

Cambio en los patrones reproductivos en una comunidad rural

(Primera parte)

JOSEFINA FRANZONI LOBO,^{a,c} EVELYN ALDAZ-VELEZ,^c
MARÍA ELENA COLLADO-MIRANDA,^{b,c}

RESUMEN

Objetivo: En este artículo se identifican los componentes del cambio de los patrones reproductivos a favor de la baja fecundidad en tres generaciones de mujeres de una comunidad rural del Estado de Hidalgo. Los principales ejes para el análisis fueron: la influencia del contexto socioeconómico y cultural de la comunidad y la extensión de los servicios médicos en este proceso de cambio.

Material y métodos: La investigación privilegió el uso de técnicas y metodología cualitativa, aunque también se hizo uso de técnicas de investigación cuantitativa, con una encuesta aplicada a una muestra representativa de hombres y mujeres de la comunidad para elaborar un diagnóstico sociodemográfico de las familias, su historia reproductiva y las expectativas de control o no de la fecundidad.

Resultados: Los resultados indican un descenso de la fecundidad importante o transición demográfica en las parejas más jóvenes que está asociado a las transformaciones socioeconómicas de la comunidad y a la sinergia que hubo entre éstas y los servicios de salud.

Conclusiones: El proceso de transición demográfica no logra aún su desarrollo total, debido a factores culturales en la comunidad.

PALABRAS GUÍA: Cambios en los patrones reproductivos, transición demográfica.

INTRODUCCIÓN

Hasta ahora no existen suficientes estudios que analicen el cambio en los patrones reproductivos desde

la óptica del contexto sociocultural. Durante mucho tiempo el descenso de la fecundidad se ha atribuido a la accesibilidad y disponibilidad de los servicios médicos y a la eficiencia del personal de salud para informar, atender y distribuir entre las usuarias métodos anticonceptivos.^{1,2} Con este enfoque y utilizando parámetros cuantificables de cobertura y número de usuarias activas, se ha evaluado el alcance de la disminución de la fecundidad.

Sin pretender restar importancia a estos factores en la baja de la fecundidad, es necesario observar la forma en que intervienen las condiciones de vida y la cultura de la comunidad en el comportamiento reproductivo de hombres y mujeres. En esta investigación el objetivo fue identificar los cambios reproductivos en una comunidad rural del Estado de Hidalgo. La investigación explora la subjetividad y los significados que existen en torno a la reproducción en hombres y

^a Investigadora del Instituto Mexicano de Estudios Políticos y Directora del Proyecto.
^b Profesora de la Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Iztapalapa.
^c Colaboración de la Dirección de Investigación de los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo de la Secretaría de Salud, como usuario de la Investigación.

El presente artículo, forma parte del proyecto de investigación "Evaluación del programa de planificación familiar en dos comunidades rurales del Estado de Hidalgo con alta y baja tasa de fecundidad", financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Correspondencia:
Mtra. Josefina Franzoni Lobo.
Retorno 47, No. 39, Colonia Avante,
Delegación Coyoacán,
México, D.F.C.P. 04460,
Teléfono 56-84-21-40

Recibido: 22 de diciembre de 1999
Aceptado: 19 de enero de 2000

mujeres de tres generaciones. A pesar de ser una investigación cualitativa, se utilizaron técnicas de investigación cuantitativa para registrar los cambios reproductivos y las principales variables asociadas a éstos. A partir de un diagnóstico sociodemográfico, se identificó el perfil socioeconómico de la comunidad y el comportamiento de la fecundidad en mujeres de tres generaciones, tomando como indicadores: 1) el número de hijos que tuvieron al final de su vida reproductiva; 2) el número de hijos que planean tener las parejas jóvenes; 3) el control o no de la fecundidad con métodos anticonceptivos y 4) la edad en que terminan su vida reproductiva.

De manera complementaria, se exploró la percepción social femenina y masculina y el significado de los hijos, el valor asignado a la maternidad-paternidad y el peso de la condición de género. En este ángulo se analizó el rol de los hombres y las mujeres en el proceso de toma de decisiones reproductivas.

