

## Las mujeres de alta fecundidad en México: orientaciones para una política de población

Elsa López\*

*Este artículo analiza las diversas modalidades de la alta fecundidad por edad en México en tres contextos residenciales (rural, urbano y metropolitano). Se revisan algunos aspectos acerca de las relaciones entre las mujeres de alta fecundidad, su escolaridad y los grupos sociales a los que pertenecen. El objetivo es hacer algunos señalamientos que permitan orientar el diseño de políticas de población que puedan incidir favorablemente en los sujetos afectados.*

### 1. Introducción

La disminución de los niveles de la fecundidad en México es un fenómeno significativo 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 un descenso sostenido de la fecundidad, reducción 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 desempeñado por la política de población de México en la baja de la fecundidad ha sido objeto de numerosas investigaciones (Alba y Potter; Márquez, 1984; Cepal, 1983a). Aunque resulta difícil coincidir sobre los determinantes de esta baja, es más factible lograr un acuerdo sobre el papel que ha desempeñado 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 aumentado 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, 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, López y Tuirán, 1986). Esta comprobación habla de la efectividad de los programas de reducción de la natalidad llevados a cabo por el Estado, por medio de los servicios de planificación familiar apo-

\* Profesora-investigadora del CEDDU hasta 1987. Actualmente es profesora en el Instituto de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

yados 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 que se ha mencionado.

El 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, y se asocia positivamente con la proporción de población urbana y negativamente con el nivel educacional.

Estos postulados comenzaron a entrar en crisis al terminar la segunda guerra mundial. Los demógrafos Davis y Notestein y otros seguidores del enfoque de la transición demográfica empezaron 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 el 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 dirigido 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.

México tampoco estuvo al margen de estas discusiones al comienzo de los debates sobre la legislación relacionada con la planificación familiar. Alba y Potter (1986) comentan que, si bien algunos sectores pensaban que la difusión de la práctica anticonceptiva se lograría rápidamente, la opinión mayoritaria fue que las condiciones económicas y culturales deberían mejorar notablemente para que la alta fecundidad bajara. De no suceder así solo se lograría una demanda marginal de métodos de control de la fecundidad.

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 mu-

cho antes de la puesta en marcha de los programas estatales. Por consiguiente, el grueso de la población femenina en edad fértil del país pasó a formar parte del objetivo de los programas de reducción de la fecundidad.

## 2. 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 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 y en el control ejercido para realizarlo. Los europeos en cambio, bajaron su fecundidad en gran medida por el control masculino.

Los aspectos de la reproducción humana están inmersos en un contexto en el que los aspectos socioculturales y psicológicos desempeñan 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. El acceso de estas mujeres a la relación conyugal y sexual y a la anticoncepción cubre una amplísima gama de posibilidades. Se sabe que el control de la fecundidad se ha dado más precozmente en las mujeres urbanas más favorecidas que en las rurales. En las últimas décadas, sin embargo, en los países del Tercer Mundo se han acelerado los ritmos para lograr el descenso de la fecundidad de todas las mujeres, aunque el esfuerzo para mejorar las condiciones de existencia de las más pobres no ha tenido el mismo éxito. En el ámbito de las preocupaciones de los encargados de diseñar la política de población y, en general, de los estudiosos de estos temas, surge una serie de interrogantes. En torno a los temas que cabría tomar en cuenta, resalta el proceso de formulación de las políticas y del papel que desempeñan en ellas los distintos actores sociales y las principales instituciones. Desde el punto de vista del planificador (sea él mismo o no un político) los objetivos que intenta alcanzar deberían elaborarse tomando en cuenta las características de la población a la que se dirige la política. Este aspecto incluye, de manera esencial,

las necesidades prevalecientes 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 la que impone cambios de comportamiento basados meramente en la razón y en ideas “modernizantes”. En este sentido, estos cambios de comportamiento, 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, a propósito de ciertas prácticas para reclutar usuarios de métodos anticonceptivos.

