

29  
14  
Universidad Nacional Autónoma de México

---

FACULTAD DE CIENCIAS



¿TRANSICION DEMOGRAFICA EN MEXICO?

**T E S I S    P R O F E S I O N A L**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**

**A C T U A R I O**

**P R E S E N T A:**

**PATRICIA DE LOS ANGELES GOMEZ BUSTAMANTE**

MEXICO, D. F.

1984



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE GENERAL

### Agradecimientos.

I.	Introducción.	1
II.	Reseña histórica de la población de México. Crecimiento demográfico y políticas de población.	8
III.	Panorama histórico de la salud en México.	39
IV.	Mortalidad.	
	a) Problemas en su estudio	47
	b) Mortalidad general y esperanza de vida	52
	c) Mortalidad infantil	60
	d) Mortalidad por causas	72
V.	Planificación Familiar.	79
VI.	Fecundidad	
	a) Fecundidad problemas en su estudio	92
	b) Fecundidad general	96
	c) Fecundidad diferencial	107
VII.	Conclusiones.	144

## INTRODUCCION

Se entiende por transición demográfica, en términos muy generales, a la acción de pasar de un modo de comportamiento a otro de una colectividad humana, en cuanto a su crecimiento, evolución y desarrollo.

Para clarificar un poco las repercusiones que sobre una sociedad puede tener un cambio cualquiera en su crecimiento, evolución y desarrollo, pongo a continuación un ejemplo:

Supongamos que en cierta guerra mueren determinado número de varones, este hecho no se reduce tan sólo a un cambio en "la estructura piramidal por edad de la población masculina" para ese país en ese año, sino que provoca diferencias en nupcialidad, en fecundidad, modifica la estructura de la población económicamente activa, etc., en una palabra, se da por este sólo hecho una modificación global de la estructura social.

De esta forma podemos observar cómo un cambio cuantitativo puede engendrar un cambio cualitativo.

Ahora bien, si la calidad de las técnicas quirúrgicas se mejorara, seguramente un mayor número de pacientes se curarían, lo que influiría en la estructura piramidal de la población, en la esperanza de vida, en la población económicamente activa y en otros factores demográficos y económicos en menor o mayor grado. Con este ejemplo tan burdo se percibe que también un cambio cualitativo puede ocasionar un cambio cuantitativo o de volumen.

A lo largo de la historia se pueden distinguir varias transiciones demográficas, cada una de las cuales responde a un momento crucial de desarrollo socioeconómico.

#### PRIMERA TRANSICION DEMOGRAFICA

Fue consecuencia del descubrimiento del fuego, del que se valió el hombre no sólo como arma de defensa contra el ataque de los animales y de otras tribus, sino también para protegerse del frío y cocinar sus alimentos; con ello logró amainar la mortalidad incrementándose con ello la población (1).

#### SEGUNDA TRANSICION DEMOGRAFICA

Surge con el invento de la agricultura, misma que propició el sedentarismo del hombre, gracias a lo que la fecundidad se vió favorecida; sin embargo, en contraposición, la vida en comuna y la domesticación de animales facilitaron el contagio de enfermedades virales, elevando la mortalidad. Así empezó un grave conflicto entre la fecundidad y la mortalidad, del que salió victoriosa la fecundidad; como resultado de este proceso se dió un nuevo incremento poblacional (2).

#### TERCERA TRANSICION DEMOGRAFICA

Comenzó en Europa a mediados del siglo XVIII; primeramente en Francia e Inglaterra debido a la evolución social y técnica de dichos países. El cambio originado por dicha evolución consistió en el paso de una sociedad económica basada principalmente en la agricultura a una cimentada en la industrialización; y se caracterizó por el tránsito de un estado de crecimiento donde la mortalidad y la natalidad eran elevadas, a un estado de donde tanto los niveles de natalidad como los de

mortalidad descendieron, logrando un crecimiento reducido de población, posteriormente los países llamados desarrollados fueron adquiriendo este esquema de comportamiento. El análisis de esta transición ha sido motivo de numerosos estudios efectuados por los demógrafos actuales, los cuales calculan que este fenómeno se extenderá globalmente terminando a mediados del próximo siglo.