En el presente artículo se exponen los principales componentes que intervienen en el cambio de los patrones reproductivos y en la transición demográfica, entendida como el proceso de disminución continua de la fecundidad, hasta asentarse en el patrón de dos o tres hijos por mujer.³ En el segundo artículo se tratarán los hallazgos más importantes de la investigación cualitativa, contextualizando los significados de la reproducción y la fecundidad a partir de las relaciones sociales y la normatividad cultural de la comunidad. Se subrayan los valores y el imaginario social que interviene en el comportamiento reproductivo de hombres y mujeres, desde que inician la relación de pareja hasta que concluyen su vida reproductiva.

El análisis de la información sobre número de mujeres en edad reproductiva, número de mujeres unidas y usuarias de métodos anticonceptivos, mortalidad de menores de un año, nacidos vivos y tamaño promedio de la descendencia, indican que la comunidad de San Gabriel en las dos últimas generaciones inició un proceso de transición demográfica a favor de la disminución de la fecundidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

En esta investigación se utilizaron técnicas de investigación cuantitativa para elaborar, por una parte, el diagnóstico socioeconómico de la comunidad e identificar el comportamiento reproductivo de hombres y mujeres (sin embargo, el soporte metodológico más importante fue cualitativo). Para el diagnóstico

comunitario se aplicó una encuesta a una muestra representativa aleatoria y estratificada por cuotas, a 67 mujeres de 20 a 84 años de edad y a 72 hombres, de 19 a 79 años. En ambos casos, la condición para formar parte del universo de la muestra fue que estuvieran unidos y hubieran tenido por lo menos un hijo.

El cuestionario se estructuró con 90 preguntas (74 cerradas y 16 abiertas). La encuesta a mujeres tuvo nueve ejes temáticos: datos socioeconómicos y demográficos (edad, escolaridad, ocupación, religión, tipo de familia); historia reproductiva de las mujeres y de sus familias de origen; expectativas reproductivas; uso de métodos anticonceptivos; vinculación con los servicios de salud; problemas asociados con la salud reproductiva; servicios médicos utilizados durante el embarazo, parto, puerperio y para el recién nacido. La percepción que tienen las mujeres sobre enfermedades de transmisión sexual se exploró con técnicas de investigación cualitativa en la otra etapa de la investigación.

La encuesta de hombres abarcó los mismos ejes temáticos, pero se sustituyó la atención al embarazo y parto con preguntas acerca de la percepción que tienen los hombres sobre el embarazo de sus parejas y de la participación que deben tener ellos, durante este periodo. Además, se incorporó un apartado de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH-SIDA para conocer la valoración, conocimiento y experiencia en la prevención y atención de este tipo de padecimientos.

RESULTADOS

La información se agrupó según la edad de las mujeres en tres generaciones. La tabla 1 muestra la composición de la muestra de hombres y mujeres por grupos de edad.

Características de la comunidad

San Gabriel Azteca es una comunidad rural del municipio de Zempoala, en el Estado de Hidalgo. En 1996, la tasa de natalidad en el municipio fue superior (42.8) a la tasa de natalidad estatal (31.5). En este año, la Secretaría de salud clasificó a Zempoala como un municipio con nivel medio de natalidad.⁴

La comunidad se localiza al suroeste de Ciudad Sahagún y al Oeste de Otumba. Está bien comunicada porque pasa a un lado la autopista México Tulancingo. Su población total es de 939 habitantes con 476 mujeres y 453 hombres. El 45.31% de la población está en edad

Tabla 1
Proporción de la muestra en relación con la población total de mujeres y hombres, por grupos de edad

Edad	Mujeres n=67		Hombres n=78	
	Población total	Proporción* incluida en la muestra	Población total	Proporción* incluida en la muestra
19 –24	42	26.2%	40	17.5%
25 – 29	34	35.3%	32	28.1%
30 – 34	29	34.5%	27	37%
35 – 39	24	41.7%	23	21%
40 – 44	17	29.4%	16	81%
45 – 49	17	23.5%	16	31.3%
50 – 54	14	21.4%	14	64.2%
55 – 59	12	16.7%	12	50%
60 – 64	10	20%	10	30%
65 y más	35	22.8%	33	42%

* Las columnas de proporción, incluida en la muestra de hombres y mujeres no suman 100%, porque se trata de una muestra estratificada que se formó a partir de la selección de un número determinado de personas y no de todas las que había en cada grupo de edad.

reproductiva y de ésta, el 80% son hombres y mujeres que están unidos.⁵

En la comunidad hay 191 viviendas: el 70% están construidas con materiales resistentes de larga duración, que disponen de servicios básicos, aunque no en la cantidad suficiente, pues cerca de la tercera parte carece de energía eléctrica, agua entubada y drenaje.⁶ La infraestructura educativa de la comunidad es básica: una primaria y una telesecundaria. En servicios de salud, cuenta con una clínica rural concentrada de la Secretaría de Salud.