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 papel 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 prever en la búsqueda del bienestar. El postulado del Plan de Acción Mundial en Población de 1974 sobre decisiones libres e informadas acerca del tamaño de la familia y el espaciamiento de los hijos requiere de este tipo de participación en las fases de elaboración, ejecución y evaluación de la política. La historia y algunos hechos recientes —el terremoto de 1985 en México, por ejemplo— nos hablan de que frente a necesidades acuciantes, las mujeres asumen un papel participativo de gran significación. Éste es el primer paso para una mayor integración social de la mujer y la mejor manera de comenzar a demandar el largo camino de la subordinación femenina, que aún es parte del papel tradicional de las mujeres (De Oliveira y García, 1985) y tiene importantes implicaciones demográficas (Masson, 1984).

Con respecto al cambio que debe promoverse en torno a las actitudes tradicionales, resultan de gran interés algunas de las recomendaciones surgidas de la Conferencia Internacional de Población de México en 1984.

Las recomendaciones mencionan una amplia gama de temáticas que influyen en el diseño de las políticas. Algunas 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 que se consideren apropiados (recomendación 25, Conferencia Internacional de Población, 1984).

Con estas recomendaciones se intenta lograr transformaciones que apunten a una modificación sustancial de la situación presente. Todas ellas asumen 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 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 actitudes masculinas en lo que hace a la planificación familiar, la crianza de los niños y los oficios domésticos, debe haber inundado de escepticismo a algunos de los signatarios de la conferencia. Lo más importante, fuera de la polémica y dentro del diseño de la política de 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 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 dentro de la pareja; otras veces la mujer debe mentir a su compañero 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 a la educación relacionada con 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 de los géneros hasta épocas muy recientes. Los servicios de planificación familiar y la educación en la población deberían avocarse al estudio de 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, parecería 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 de las políticas demográficas apela al respeto a los derechos humanos y a los valores religiosos, filosóficos y culturales. Desde luego, este aspecto es también generador de conflicto, no sólo entre los planificadores y las metas que proponen alcanzar sino en el contexto de las comunidades y las familias, entendiéndose por ésta tanto a su componente nuclear como a la red más amplia de parentesco 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.

Finalmente, la recomendación 25 advierte sobre el uso de métodos anticonceptivos médicamente aprobados y que se consideran apropiados (para cada mujer de acuerdo con su paridez y estado de salud). En este sentido, llama la atención mundial el hecho de 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 parecería indicar que es el que, a cierta edad y con un número de hijos elevado, adoptan las mujeres con conocimientos acerca de la anticoncepción y disponibilidad relativamente reciente hacia ella. Un mayor conocimiento de las decisiones que llevan a la adopción de los distintos métodos, así como de las metas y forma de reclutamiento de las usuarias eliminaría 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 resolver 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 pobla-

ción (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 basada en una creciente participación social de la misma población a la que se dirige en la cual se contemplará la situación concreta de esa población.

### 3. Aspectos metodológicos

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. Por lo tanto, el universo de estudio quedó constituido por las mujeres que estaban actualmente unidas y aquellas que lo estuvieron alguna vez; los datos se tomaron de la Encuesta Nacional Demográfica (END) de 1982. Por las características de su diseño de muestra, la END 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 o más. La categoría de Áreas Metropolitanas no está incluida en lo urbano y está constituida por las áreas citadas de Guadalajara, México y Monterrey.

Al abordar el tema de la alta fecundidad surgió el problema de cómo definirla. En un trabajo de alta paridez en Argentina (Pantelides, 1978) se trata este fenómeno analizando cinco censos nacionales de población, que abarcan el periodo 1895-1970, y se define a las mujeres de alta paridez como aquellas que tienen 5 hijos o más. Pantelides observa la proporción de mujeres con alta paridez en 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. Éste no es el caso de la información que se presenta en este trabajo. 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 hacer 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 (Argelia, México, República Dominicana, Sri Lanka, Túnez y Uruguay) 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).

El resultado es una selección conservadora, que intenta buscar un umbral lo suficientemente alto como para que las interpretaciones que se deduzcan signifiquen que, al menos, la alta fecundidad de México se sitúa en los valores encontrados. Debe notarse que la fecundidad declinó en varios de los países considerados, incluido México.

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

Grupo 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

#### 4. La magnitud de la alta fecundidad

Siguiendo el 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, una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años, y aproximadamente una de cada tres entre los 20 y los 29 años, forman parte de lo que se ha llamado mujeres de alta fecundidad. En el total de la población del país el porcentaje se eleva a alrededor de 40% (cuadros 1, 2, 3 y 4).