La actual transición demográfica se puede puntualizar de la siguiente manera:

- Fecundidad y mortalidad elevadas, aventajando mínimamente la primera a la segunda, observándose un crecimiento lento de población; se puede decir que este punto es parte del equilibrio alcanzado a lo largo de la transición anterior.
- La tasa de mortalidad desciende marcadamente mientras que la de fecundidad permanece constante. Esto logra un crecimiento demográfico acelerado, más significativo entre mayor sea la diferencia entre los niveles de mortalidad y natalidad. A este hecho ha sido común denominarlo "explosión demográfica".
- La fecundidad disminuye, perdiendo con ello fuerza la "explosión demográfica". La causa fundamental del descenso de la fecundidad han sido los descubrimientos biológicos en el campo del proceso de reproducción y la forma de controlarlo.
- La fecundidad y la mortalidad permanecen constantes equilibrándose en cierta forma, lo que provoca una estabilización de la población. A esta fase se le conoce como crecimiento demográfico nulo; ésta se caracterizará por un perfecto dominio del proceso de reproducción manifestándose ya sea en una fecundidad baja constante o con muy pequeños cambios, del que aún no se sabe si tendrá un nivel suficiente para mantener el reemplazo de las generaciones.

Acerca de la transición presente con respecto a las anteriores, se opina que su duración deberá ser menor, calculándose suficiente para cubrir su ciclo alrededor de 300 años (3).

Ahora bien, la finalidad de este trabajo es hacer un estudio demográfico de México, que permita dar un panorama en función del cual se pueda determinar si en México se está dando la transición demográfica y de ser así, en qué términos se ha dado y en qué etapa de dicha transición nos encontramos; para hacer este análisis es conveniente tomar en cuenta lo siguiente: la relación existente entre el desarrollo en todas sus modalidades y las variables demográficas es una realidad ante la cual no se debe cerrar los ojos; por esta razón, la demografía moderna estudia separadamente a los "países desarrollados" de los "subdesarrollados". En Latinoamérica esta interdependencia se ha mostrado clara y contundentemente, por ejemplo, en la influencia del logro de mejores condiciones sanitarias en la infraestructura, en la baja de la mortalidad en las últimas décadas, etc. Por supuesto, estos cambios no se operan igual que en los países desarrollados; por ejemplo, el descenso de la mortalidad no proviene principalmente del creciente dominio de la población sobre el medio ambiente, sino de la ayuda médica aportada por los países desarrollados, es decir, no fue resultado de un lento avance del progreso técnico intrínseco, sino de la inscripción de técnicas eficaces perfeccionadas en el exterior.

A pesar de que la fuente fundamental de los cambios operados por México es el extranjero, muy en especial Estados Unidos, México los ha asimilado con cierta independencia, de acuerdo a su desarrollo y a las modalidades económicas de cada una de sus regiones y aunque el efecto de importar esta tecnología ha sido arrollador, se espera que en el futuro disminuya su intensidad por la dinámica que sigue México en su desarrollo.

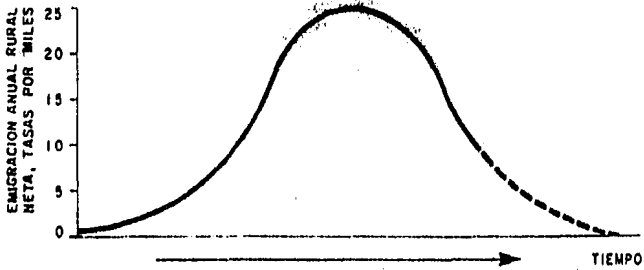
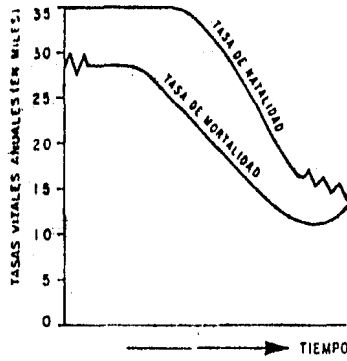
Por estas últimas razones, es de esperarse que los cambios operados en nuestra población, refiriéndose a los factores demográficos más importantes de este estudio: fecundidad y mortalidad, no pueden ser vistos con los mismos ojos con los que se ven en el caso de un país desarrollado, puesto que, México es un país en vías de desarrollo y su evolución en este ámbito ha sido acelerada por la adopción de medidas y técnicas extranjeras como se señaló anteriormente.