Las principales fuentes de ingreso en la comunidad son la agricultura de temporal y el pastoreo de animales. El 43.9% de los jefes de familia son asalariados y trabajadores independientes, que laboran en las ciudades de Pachuca, México y Cd. Sahagún. El paisaje comunitario es testimonio del deterioro económico: varias casas están vacías, porque la insuficiencia del ingreso ha originado el movimiento migratorio de los varones en edad de trabajar a las ciudades cercanas, a otras entidades del país, y en algunos casos, al extranjero.⁷

El nivel de escolaridad es bajo, en hombres y mujeres: la mayoría de la población tiene sólo estudios de primaria. El promedio de años de escolaridad por generación

muestra un incremento relativo, ya que en la mayor parte de los casos, los años cursados no cubren los seis años de primaria. Las mujeres mayores tienen dos años en promedio de escolaridad, las de la segunda generación 3 años y las más jóvenes apenas alcanzan 5 años de escolaridad. El promedio de escolaridad de la población de la muestra es de primaria incompleta (tabla 2).

San Gabriel está en proceso de cambio en varios aspectos. La crisis agrícola modificó la actividad económica, la estructura laboral y la organización familiar. Este hecho fue un catalizador que transformó el valor de los hijos y con éste, las expectativas reproductivas de los hombres y mujeres de San Gabriel.⁸ Las generaciones más jóvenes tienen menos hijos, porque ya es socialmente aceptado la responsabilidad que tienen los padres de proporcionar a los hijos alimentos, vestido, atención y educación primaria, por lo menos. Ese mayor compromiso con la crianza fue el que elevó el costo de los hijos y modificó el significado de la maternidad-paternidad.

Ahora los hijos también ayudan en algunas labores del campo y de la casa, pero hay mayor interés de los padres para que sus hijos terminen la primaria y de ser

posible la secundaria, porque así más adelante podrán trabajar como obreros y empleados, que son actividades mejor pagadas.

El mantener a los hijos más años en la escuela implica retrasar la edad en que empiecen a trabajar y que la familia obtenga un salario más. Toda esta transformación significa el incremento del costo de los hijos en detrimento de los beneficios que pueda obtener la familia por medio de los hijos. Además, el trabajo como empleados y obreros, condiciona su acercamiento a los servicios de salud. Este primer vínculo con la medicina institucional, se vio reforzado con el establecimiento de la clínica en la comunidad en 1995.

Inicio de la vida en pareja

Según testimonios de personas de la comunidad, el noviazgo empieza desde que son niños. *“Desde alrededor de los nueve años empiezan a tener novio, después como a los catorce empiezan a tener relaciones sexuales. Aquí no se casan, se las roban y luego, luego empiezan a tener hijos”*.⁹

Lo más frecuente es que las jóvenes se vayan con el novio antes de cumplir los 20 años, pero esto no significa que hasta ese momento inicien su vida sexual.

El seguimiento de tres generaciones de hombres y mujeres, muestra algunos cambios en la forma en que viven su sexualidad, la unión y la reproducción las mujeres de diferentes generaciones. Las mujeres se unen en promedio a los 19 años y los hombres a los 23 años.¹⁰ Entre la edad de la unión y la edad al nacimiento del primer hijo en hombres y mujeres hay poco tiempo de espaciamiento (tabla 3). La cercanía de estos eventos indica que cambiaron los rituales de inicio de la sexualidad pero no la edad de la unión. A diferencia de las parejas de generaciones anteriores que empezaban la vida sexual con la unión, porque tenían su primera experiencia sexual hasta el momento que se iban con el novio, las parejas jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales a menor edad, antes de unirse y sin controlar su fecundidad.