Si se toman en cuenta los tres 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, una de cada cuatro mujeres tiene 2 hijos y más. El

**CUADRO 1**  
**Distribución porcentual de las mujeres alguna vez unidas por edad y número de hijos. (Total del país)**

Grupos de edades	Número de hijos											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	13.4	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)
<b>Total</b>	<b>7.3</b>	<b>14.2</b>	<b>15.4</b>	<b>14.4</b>	<b>12.3</b>	<b>9.1</b>	<b>6.8</b>	<b>6.2</b>	<b>4.3</b>	<b>3.2</b>	<b>3.1</b>	<b>3.7</b>	<b>38.9</b>	<b>100.0</b>	<b>(11 597 600)</b>

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

**CUADRO 2**  
**Distribución porcentual de las mujeres alguna vez unidas por edad, número de hijos y lugar de residencia. (Áreas rurales)**

Grupos de edades	Número de hijos											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								28.0	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	(1 085 508)
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	2.6	2.5	3.1	8.4	9.0	10.5	7.4	5.8	13.4	5.7	12.1	10.3	50.3	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	100.0	(6 077 400)

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

**CUADRO 3**  
**Distribución porcentual de las mujeres alguna vez unidas por edad, número de hijos y lugar de residencia. (Áreas urbanas)**

Grupos de edades	Número de hijos											MAF	Total	Base	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				11 y +
15-19	36.6	50.0	0.0	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	(460 100)
35-39	1.9	2.7	13.8	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	0.7	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	0.9	8.4	14.0	10.2	10.0	5.6	9.0	10.5	45.3	100.0	(279 300)
<b>Total</b>	<b>6.0</b>	<b>10.7</b>	<b>18.3</b>	<b>14.3</b>	<b>12.0</b>	<b>8.5</b>	<b>7.6</b>	<b>4.7</b>	<b>3.7</b>	<b>3.0</b>	<b>2.2</b>	<b>3.0</b>	<b>100.0</b>	<b>(2 691 800)</b>	

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

**CUADRO 4**  
**Distribución porcentual de las mujeres alguna vez unidas por edad, número de hijos y lugar de residencia. (Áreas metropolitanas)**

Grupos de edades	Número de hijos											Total	Base		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			11 y +	
15-19	33.0	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	(508 300)
30-34	4.6	0.7	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	3.3	36.0	100.0	(386 300)
45-49	6.4	5.3	5.8	7.1	15.2	12.9	8.0	6.9	9.6	7.7	3.2	11.7	39.3	100.0	(304 000)
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.

valor modal de la alta fecundidad se sitúa en los 2 hijos, con una frecuencia relativa de 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 dos hijos, pero en niveles notablemente inferiores (9 y 10% respectivamente). En cambio, en un 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 tardíamente. 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 que un número significativo de mujeres tienen hijos a edades tan tempranas en los países subdesarrollados. Las respuestas pueden ser de diversa índole: una es la que se relaciona con el desconocimiento 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 no sancionan la concepción prenupcial. Una tercera causa estaría relacionada con la falta de los estímulos a los que se aludió antes, como la educación, el empleo y la recreación. Es posible que en una situación precaria las jóvenes rurales, más que las urbanas, encuentran menos limitantes en tener hijos cuando son 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 o más tienen porcentajes de alta fecundidad de alrededor de 20%; en las mujeres rurales de la misma edad esta característica se acerca al doble — 38.4%. La composición interna de las mujeres de alta fecundidad (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: 10% de las mujeres rurales de 20 a 24 años ya tienen 5 hijos y más. Las mujeres que viven en las tres áreas metropolitanas con este nivel de fecundidad no llegan a constituir ni 1%, y las del resto urbano del país concentran algo más de 2 por ciento.

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 MAF en las zonas urbanas en relación con las metropolitanas, como resultado del mayor peso relativo que tienen las mujeres urbanas en las categorías a partir del cuarto hijo. 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, 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 de menos de 20 000 habitantes, la mitad de las mujeres de este grupo de edad están comprendidas en la categoría de alta fecundidad (AF: 5 hijos o más).