Una vez recalcado este punto, en los capítulos siguientes daré una visión general de algunos aspectos importantes de nuestro país, como son un panorama de la evolución de la población en México en los aspectos concernientes a crecimiento, salud, mortalidad, fecundidad y planificación familiar. En dichos temas se trataron algunos aspectos económicos sólo de forma implícita y en la medida en que se logró disponer de mayores elementos se extendió este estudio, como en el caso del tema de población económicamente activa entre otros; por otra parte los capítulos incluyen estadísticas que presentan información de apoyo al material redactado y que tienen por función además ayudar a visualizar nuestra situación demográfica. Se concluye el trabajo con la respuesta a la pregunta originaria: ¿transición demográfica en México?.



# ESQUEMA DE LA TRANSICION DEMOGRAFICA

Revolución vital



FUENTE:

Colégio de México, Revista de Demografía y Economía. XVI:3, 1982 p. 383

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Bourgeois-Pichat, Jean.-La próxima transición mundial.-  
Revista de Economía y Demografía del colegio de México  
# 52 .-p.17
- (2) Bourgeois-Pichat, Jean.- Idem.-p. 17
- (3) Bourgeois-Pichat, Jean.- Idem.- p.17  
Gerard y Bunsch.-La transición Demográfica:esquema de-  
evolución.-Ed. Pirámide S.A. Madrid.- p.131

RESEÑA HISTORICA DE LA POBLACION EN MEXICO  
CRECIMIENTO DEMOGRAFICO Y POLITICAS DE POBLACION

Los cambios históricos, socio-políticos y económicos se corresponden con las diferentes etapas de crecimiento demográfico. Esto es importante puesto que el tipo y características del proceso de desarrollo conducen a determinados modelos de comportamiento reproductivo. A su vez, el volumen de la población y su ritmo de crecimiento se convierten en una oportunidad o en un impedimento para el desarrollo; por ello la evolución demográfica sólo puede entenderse en el contexto económico, político, social y cultural en el que se ha dado. De lo anterior se desprende la importancia de este apartado.

EPOCA PREHISPANICA

A principios del siglo XVI, nuestro territorio estaba poblado por cerca de 15 millones de habitantes, cuya forma de vida y cultura eran propias. Su crecimiento demográfico era lento pero constante, debido a que su sistema de salud permitía que la fecundidad sobrepasase a la mortalidad a pesar de ser ésta bastante elevada (1).

EPOCA DE LA CONQUISTA

En esta época la población de México se vio mermada por el aumento de la mortalidad debido principalmente a la violencia (guerras), la dominación (esclavismo), a las enfermedades traídas por los conquistadores y a la baja sufrida en la fecundidad ocasionada por la ruptura del orden socioeconómico, ya que tanto su sistema religioso como de salud fue des

truido y su familia fue desintegrada al engrosar sus elementos las filas de esclavos o concubinas, según fuera su sexo. Por las condiciones en las que vivían no es de extrañarse que en sólo 20 años la población se redujera casi a la mitad y que para 1600 no pasara de 5 millones (2).

## EPOCA COLONIAL

Como aún prevalecían los problemas de la época de la conquista, la población fluctuó ampliamente, las epidemias se repetían periódicamente y lo indígena era despreciado; esto fue la causa de que la cultura propia se fuera olvidando a fuerza de represión, aún antes de que empezara el proceso de asimilación de los valores españoles. La vida económica y cultural giraba en torno a España que se enriquecía con los productos de su colonia; de esta forma nuestro país resentía un sistema de desigualdad socioeconómica, en donde los menos afortunados eran los indígenas pese a la labor de protección y enseñanza que desempeñaban los misioneros.

Este período presentó elevados niveles de mortalidad, los que no siempre fueron superados por la natalidad, esto ayudó a lograr una estabilidad en el crecimiento que duró casi dos siglos, notándose tan sólo un incremento poblacional de 2 millones entre 1700 y 1810, al pasar en ese período de 6 a 8 millones de habitantes (3).

## EPOCA DE INDEPENDENCIA Y REFORMA

Los criollos seguidos por la población con condiciones de vida desfavorable llevaron a cabo el movimiento de Independencia anulando con ello la dependencia política de España, esto sin embargo no causó grandes cambios en el panorama

socioeconómico, aunque la lucha produjo bajas estimadas en medio millón de personas.