El análisis de la edad que tenían las mujeres al unirse y la edad en que tuvieron su primer hijo permite suponer que la mayor parte de ellas se unieron ya embarazadas, pues la cercanía entre ambos eventos es de algunos meses. El 66% de las mujeres tuvo el primer hijo el mismo año en que se unió. De igual forma, los hombres se unen, generalmente, después de que se presenta el embarazo. El 56.4% tuvo a su

Tabla 2
Características sociodemográficas de mujeres de tres generaciones y sus parejas (en porcentaje)

Generación	Escolaridad			Ocupación de la mujer					Ocupación de su pareja			Religión de la mujer		Religión de la pareja	
	Prim/inc	Sec/inc.	Sec/com.	Hogar	Empleada	Comerciante	Campesino	Obrero/ Empleado	Comerciante	N/trabaja	Católica	Evangélica	Católica	Evangélica	
Primera (de 19 a 34 años)	93.7	6.2	3.12	97	3	0	40.6	56.2	6.2	0	87.5	9.3	90	3.1	
Segunda (de 35 a 49 años)	78.9	21	0	84	6	9	28.5	47.6s	9.5	0	78.9	5.2	100	0	
Tercera (de 50 en adelante)	93	0	0	93	0	7	54	13.2	0	20	100	0	75	6.2	

Tabla 3
Edad media de unión y al nacimiento del primer hijo de mujeres y sus parejas según generación

Tipo de variable	Primera	Segunda	Tercera
Mujeres:			
Edad de unión	19	19	19
Edad al nacimiento del primer hijo	19.0	19.3	19.8
Hombres:			
Edad de unión	22	23	24
Edad al nacimiento del primer hijo	23	23.5	25

Fuente: Encuesta de hombres (1999) y mujeres (1998) aplicada en San Gabriel Azteca.

primer hijo el mismo año en que se unió, o al año siguiente.

En la tabla 3 se observa una ligera disminución en la edad reportada al nacimiento del primer hijo(a) en la primera generación, lo que indica un inicio más temprano de la vida sexual en las mujeres jóvenes con respecto a las mujeres mayores.

La forma en que inician la vida sexual cambió en las diferentes generaciones: a diferencia de las mujeres mayores, las parejas más jóvenes tienen relaciones sexuales a menor edad, pero se mantienen solteras y viven cada uno, en la casa familiar, hasta que el embarazo obliga a la unión. Es interesante observar que no se retrasa la edad de la unión en las parejas más jóvenes, pero si ocurre un adelanto en la edad de inicio de la vida sexual. Las mujeres continúan teniendo su primer hijo alrededor de los 19 años y es una constante en las tres generaciones de mujeres. Esto significa que la edad de la unión, no constituye el factor más importante para el descenso de la fecundidad que se registra en San Gabriel.

Descenso de la fecundidad

En los hombres y mujeres de la segunda y tercera generación hubo un descenso importante en el número de hijos al pasar de 7.2 hijos que tuvieron en promedio las mujeres mayores a 3.7 hijos las mujeres de la segunda generación y 2.1 las más jóvenes (tabla 4). Esta baja en la fecundidad está relacionada con aspectos económicos, sociales y culturales. De acuerdo con las encuestas, el 50% de los hombres y el 51.6% de las mujeres de la primera y segunda dijeron tener la necesidad de disminuir el tamaño de la familia por motivos económicos. Al parecer el deterioro de la

actividad agrícola y el desempleo acentuaron las dificultades para sostener a las familias numerosas del pasado.

La reducción de la descendencia es un proceso dinámico que se expresó en pocos años. La disminución del número de hijos no fue homogénea. La transición de las familias numerosas del pasado a familias pequeñas se inició en la segunda generación, pero de manera heterogénea. En esta generación hubo mujeres con alta paridad que empezaron a regular su fecundidad, sólo después de haber tenido varios hijos; mujeres que iniciaron el control reproductivo para espaciar los embarazos y mujeres que decidieron suspender definitivamente su reproducción. Como se muestra en la tabla 4 el cambio es mayor, si se toma como referencia el número de hijos que tuvieron sus padres.

En las prácticas reproductivas de hombres y mujeres aparecen nuevos elementos que los diferencian de generaciones anteriores. Entre las mujeres mayores, la reproducción era concebida como un proceso natural, que difícilmente se podía controlar: las parejas se unían sin siquiera imaginar el número de hijos que deseaban tener, por eso las mujeres tenían varios embarazos; que en algunas ocasiones trataban de evitar con el uso de hierbas, pero generalmente, sin éxito.