En las áreas urbanas y metropolitanas este valor se ubica aproximadamente en 30% y, de acuerdo con lo esperado, las zonas urbanas tienen porcentajes ligeramente superiores a los de las metropolitanas. Mientras en estas dos áreas sólo 4% de las mujeres tienen 8 hijos y más, en las zonas rurales esta categoría se acerca a 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 siguiente grupo de edad, casi una de cada cuatro mujeres rurales de 35 a 39 años tiene 7 hijos y 13 por ciento tiene 10 hijos o 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, éstas fueron las primeras seguidoras de los programas de planificación familiar —tenían de 35 a 39 años— en 1977, fecha en la que 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. Podría pensarse que, en el sentido mencionado, las mujeres urbanas en las que se percibe un cambio en los patrones de 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 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 a 31% frente a 20% en AU y 15% en AM. En las tres zonas, como dato llamativo, el porcentaje de mujeres con 2 y 3 hijos es de alrededor de 13 por ciento.

De acuerdo con las evidencias mencionadas se puede llegar a algunas conclusiones:

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

b) En las edades más jóvenes —de 15 a 24 años— la diferencia de la alta fecundidad entre las áreas urbana y 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 con la metropolitana, que en ocasiones es significativa.

d) La distribución de la fecundidad es más extendida en las zonas rurales y se concentra más en el resto urbano.

e) La proporción de mujeres sin hijos es muy similar en las tres zonas examinadas. Si se observa a las mujeres de más edad, esta proporción decrece de las áreas metropolitanas a las rurales.

## 5. Alta fecundidad y anticoncepción

En los cuadros 5, 6 y 7 se presenta información sobre el comportamiento de los métodos utilizados por las mujeres unidas, en relación con su condición de fecundidad.

En términos generales y en cuanto a la frecuencia en el uso pa-

rece que no hay diferencias marcadas entre las mujeres con alta fecundidad y el resto de ellas (cuadro 5). En rigor, las de alta fecundidad usan más anticonceptivos en las zonas rurales 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 se adhiere a 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 preferencia y uso. Las mujeres de alta fecundidad de las zonas rurales prefieren por igual las pastillas y la operación femenina (una de cada 10 mujeres rurales unidas en edades fértiles está esterilizada y una 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 una de cada 4 mujeres de toda la población de alta fecundidad ha optado por la esterilización y la mitad de las usuarias de anticonceptivos con una alta fecundidad elige este método. Cerca de 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 áreas metropolitanas escogen el método definitivo en primer lugar, seguido por casi el mismo porcentaje de las que usan 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 6). En las áreas urbanas y metropolitanas, 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 área rural los porcentajes de las que optan por la operación femenina son sensiblemente más bajos, aunque constituyen el método más utilizado. Un

**CUADRO 5**  
**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 condición de fecundidad					
	Rural			Urbano		
	AF	AF	AF	AF	AF	AF
Usan	35.0	33.3	50.0	50.9	56.6	53.0
Pastillas	10.0	13.0	11.7	17.0	10.9	13.2
DIU	1.0	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 tradicionales	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.

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 porcentajes muy próximos entre sí, 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 edad, en el cuadro 7 se expone la distribución ordinal de los métodos de acuerdo con 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 principal. 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 frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en las mujeres de no alta fecundidad es la siguiente:

a) 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 etéreo.

b) En el resto urbano se configura un patrón dicotómico y 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: sólo un tercio de las mujeres de 30 a 34 años recurre a ella, mientras que las mayores de 35 años esterilizadas constituyen la mitad de la población que usa anticonceptivos en esas edades.

Como conclusión puede decirse que la preferencia por la esterilización se produce a edades 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 o más eligen la esterilización como método para limitar su descenden-

**CUADRO 8**  
**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 condición de fecundidad					
	Rural		Urbano		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	8.0
Otros tradicionales	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.

CUADRO 7  
**Métodos anticonceptivos usados actualmente por las mujeres unidas  
 por edad, condición de fecundidad y lugar de residencia**