Un detalle importante de esta época es el levantamiento de un censo general de la república conocido como Censo Valdés por haber sido encomendada su ejecución por Don Antonio José Valdés en 1831, con el fin de conocer la situación socioeconómica y moral prevaleciente después de la independencia.

La Reforma encabezada por Juárez reforzó la unidad nacional y con la separación de los poderes de la iglesia y del estado, el contexto sociocultural y de salud se modificó.

En 1839 el Instituto Nacional de Geografía y Estadística publicó su "Censo General de Población Clasificada".

De 1858 a 1866 México sufrió un período de vida inestable consecuencia de la época de reforma, por esta razón, la producción de estadísticas fue mínima. Entre lo que se puede encontrar en ese período se tiene: la Estadística General de la República editada en 1852 y el Apunte sobre Censos de Miguel Lerdo de Tejada.

Establecida la república ente 1869 y 1872 se publican los trabajos de Don Antonio García Cubas, en los que enmarca la pauta a seguir para la realización del censo general de la nación levantado en 1895. (4)

#### EPOCA PORFIRISTA

En esta época cobra fuerza el desarrollo de las fuerzas productivas, se construyó una red férrea que mejoró las comunicaciones y facilitó la migración, la población se vé como un bien básico para una política en pujanza, la industria cobra auge y es preferida a la agricultura.

Se da el primer período de crecimiento notable de la población; las tasas de crecimiento poblacional oscilaron entre 1 y 1.5% como una consecuencia del crecimiento socioeconómico; se encuentran las luchas internas e invasiones extranjeras (estas últimas provocaron la pérdida de parte del territorio nacional). El crecimiento poblacional en parte se dió porque el sistema de tenencia de la tierra en grandes extensiones en pocas manos exigía que las familias pudientes fueran numerosas para poder controlar su tierra mientras que las familias de peones campesinos veían en un mayor número de hijos más posibilidades de pagar sus deudas con su producción dejando de esta forma de estar "vendidos" al dueño de la hacienda en donde trabajaban.

El incremento sufrido por la población se observa al pasar de 8 millones de habitantes en 1870 a 9 millones en 1880; de 12.6 millones en 1895 a 13.6 millones en 1900 para llegar en 1910 a 15 millones de habitantes (5).

El porfiriato constituyó una dictadura de 33 años -- (1877-1910). En este período se levantó el primer censo general de la república reconocido oficialmente en el país (1895), cuya finalidad era obtener el número total de habitantes y sus características de vida. Los resultados arrojaron como cifra oficial 12,632,427 habitantes, el segundo censo levantado fue en el año de 1900, también dentro de este período; este censo seguía la estructura del anterior y aunque fue aumentado se utilizó nuevamente la boleta familiar por hogar, en este censo la población captada fue de 13.6 millones.

En esta época tampoco se logró una distribución equitativa de la riqueza, pues como ya se comentó existían grandes haciendas y latifundios conviviendo en contradicción con la población escasamente alimentada (6).

## EPOCA CONTEMPORANEA

Se inicia con el estallido de la revolución, los diez años de lucha entre 1910 y 1920 modificaron el volumen de la población, disminuyéndola en más de 800,000 habitantes (la población de México pasó de 15.2 millones de habitantes en 1910 a 14.3 en 1921) a consecuencia de las muertes y la migración a Estados Unidos. La natalidad también disminuyó debido tanto a las bajas provocadas por la guerra como al fuerte golpe psicológico sufrido por la población, durante estos años se impulsó la inmigración de europeos para impulsar el progreso de México. Por otra parte, aunque las bases económicas del México moderno se sientan en 1911 cuando el país se articuló al sistema económico mundial con una economía capitalista, no fue sino hasta 1920 que su crecimiento y expansión se aceleró. En esta época la mortalidad descendió gracias a los adelantos de la ciencia y la tecnología a nivel mundial en materia de medicina e higiene. Con la recuperación de la normalidad en el país la población creció de 5.4 millones en 1921 a 19.8 millones de habitantes en 1940. Por otra parte la reforma rompió con la concentración de la tierra en pocas manos implantando el ejido. Con esto la estructura de la producción se modificó y ayudó al desarrollo industrial y financiero del país dado a partir de 1930. Ahora bien, desde 1940 el crecimiento de México se elevó sustentado por la acumulación de capitales y la política de industrialización, cuyo proceso se facilitó con la nacionalización sucesiva del petróleo, los ferrocarriles y la electricidad (7).