Ahora, las parejas jóvenes pueden regular su fecundidad y decidir el número de hijos que desean tener. En estas generaciones es frecuente que desde el momento que se unen ya piensan en el número de hijos que desean tener. Es mayor la capacidad de elección y control para espaciar los embarazos y/o suspender la reproducción, después de que han cubierto la paridad deseada. El 70% de los hombres y

mujeres de la primera generación aceptaron haber planeado el tamaño de su descendencia antes de unirse; en cambio el 94% de las mujeres y el 72% de los hombres de la tercera generación no pensaron el número de hijos que deseaban tener. En general, los hombres y mujeres que antes de casarse tuvieron expectativas del número de hijos que deseaban tener, fueron los que menos hijos tuvieron y más espaciaron los embarazos, pero también tuvieron más hijos de los que planeaban tener.

Regulación de la fecundidad

La aceptación y mayor uso de métodos anticonceptivos es el mejor indicador del cambio en los patrones reproductivos. El 77.6% de las mujeres de la primera generación conocía algún método anticonceptivo, pero solamente el 64.2% lo llegó a utilizar alguna vez en su vida y el 34.3% nunca reguló su fecundidad. Por su parte, el 77% de los varones conoce algún tipo de método anticonceptivo y sólo el 26.9% ha utilizado alguna vez en su vida el condón.

La regulación de la fecundidad se inicia y empieza a generalizarse con las mujeres de la segunda generación. En éstas hubo un incremento en el tiempo de espaciamiento de los embarazos de 2.4 años, en comparación con 1.8 años que esperaban las mujeres de la generación anterior. En estas mujeres los métodos más utilizados son el DIU, las pastillas y la salpingoclasia.

El 66.7% inició el uso de métodos porque habían tenido más hijos de los que deseaban y el 30.4% los utilizó

para espaciar el nacimiento de los hijos. Estas mujeres utilizan el mismo método por espacio de tres años.

Las mujeres de la primera generación utilizan el DIU, las pastillas y el condón, pero a diferencia de las mujeres de la segunda generación, empiezan el control de la fecundidad después de tener el primer hijo. El 66.7% los utiliza con la intención de espaciar los embarazos, aunque el tiempo de espaciamiento es menor que en la segunda generación (1.11 año), lo cual puede obedecer a la mayor rotación en el uso de métodos, pues el 32.8% de ellas cambió de método porque se sintió mal, quería probar otro método o porque el que estaba usando le falló. En este grupo, el promedio de uso del mismo método es de dos años.

El hecho de que las mujeres más jóvenes tengan menos tiempo de espaciamiento en los embarazos está relacionado con el término de la vida reproductiva. Las parejas de este grupo desde el inicio de la unión tienen definido el número de hijos que desean tener y acercan el tiempo de los embarazos, para terminar más pronto su vida reproductiva.

Por su parte, las mujeres de la segunda generación tienen su último hijo alrededor de los 25 años, mientras que las mujeres de la primera llegaron a tener el último hijo después de los 40 años. Estos datos muestran la reducción notoria en el tiempo de vida reproductiva de las mujeres. En este sentido, más que la edad de la unión o la forma en que se vive la sexualidad, el cambio en los patrones reproductivos se refleja en el término de la vida reproductiva cuando las mujeres son muy jóvenes.

Tabla 4
Promedio de hijos que tienen y promedio de hijos que pensaban tener

	Primera	Segunda*	Tercera
Mujeres:			
Promedio de hijos que tuvieron	2.1	3.7	7.2
Promedio de hijos de sus madres	5	7	11
Promedio que pensaban tener	1.5	1.3	5
Hombres:			
Promedio de hijos que tuvieron	1.9**	3.9	5
Promedio de hijos de sus madres	7.9	9	9.1
Promedio que pensaban tener	2.4	3.5	3.5

* El 5.5% de este grupo pensó en el número de hijos.

** Los hombres y las mujeres de la primera generación no han terminado su reproducción.

Vinculación con los servicios de salud

La necesidad de disminuir el tamaño de la descendencia encontró en la vinculación con los servicios de salud, las condiciones y el medio (métodos anticonceptivos) para regular la fecundidad.¹¹

En efecto, el acceso a los servicios de salud fue un factor de peso en la disminución de la fecundidad en la medida que ofreció un servicio y puso a disposición de las usuarias los métodos anticonceptivos que les permitieran concretar su deseo de tener menos hijos. De esta forma, la oferta de métodos anticonceptivos de las instituciones médicas satisfizo una necesidad que ya tenían las mujeres. Esta sinergia de las necesidades de la población con la extensión del programa de planificación familiar llevó al incremento del número de usuarias y facilitó el cambio en los patrones reproductivos. Las expectativas reproductivas de las mujeres se empezaron a establecer en dos o tres hijos como tamaño ideal de familia.