Grupos de edad	Rural						Urbano y metropolitano					
	AF			AF			AF			AF		
	1º lugar	2º lugar	1º lugar	2º lugar	1º lugar	2º lugar	1º lugar	2º lugar	1º lugar	2º lugar	2º lugar	
20-24	Pastillas			Pastillas			Esterilización			Pastillas		
	Inyecciones (50%)	Tradicional (35%)		Tradicional (25%)	DIU (33%)		Pastillas (33%)	Esterilización (23%)	Pastillas (46%)	DIU (26%)		
25-29	Esterilización			Esterilización			Esterilización			Pastillas		
	Pastillas (48%)	DIU (35%)		DIU (40%)	DIU (38%)		Pastillas (25%)	Pastillas (17%)	Pastillas (35%)	DIU (23%)		
30-34	Esterilización			Esterilización			Esterilización			Esterilización		
	Pastillas (33%)	DIU (23%)		Pastillas (32%)	DIU (54%)		Pastillas (17%)	Pastillas (30%)	Esterilización (30%)	DIU (47%)		
35-39	Esterilización			Esterilización			Esterilización			Esterilización		
	Tradicional (36%)	DIU (31%)		tradicional (36%)	DIU (56%)		Pastillas (15%)	Esterilización (19%)	Esterilización (49%)	Pastillas (19%)		
40-49	Esterilización			Esterilización			Esterilización			Esterilización		
	Pastillas (36%)	DIU (23%)		Tradicional (36%)	DIU (56%)		Pastillas (15%)	Esterilización (19%)	Esterilización (49%)	Pastillas (19%)		

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

cia. Las residentes rurales, por su parte, recurren a este método como segunda elección. El conjunto de mujeres que no tiene alta fecundidad usa 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.

La incorporación reciente a la práctica anticonceptiva masiva confiere ciertas características peculiares 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 (Naciones Unidas, 1984).

En los países latinoamericanos la esterilización es usada en forma casi exclusiva por las mujeres; éste no es el caso en algunos países de 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 Estados Unidos y Gran Bretaña (Naciones Unidas, 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 São 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, donde 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 psicosocial y cultural.

En México y en otros países del Tercer Mundo las que se esterilizan tienen una fertilidad alta —4 o 5 hijos y más— a diferencia de las que recurren a este método en las áreas desarrolladas —2 o 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 donde 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 fertilidad 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 proporción 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 un futuro.

Volviendo al análisis de los datos puede verse una información más detallada sobre las mujeres esterilizadas y la condición de alta fecundidad en el cuadro 8. De su lectura surge una primera evidencia: en el caso del área rural, y a excepción de las mujeres de 30 a 34 años, casi 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 las urbanas. Estas últimas han utilizado el método definitivo a partir de un número de hijos menor: 13% entre 2 y 3 hijos, 15% a los 3 hijos, entre los 40 y 49 años; 27% entre 2 y 3 hijos y 17% a los 4 hijos entre los 35 y 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 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 cuarto 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 contribuir 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 tendría como consecuencia resultados favorables a la adopción de la esterilización. Desde la óptica de las usuarias, esa hipótesis puede verse como un medio de acceso a la información anticonceptiva; en cambio desde la perspectiva de los servicios de atención materno-infantil, las mujeres atendidas en esas instituciones serán vistas 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, de 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; Excélsior, 1986).

Del análisis de la información disponible, surge como evidente el espectacular cambio en los patrones de uso de anticonceptivos en México en el lapso de 1969 a 1982. Para la primera de esas fechas, al estudiarse comunidades rurales (de 20 000 habitantes o menos), se dedujo que sólo 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 rápida difusión lograda a partir de la intervención estatal lleva a reflexionar sobre los postulados de los científicos sociales antes de la implantación de las políticas que afectan esta área. Al respecto, y en palabras de Judith Blake, “el retorno a la estabilidad poblacional requerirá cambios complejos en la organización social y económica” (García, 1976). Sin embargo, el éxito en la consecución de metas de creci-

**CUADRO 8**  
**Distribución porcentual de las mujeres esterilizadas por lugar de residencia, condición de fecundidad y número de hijos nacidos vivos**

Grupos de edad	Rural						Urbano y metropolitano						Base
	Alta fecundidad			No alta fecundidad			Alta fecundidad			No alta fecundidad			
	6	5	4	3	2	Base	6	5	4	3	2		
20-24						77						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	
35-30	75		15	7	2	106 500			18	17	16	11 266 900	
40-49	70		2	22	5	119 100			18	11	15	6 5 244 400	
Total						476 000							927 500

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

miento 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.

## 6. Alta fecundidad y nivel educacional

La inclusión de la dimensión educativa en el análisis de la fecundidad no constituye un recurso novedoso. Lo que tal vez agregue un cierto matiz renovador es que algunas cifras pueden proporcionar un panorama que establezca una 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 precede a la ejecución de determinadas políticas, cuya finalidad debe contemplar la elevación de la calidad de la vida.