En este período se establecieron nuevos sistemas educativos y se dieron grandes reformas de salud y seguridad social, lo que aunado a las formas de medicina preventiva (principalmente a las vacunas y antibióticos) dieron lugar a un nuevo descenso en la mortalidad que en 30 años llegó casi a los niveles de los países más desarrollados, pasando de 23 defunciones por cada mil habitantes en 1940 a 10 por cada mil habitantes en 1970, esta reducción de los niveles de mortalidad se dió con especial énfasis en los niveles de mortalidad infantil y fue causa del

aumento poblacional de cerca del 80% en el período 1940-1960 pasando de 20 a 35 millones de habitantes (8).

Para dar una idea del rápido crecimiento demográfico vivido por México baste decir que de 1930 a 1940 la población de México pasó de 16 a 20 millones, siendo la tasa de crecimiento promedio anual de 1.7%; la tasa para el período 1940-1950 ascendió a 2.7%; de 1950 a 1960 la población creció de 20 a 26 a 35 millones, la tasa promedio de crecimiento anual para ese período fue de 3.1%, esta tasa ascendió aún más de 1960 a 1970 inclusive hasta la primera mitad de la década de los 70's en donde la tasa promedio de crecimiento se mantuvo alrededor de 3.5%; de 1970 a 1980 la población pasó de 35 a 50 millones.

Así, mientras en el período 1930-1940 se incrementó la población en 17 personas por cada mil habitantes existentes en promedio, en 1960-1970 la población se incrementó en promedio 35 habitantes por cada mil ya existentes.

Así, lo que ha dado por llamarse "explosión demográfica", en México, se puede medir bruscamente tomando en cuenta que de 1910 a 1960 la población creció de poco más de 15 millones a 35, es decir, en sólo 50 años la población se duplicó creciendo alrededor de 20 millones en tanto que al llegar a 70 millones de habitantes en 1980 se observa que en sólo 2 años la población creció 35 millones.

A esta alarmante situación (bienes y servicios insuficientes) la alivian los indicios de un descenso en el ritmo de crecimiento, al pasar éste de 3.5% en 1970 a 2.5% en 1982, bajando en ese período la tasa de natalidad de 40 a 33 nacimientos por cada mil habitantes; pero como este resultado sólo es significativo en las zonas urbanas y en sus estratos socioeconómicos medio y alto, es claro que aún queda mucho por hacer en lo que a proyectos de política de población respecta. Hay que tener presente que si la tendencia de natalidad conti-



nuara igual para fines del presente siglo, la población de México llegaría a más de 130 millones, pero si los objetivos de la política poblacional son apoyados y para 1988 la tasa de crecimiento se reduce al 1.9% y para el año 2000 se logra que descienda al 1% (crecimiento análogo al que se dió a principios de siglo) la población para el año 2000 ascenderá "tan sólo" a 100 millones (9).

Por otro lado la elevación del ritmo de crecimiento ha provocado el rejuvenecimiento de la población, ya que la proporción de menores de 15 años ha pasado del 38.4% en 1921 al 39.2% en 1930 y de 44.2% en 1960 a 46.2% en 1970. Sin embargo, a pesar de que los grupos de mayor edad predominan hay una tendencia descendente puesto que para 1980 la población menor de 15 años se estimó en 44.8%. Mientras tanto, la población mayor de 45 años se mantuvo alrededor de 13.58% de 1921 a 1980. De lo anterior resulta una pirámide de población con base ancha y cúspide estrecha, de lo que se desprende una gran proporción de dependientes, puesto que la población menor de 15 años es naturalmente improductiva y si además agregamos a los incapacitados y a los que no encuentran posibilidad de trabajar, el grupo formado se constituye en un grave problema ya que además de requerir un aumento más acelerado de servicios, educación y de salud (en especial de atención materno-infantil) entre otros incrementa la oferta de mano de obra alimentando así las filas del ejército industrial de reserva. Esto refleja un decremento de la población económicamente activa y por tanto de la capacidad de ahorro; llegando con esto a la triste situación de que la mayoría de la población vive sustentada por una minoría, la que a su vez tiene la responsabilidad de tomar las decisiones de carácter económico, político y social que afectan a toda la población (10).