El mayor contacto con la vida urbana dio origen a nuevas formas de concebir la salud-enfermedad y las formas de tratarla, en este proceso está el ascenso en el uso de la medicina moderna en detrimento de la utilización de la medicina tradicional. El 79.1% de las mujeres que reportó haber tenido problemas de salud recurrió al médico. Por su parte, el 89% de los varones prefieren acudir a la clínica de la comunidad, a la unidad del IMSS o con el médico particular, antes que atenderse con médicos tradicionales. La única mención que hicieron los varones de la medicina tradicional estuvo relacionada con atención para problemas menores que sus parejas prefieren resolver con remedios caseros (3.8%).

Las mujeres mayores, que años atrás utilizaban la medicina tradicional, ahora acuden a la medicina moderna. Las mujeres de la primera y segunda generación están ampliamente familiarizadas con esta forma médica porque tienen más relación con los servicios médicos; el 82.6% acudieron durante el embarazo con el personal de salud y solamente el 8.7% asistió con el médico y partera, alternadamente, pero en estas generaciones no hubo ningún caso en que se atendieran sólo con la partera. El 59.7% de estas mujeres acuden por rutina a revisión durante el embarazo, sin que haya síntomas de malestar o riesgo. Esta práctica muestra otra actitud en relación al autocuidado de la salud, en donde la vigilancia y la prevención son elementos centrales para evitar complicaciones, y la enfermedad en general. En

consecuencia, el mayor uso de los servicios médicos es resultado de la credibilidad que tiene la población en esta medicina. En contraste, sólo el 13.4% de las mujeres se hicieron revisar por la partera durante el embarazo y el 1.3% acudió con el médico hasta poco tiempo antes del parto.

A pesar de que las mujeres asociaron sus problemas de salud con la etapa reproductiva (7.5%) y la edad madura (23.9%), sólo el 7.5% acuden al médico por enfermedades relacionadas con la reproducción y la sexualidad. La baja demanda de servicios médicos, en aquellos aspectos de la atención que tienen relación con prácticas sexuales y la revisión de los órganos genitales, puede explicarse por: 1) falta de información para la prevención de la salud y 2) los aspectos culturales de la comunidad que funcionan como obstáculos. En el imaginario social los aspectos relacionados con la sexualidad son vividos por las mujeres como privados, íntimos, ajenos a la revisión médica, sobre todo cuando el servicio está a cargo de un varón.

En contraste, no muestran ninguna resistencia para acudir a los servicios de salud cuando se trata de recibir atención durante el embarazo, el parto y el puerperio. Estas revisiones son ampliamente aceptadas y consideradas necesarias para preservar la salud y la de su bebé. Un indicador del mayor uso que hacen las mujeres de la medicina moderna es la introyección que han hecho de la importancia que tienen las prácticas de prevención para la salud. Este hecho se ilustra en la mayor asistencia de las mujeres a los servicios médicos para recibir atención durante el embarazo, parto y puerperio, control reproductivo, revisión del DIU y prueba del PAP. El 71.6% de las mujeres dijeron no haber tenido problemas durante el embarazo porque acudieron a sus revisiones médicas con regularidad.

En la atención al parto, es mayor el uso de los servicios de salud. Actualmente, las mujeres jóvenes y de mediana edad de San Gabriel prefieren atenderse el parto en instituciones de salud, pero todavía las parteras son solicitadas para atención durante el embarazo para acomodar al bebé, porque es un servicio que no ofrecen las instituciones médicas.

Como se observa en la tabla 5, las mujeres más jóvenes hacen mayor uso de la medicina moderna y tienen un porcentaje ligeramente superior de atención con partera que las mujeres de mediana edad. Este hecho puede responder a las inhibiciones de que hablamos anteriormente, de la resistencia de los hombres para que sus parejas sean revisadas por médicos



varones. En San Gabriel los médicos varones lograron introducir prácticas de la medicina moderna que la población aceptó (como la regulación y control de la fecundidad con métodos anticonceptivos modernos), a través de un continuo trabajo de acercamiento con la población mediante visitas domiciliarias. Sin embargo, también observamos que el sexo del personal médico es un factor de peso para el mayor o menor acercamiento de las mujeres a las unidades médicas. Actualmente la clínica de San Gabriel está a cargo de una médico y la consulta se incrementó alrededor de un 250%, lo que permite suponer que la vergüenza con el médico varón es un factor de inhibición.