El cuadro 9 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 o alguna vez unida revela un elevado porcentaje de escolaridad nula o muy baja (43.1%); esta población origina 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 (8 por ciento).

2) El nivel educacional de las mujeres varía con la edad: en el estrato más bajo se encuentra 30% de las mujeres más jóvenes y 58% de las más grandes. Ambos grupos etáreos, con educación formal casi inexistente, son los que más aportan 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 o 4 hijos); en las de 40 a 49 casi las tres cuartas partes de la fecundidad elevada corresponde 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 5%, dato que resulta consistente si se considera que 72% de la alta fecundidad de las mujeres más grandes proviene de las de menor educación.

**CUADRO 9**  
**Distribución porcentual de las mujeres alguna vez unidas y de las de alta fecundidad por edad, y nivel educacional**

Nivel educacional	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
Total	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.

En resumen, al comparar las estructuras por edad de la población y de la 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 tres años de escuela primaria. El mismo nivel educativo había alcanzado 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 tres años de la escuela o no habían concurrido a la misma.

El cuadro 10 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 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 10 por edad puede notarse que las generaciones más jóvenes de mujeres están en una posición más ventajosa que sus congéneres mayores. 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 con 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 con el 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<sup>1</sup> (López y Tuirán, 1983), pero surge la duda acerca

<sup>1</sup> Ésta parece ser también la experiencia reciente con Costa Rica. Según Cam-

**CUADRO 10**  
**Distribución porcentual de las mujeres unidas por edad, nivel educacional y lugar de residencia**

Nivel educacional	Grupos de edad y lugar de residencia												Total
	20-29			30-29			40-49						
	R	U	M	R	U	M	R	U	M	R	U	M	
Sin educación	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
1-3 años													
De 4° año a													
primaria	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	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
más	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
Total	(2 172 100)	(988 400)	(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)	(10 663 600)

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

de la constancia de esta situación, a menos que se produzcan cambios que signifiquen una apertura de diversas opciones para las mujeres (Smith, 1986); de la participación en esta apertura podría depender una continuidad en la tendencia al descenso, y en este punto destaca 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, aun en ausencia de cambios en la participación femenina en la fuerza de trabajo, un avance en la educación femenina puede influir en 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, lo que lleva a concluir que la ampliación del porcentaje de población que recibe algún grado de escolaridad es uno de los factores más sólidos para el cambio social.

### 7. 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 adecuado, en la medida de lo 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 con 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 reunir los valores de los 9 grupos socia-

---

panario 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).

les 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 nueva pequeña burguesía y la burguesía tradicional. Este conjunto concentra a 15.5% de la población encuestada.<sup>2</sup> 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, y 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 —7%—, las condiciones de vida deficientes que caracterizan a este grupo social lo hacen particularmente importante a los ojos de las personas que estudian la fecundidad en un contexto social determinado. A esta categoría pertenecen los agentes sociales cuya actividad económica 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 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, y b) aquellos trabajadores que tienen una relación indirecta con la producción.

<sup>2</sup> De acuerdo con el trabajo de Bronfman y Tuirán, 11% de la población no pudo ser clasificada debido a que no se completó la información requerida.

## B) Grupos sociales agrícolas

1) Los grupos campesinos. Representados por 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 explorar 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 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.<sup>3</sup>

En el cuadro 11 se muestra la contribución relativa de las distintas clases sociales a la alta fecundidad y a su complemento, la fecundidad baja, 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 evitar la excesiva desagregación 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 los 8 puntos porcentuales o, en otros términos, supera en 36.7% la representatividad de este grupo social en el total. A la inversa, los grupos burgueses, que constituyen 18.7% de la población femenina unida, contribuyen a la alta fecundidad con sólo 12.1% o lo que es igual, que sólo una de cada 8 mujeres con alta fecundidad proviene de este grupo cuando una de cada 5 está representada en la población total. En el caso de la fecundidad baja puede verse la situación opuesta.

Al examinar el comportamiento por edades, el patrón delineado antes se mantiene inalterable: son claramente las clases agrícolas y la fuerza de trabajo "libre" las que se desvían más de su prototipo general en la alta fecundidad y son los grupos burgueses y proletarios los que están sobrerrepresentados en el grupo de fecundidad baja.

