol. 55, septiembre, pp. 163-170.
- Davis, K. y J. Blake (1967), "La estructura social y la fecundidad. Un sistema analítico", en R. Freedman, D. Kingsley y J. Blake (eds.), *La estructura social y la fecundidad. Un sistema analítico*, Santiago de Chile, Celade/ONU/Universidad de Chile/El Colegio de México, pp. 157-197.
- Ehrlich, P. R. y G. Ceballos (1997), "Población y medio ambiente: ¿qué nos espera?", *Ciencia*, vol. 48, núm. 4, pp. 19-30.
- ESRYSI (1997), *Encuesta de Salud Reproductiva y Supervivencia Infantil*, Tapachula, Chiapas, El Colegio de la Frontera Sur, p. 147.
- Hauser, P. M. y O. D. Duncan (1959), *The Study of Population*, Chicago, The University of Chicago Press.
- IMSS-Solidaridad (2000), *Ámbito de operación del Programa IMSS-Solidaridad*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- INEGI (1993), *La mortalidad infantil en México, 1990. Estimaciones municipales por entidad federativa*, Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- (1992), *Resultados definitivos del estado de Chiapas*, Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Kabeer, N. (1998), "Gender, Demographic Transition and The Economics of Family Size", ponencia presentada en la conferencia Population Policy for a Human-Centred Development, Roma, IUSSP (mimeo.).

- Keyfitz, N. (1972), "Population Theory and Doctrine: A Historical Survey", en W. Petersen (ed.), *Population Theory and Doctrine: A Historical Survey*, Nueva York, Macmillan, pp. 41-69.
- McNicoll, G. (1980), "Institutional Determinants of Fertility Change", *Population and Development Review*, vol. 6, pp. 441-462.
- Miró, C. (1993), *América Latina: Transición demográfica y crisis económica, social y política*, vol. 1, México, UNAM/El Colegio de México/Pispal, pp. 65-113.
- Nazar Beutelspacher, A. (2000), *Políticas de población y bienestar de las mujeres en tres contextos rurales de Chiapas*, tesis de doctorado en el Centro de Estudios del Desarrollo Rural, Montecillo, Texcoco, Colegio de Postgraduados.
- Notestein, F. W. (1953), "Economic Problems of Population Change", *Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists*, Londres, Oxford University Press.
- (1948), "Summary of the Demographic Background of Problems of Underdeveloped Areas", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 26, pp. 249-255.
- (1945), *International Population Readjustments*, Princeton, Princeton University, pp. 94-102.
- Peña-Piña, J. et al. (2000), "Determinantes socioeconómicos de la migración laboral temporal: el caso de los indígenas mames de la Sierra Madre de Chiapas, México", *Papeles de Población*, núm. 23, pp. 153-179.
- Salvañera, B. et al. (1995), *Perfil epidemiológico y grados de marginación por localidad en el estado de Chiapas*, México, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, El Colegio de la Frontera Sur.
- Salles, V. (1999), "El trabajo y el no trabajo. Un ejercicio teórico-analítico desde la sociología de la cultura", en E. de la Garza (comp.), *Los retos teóricos de los estudios del trabajo hacia el siglo XXI*, Buenos Aires, Clacso.
- Welti, C. (1997), "Cambios en la fecundidad", *Demos. Carta Demográfica sobre México*, núm. 10, pp. 16-18.
- (1995), "La fecundidad adolescente. Implicaciones del inicio temprano de la maternidad", *Demos. Carta Demográfica sobre México*, núm. 8, pp. 9-10.
- Zapata Martelo E. y A. Nazar Beutelspacher (2000), "Género: Migración y permanencia en tres comunidades de la región fronteriza de Chiapas y Guatemala", en Ursula Prutsch (coord.), *Arbeit als Machinstrument: Soziale, Ökonomische und Kulturelle Auswirkungen in Lateinamerika*, Frankfurt, Brandes y Aspel/Südwind, pp. 164-179.
- Zavala de Cosío, M. E. (1992), "La transición demográfica en América Latina y en Europa", *Notas de Población*, vol. 20, núm. 56, pp. 11-32.
- (1989), "Fecundidad. Dos momentos en la transición demográfica", *Demos. Carta Demográfica sobre México*, núm. 2, pp. 6-7.