DISCUSIÓN

Diversas investigaciones en zonas rurales y urbanas dan cuenta del peso que tienen diferentes variables en el descenso de la fecundidad. Algunas privilegian el nivel de escolaridad de las madres en el mayor o menor descenso de la fecundidad.^{12,13} Otras miden la influencia que tiene la religión en la disponibilidad de las mujeres para regular su fecundidad con métodos anticonceptivos modernos. Algunas más, plantean que la incorporación de las mujeres en el mercado de trabajo es una variable central en el descenso de la fecundidad.

En el caso de San Gabriel se identificó un descenso notorio de la fecundidad en tres generaciones de mujeres, y un cambio en los patrones reproductivos en general. Sí revisamos una a una las variables que pudieron haber influido en este cambio, encontramos que la escolaridad de las madres no es un factor central en el cambio de los patrones reproductivos. Entre las mujeres de mayor y menor edad el avance del nivel de escolaridad es de apenas un par de años, porque el promedio de escolaridad es primaria incompleta. Esto significa que la información y la percepción de los beneficios que reporta tener menos hijos, las mujeres no la adquirieron en la escuela.

La actividad productiva tampoco es un factor que esté directamente relacionado con la baja de la fecundidad, pues arriba del 90% de las mujeres de la comunidad se dedican al hogar, y disponen de tiempo suficiente para realizar las tareas domésticas y el cuidado de los hijos, pero prefieren limitar su reproducción.

De manera paralela, las diferencias de género que antes condicionaban la alta paridad, parece que actualmente intervienen sólo de manera parcial. Los hombres y las mujeres continúan fincando la unión y la permanencia de la relación de pareja en la reproducción, pero con la diferencia de que ahora hay acuerdo en la necesidad de limitar el tamaño de la descendencia.

La población de esta comunidad ha sido receptora de algunos de los cambios en las zonas urbanas en donde las mujeres defienden su derecho a tener menor carga de trabajo con la procreación de menos hijos. Es decir, las mujeres deciden regular su fecundidad, muchas veces, sin consultar la opinión de su pareja.¹⁴

La religión tampoco influye en el control de la fecundidad y uso de métodos anticonceptivos. Como se asienta en las características de la comunidad, la mayor parte de los hombres y mujeres profesan la religión católica, pero sus creencias religiosas no limitan el uso de métodos anticonceptivos modernos. El control reproductivo se vive como asunto ajeno a las creencias religiosas. Más que cualquiera de los factores antes mencionados, influye en la falta de control reproductivo antes del primer hijo, la creencia de que el uso de anticonceptivos produce daños a la salud de las mujeres.

Al parecer más que los factores arriba anotados, tiene influencia en el cambio de los patrones reproductivos el deterioro económico de la comunidad y la mayor vinculación con los servicios de salud. Las familias de generaciones anteriores tenían en los hijos una importante fuente de fuerza de trabajo para ocuparla en la parcela familiar. Entonces, además del

Tabla 5
Utilización de los servicios médicos por las mujeres de diferentes generaciones

Tipo de servicio	Primera generación	Segunda generación	Tercera generación
Personal de salud	84.6%	61%	11%
Médico y partera	3.8%	30%	22.2%
Partera	7.7%	4.3%	66.7%

significado social que tenían los hijos para consolidar la familia, estaba el beneficio económico que aportaban al ingreso familiar con su trabajo en la parcela. Las modificaciones económicas de la comunidad y la transformación de la estructura laboral que llevó a los antiguos campesinos a integrarse como obreros y empleados en las ciudades cercanas transformó el valor de los hijos. Ahora, éstos antes de integrarse al mercado laboral deben estudiar y esto significa un costo económico mayor para los padres. Los cambios en la vida sexual tampoco parecen determinar la formación de nuevos patrones reproductivos, porque se mantiene la estrecha relación entre sexualidad y reproducción en los hombres y mujeres. Más bien es la valoración de los hijos y otro significado de la reproducción los aspectos que inciden.