Teniendo en cuenta que las clases no agrícolas constituyen 80% del total, puede verse en el cuadro 12 qué sucede al tomarlas

<sup>3</sup> Para la construcción de las clases sociales, véase el trabajo citado de Bronfman y Tuirán.

CUADRO 11  
**Distribución porcentual de las mujeres por edad, grupo social y condición de fecundidad**

Grupos de edad y condición de fecundidad	Grupos sociales					Total	Base
	Burgueses	Fuerza de trabajo "libre"	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
AF̄	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
AF̄	25.2	5.6	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
AF̄	19.9	9.9	53.8	12.5	3.9	100.0	1 280 800
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	4 167 300
AF̄	21.6	7.6	55.0	8.2	5.2	100.0	6 116 600

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

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 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 11.

La misma línea de análisis se observará en el cuadro 13, 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 baja fecundidad es muy notoria en relación con el peso en la población general, salvo en el último grupo.

La conclusión que se extrae de los cuadros 11, 12 y 13 es que cuando se considera el total de los grupos sociales, los agrícolas y el de 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 la fuerza de trabajo "libre". Finalmente, en el sector agrícola, la alta fecundidad tiene un peso mayor del que le corresponde en la población de los grupos sociales campesinos.

En el punto siguiente se considerará la importancia que asume la alta fecundidad en cada grupo social (véase el cuadro 14). Nuevamente, en términos generales, destacan los altísimos porcentajes de las dos categorías agrícolas y la de la fuerza de trabajo "libre". Así, 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 anticon-

CUADRO 12  
**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 agrícolas				Total	Base
	Burgueses	Fuerza de trabajo "libre"	Proletarios	Total		
20-29	24.8	9.9	65.3	100.0	3 402 800	
AF	19.2	11.9	68.9	100.0	978 800	
AF	27.0	9.1	63.9	100.0	2 424 000	
Total	23.9	10.2	65.9	100.0	2 936 600	
30-39	16.7	16.1	67.2	100.0	1 133 000	
AF	28.4	6.5	65.1	100.0	1 803 600	
Total	20.3	15.4	64.4	100.0	1 968 500	
40-49	15.5	19.8	64.4	100.0	797 500	
AF	23.8	11.9	64.3	100.0	1 071 000	
Total	23.4	11.3	65.3	100.0	8 207 900	
AF	17.2	15.8	67.0	100.0	2 909 300	
AF	26.8	8.8	64.4	100.0	5 298 600	

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

**CUADRO 13**  
**Distribución porcentual de las mujeres unidas por edad, grupo social agrícola y condición de fecundidad**

Grupos de edad y condición de fecundidad	Grupos sociales agrícolas			Total	Base
	Campeños	Asalariados agrícolas	Total		
20-29	Total	62.2	37.8	100.0	731 800
	AF	71.2	28.8	100.0	352 400
30-39	Total	53.7	46.3	100.0	379 400
	AF	71.2	28.8	100.0	714 900
40-49	Total	76.3	23.7	100.0	486 100
	AF	60.3	39.7	100.0	228 800
Total	Total	62.2	37.8	100.0	619 700
	AF	66.8	33.2	100.0	409 900
Total	Total	67.6	32.4	100.0	2 066 400
	AF	71.8	28.2	100.0	1 246 400
	AF	61.3	38.7	100.0	818 000

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica, 1982.

**CUADRO 14**  
**Distribución porcentual de las mujeres de alta fecundidad<sup>1</sup> por edad y grupo social**

Grupos de edad	Grupo social				Asalariados agrícolas
	No agrícolas		Agrícolas		
	Burgueses	Fuerza de trabajo "libre"	Proletarios	Campesinos	
20-29	22.3	34.5	30.3	55.2	36.6
Base	(643 000)	(337 500)	(2 222 300)	(454 900)	(276 900)
30-39	27.0	60.7	39.4	72.9	55.9
Base	(701 900)	(299 900)	(1 934 800)	(508 900)	(206 000)
40-49	32.7	55.6	56.0	63.2	73.1
Base	(378 800)	(287 000)	(1 202 700)	(433 400)	(186 300)
Total	27.0	55.5	37.7	65.0	54.2
Base	(1 923 700)	(924 400)	(5 359 800)	(1 397 200)	(669 200)

<sup>1</sup> 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.

ceptiva 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 la fuerza de trabajo "libre" muy similares entre sí estarían manifestando pautas de fecundidad elevada, al mismo tiempo que una implantación más reciente de los programas de control de la fecundidad.