Con el cambio en la función de los hijos también se modificó la percepción que tienen los hombres y mujeres de la maternidad-paternidad. En San Gabriel se desplazó la idea tradicional de la reproducción natural en la cual no intervenía la voluntad de la pareja, por una reproducción regulada, debido a que

ahora es mayor la responsabilidad en la crianza de los hijos. En la nueva valoración de la reproducción y de la maternidad/paternidad está interiorizada la responsabilidad de proveer a los hijos de alimentación, vestido, salud y educación. La noción del costo que esto representa los lleva a definir con antelación el número de hijos que pueden tener. El modelo de dos o tres hijos en parejas jóvenes, la práctica de planear el número de hijos, el espaciamiento entre los embarazos, el uso de métodos anticonceptivos y el mayor acercamiento con el sector médico son factores interrelacionados que en conjunto dan cuenta del cambio en los patrones reproductivos de la población.

El proceso de transición demográfica todavía no logra su desarrollo total, porque existen factores culturales, usos y costumbres de la comunidad que interfieren su avance. Este es el caso, por ejemplo, de que las mujeres no regulen su fecundidad antes del primer hijo, no por falta de información y/o disponibilidad de métodos anticonceptivos, sino porque la cultura y normatividad social relaciona en las mujeres, la sexualidad con la reproducción.¹⁵

ABSTRACT

Objective: On this article, we identify the factors that determine the change in reproductive patterns on favor of the lowering of fecundity rate on three generations of women of one rural community of the State of Hidalgo.

The main axes for the analysis were the influence of the community's socioeconomic and cultural context and the extension of medical services on this process of change.

Material and methods: On this research we used qualitative methodology and techniques, although we also surveyed a representative group of men and women of the community in order to make a sociodemographic diagnostic about of the families, their reproductive history and their expectations about controlling their fecundity.

Results: The results show an important decline of the fecundity rate in the youngest couples, which is related to the socioeconomic transformations of the community and the synergy between these and the health services.

Conclusions: The demographic transition process had not concluded, because of the presence of community cultural factors.

KEY WORDS: *Changes on the reproductive patterns, demographic transition.*

REFERENCIAS

1. Carleton R. Los determinantes de fecundidad en América Latina y factores de influencia. Segunda Reunión del Grupo de Trabajo de Procesos de Reproducción de la Población de Clasco (1973).
2. Kingsley D, Blake J. La estructura Social y la Fecundidad; un sistema analítico En: Economic Development and Cultural Change, 1956: vol. IV, No 3
3. Kingsley D, Blake J. Op Cit.
4. INEGI. Resultados Definitivos Tabulados Básicos. Estado de Hidalgo, México (1996).
5. Informe obtenido del Censo de la comunidad, elaborado por el personal de la clínica de salud de San Gabriel Azteca, Hidalgo. (1997)
6. Censo de San Gabriel, (1997)
7. La información sociodemográfica de San Gabriel se tomó de las encuestas aplicadas a hombres (1998) y mujeres (1997), parte de esta investigación.
8. Lerner S, Quesnel A. Transformaciones agrarias en las estructuras agrícolas y modalidades migratorias. El caso de la zona henequenera de Yucatán. Ponencia presentada en el Seminario sobre Población y Desarrollo Agrícola. CONAPO, Puebla, Pue., México (1992).
9. En este artículo no se exponen los resultados obtenidos con técnicas de investigación cualitativa, pero con el propósito de contextualizar el inicio de la vida en pareja nos permitimos extraer este segmento de una entrevista a profundidad realizada a una mujer comerciante de la comunidad. La entrevista se realizó el 22 de junio de 1999, en San Gabriel Azteca, Zempoala, Estado de Hidalgo.
10. Esta información se tomó de la encuesta sociodemográfica y de salud aplicada a una muestra representativa de hombres y mujeres de la comunidad de San Gabriel Azteca. La encuesta a mujeres se aplicó en 1998 y la de varones en mayo de 1999.
11. Zúñiga E, Hernández D et al. Trabajo familiar, conducta reproductiva y estratificación social. Un estudio en las áreas rurales de la Ciudad de México. Instituto Mexicano del Seguro Social (1993).
12. Carleton R. Op Cit.
13. Arambaru C. Notas y Reflexiones sobre la investigación microsocial en los trabajos sociodemográficos. En: problemas metodológicos en la Investigación Sociodemográfica. El Colegio de México. (1986).
14. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Amorrotu, Buenos Aires, (1968).
15. Sobre el imaginario social, así como los usos y costumbres que intervienen en los patrones reproductivos hablaremos en el artículo siguiente en donde se presentarán los resultados obtenidos con uso de metodología cualitativa.