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

a) La que agrupa a las clases agrícolas y a las mujeres de la fuerza de trabajo "libre" no asalariada, y que se caracteriza por pautas de fecundidad muy prolíficas (en estas edades, la alta fecundidad significa tener 5 o 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 una 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 desarrollándose 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 una de cada 3 mujeres tienen alta fecundidad. En los restantes cuatro grupos se establecen diferencias importantes 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 (Walti, 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 (56% de alta fecundidad) muestran un conjunto de mujeres que, sin du-

da, 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.

#### 8. A manera de **conclusión**

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 y pública. 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 cumplir las metas de crecimiento diseñadas eran supuestos que no fueron incluidos 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 conceptualización opuesta a la original. En la nueva postura, a la que se adhirieron los principales teóricos de la transición demográfica (Hodgson, 1983) se sostenía que la baja 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 re-

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 donde la gente se desenvuelve. La organización familiar y económica, los valores culturales e ideológicos, la división sexual del trabajo, entre otros aspectos, deberían abordarse en estudios 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 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 papeles que se asignan tradicionalmente a los hombres y mujeres.

### Bibliografía

- Alba, Francisco y Joseph Potter, 1986. "Population and Development in México", *Population and Development Review*, vol. 12, núm. 1.
- Bronfman, Mario, Elsa López y Rodolfo Tuirán, 1986. "Práctica anticonceptiva y clases sociales en México: la experiencia reciente", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 1, núm. 2.
- \_\_\_\_\_ y Rodolfo Tuirán, 1984. "La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez", en *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*, México, UNAM, El Colegio de México y PISPAL.
- Labrera, 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.
- Laldwell, John, 1982. *Theory of Fertility Decline*, Nueva York, Academic Press.
- Lampanario, Paulo y María C. Segovia, 1979. *Las clases sociales y el comportamiento reproductivo*, San José, CELADE.
- CEPAL, 1983. "Políticas de población en América Latina: experiencia de 10 años", *Notas de Población*, núm. 33, CELADE.
- Lochane, 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, edición preparada por R. Bulatao y R. Lee, Nueva York, Academic Press.
- De Barbieri, Teresita, 1985. "Las mujeres, menos madres. Control de la natalidad ¿control de la mujer?", Nueva Sociedad, enero-febrero.
- De Castro, Marcos P., D. Mastrococco, Bernadette M. de Castro y Stephen Mumford, 1985. "Un programa innovador de vasectomía, Brasil", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial.
- De Oliveira, Orlandina y Brígida García, 1985. "Mujer y dinámica poblacional en México", *Encuentro*, vol. 2, núm. 1.
- Excélsior, 1986, "Enfermeras obligadas a prácticas ilegales en hospitales de Jalisco", en la sección "En los estados" del 12 de octubre.
- García, Brígida, 1976. "Anticoncepción en el México rural, 1969", *Demografía y Economía*, vol. x, núm. 3.
- 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, núm. 12.
- Hodgson, Dennis, 1983. "Demography as social science and political science", *Population and Development Review*, vol. 9, núm. 1.
- Hollerbach, Paula y S. Diaz-Briquets, 1983. *Fertility Determinants in Cuba*, Washington, D.C., National Academy Press.
- Jain, Anrudth, 1981. "The Effect of Female Education on Fertility: a Simple Explanation", *Demography*, vol. 18, núm. 4.
- Johnson, J., 1983. "Vasectomía: una evaluación internacional", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial.
- 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 núm. 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 Internacional 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 Sociológicos*, núm. 2.
- Mason, Karen Oppenheim, 1984. *The Status of Women*, The Rockefeller Foundation.
- Mier y Terán, Martha y Cecilia Rabell, 1984. "Fecundidad y grupos sociales en México", en Raúl Benítez et al., *Los factores del cambio demográfico en México*, México, Siglo XXI, IISUNAM.

- Miró, Carmen, 1982. "Los derechos humanos y las políticas de población", en *Investigación demográfica en México, 1980*, México, Conacyt.
- Naciones Unidas, 1984. *Recent Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1983*, Nueva 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.
- 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, núm. 7.
- Viel, B., 1976. *The Demographic explosion*, Nueva 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.