La causa directa del rejuvenecimiento que se dió es sin duda la disminución más acelerada de la mortalidad entre la población menor de edad que entre los adultos y ancianos.

Con lo asentado hasta ahora es fácil notar que la población económicamente activa (15-64 años) ha sufrido una reducción relativa dentro de la estructura poblacional al dejar de ser mayoritaria y pasar de un 56% en 1940 a un 50% en 1970 (esto no significa que no se haya incrementado sino que el crecimiento de otros grupos ha sido mayor). Afortunadamente esta situación empieza a cambiar ya que para 1980 la PEA aumentó al 51% y se espera que esta tendencia a la alza continúe debido a la serie de cambios que se han venido suscitando en fecundidad y mortalidad.

La incorporación de la población a cierto tipo de actividad económica depende de la tecnología en uso, del sistema educativo, la posición de la mujer en la sociedad y el tipo de demanda, entre otros factores.

Uno de los más serios impedimentos para el progreso de México es la relativamente tardada iniciación del cambio de economía basada en la agricultura a la basada en la industria. Ya que México debe "competir" con las naciones más desarrolladas cuyos mercados e industrias son bastante amplios y cuyo carácter es tanto interno como externo, con el fin de apoyar a su producción la que es en gran escala, debiendo por tanto México de lograr mercancías más baratas y crear técnicas que necesitan gran capital y crédito así como canales de distribución bien organizados. Queda claro con lo anterior que la tarea de México no es fácil pues tiene que crear "su industria" y lograr nivelarse con la capacidad productiva y nivel tecnológico de las naciones con que "compite" al tiempo que logra su propio desarrollo social (11).

Ahora bien, de 1940 a 1970 la población económicamente activa se duplicó pasando de 5 a 13 millones; sin embargo, su proporción con respecto a la población total ha disminuído. Según algunas correcciones por subnumeración hechas por Altímir a los datos censales, se tiene que población económicamente activa en 1950 era el 32.3% de la población total, mientras que en 1960 bajó al 29.2% y en 1970 al 26.8%; esto probablen

te sea reflejo de la baja en la participación masculina de 56.8% en 1950 a 48.8% en 1960 y a 43.6% en 1970 que no pudo ser contrarrestado por el alza de la participación femenina de 8.7% en 1950 a 10.2 en 1970. (12)

Por otro lado, en oposición con el sector primario, los sectores secundario y terciario han absorbido gran cantidad de mano de obra en 1950-1970, ya que mientras el primario absorbió en estos 20 años sólo el 5.5% del total de personas que se incorporaron a la actividad, el secundario absorbió el 40.6% y el terciario el 45.6%; de esta forma al final del período el 39.4% de la población económicamente activa pertenecía al primario, el 22.9% al secundario y el 31.9% al terciario. Del sector secundario la industria de la transformación incorporó al 30.9% del incremento de la población económicamente activa durante 1950-1970 y del terciario el gobierno y los servicios absorbieron el 30.1% de donde se visualiza que el proceso de industrialización y los servicios están avanzando. Como nota interesante se tiene que en el sector terciario es en donde la mujer participa con mayor porcentaje, esto puede deberse también a que una gran cantidad de población femenina al llegar a la adolescencia se traslada a trabajar a las ciudades en calidad de empleadas domésticas (13).

Es interesante plantear que el aumento de población no era ningún problema aún a principios de este siglo pues las estrategias de crecimiento económico así lo requerían, se necesitaba mano de obra para concentrar en los centros urbanos; de hecho, el primer ordenamiento legal sobre población fue la Ley General de Población de 1947, cuyas intenciones eran pronatalistas y cuyo objeto era controlar la migración internacional. Pero la natalidad se conservó en niveles muy elevados (alrededor de 44 nacimientos por cada mil habitantes) hasta mediados de la década de los 70's en que el crecimiento poblacional se convirtió en un problema generalizado en América Latina. Para

dar una idea de la magnitud de este problema en México, basta decir que nuevamente de 1920 a 1970 la población se duplicó cada 20 años.

Ya desde mediados de los años 60's, conscientes del problema que el crecimiento demográfico acelerado causaría en Latinoamérica, varios de sus jefes de estado vieron la necesidad de implantar una política de población controlista, la reunión realizada para tales fines se llevó a cabo en Caracas en el año de 1967. En ella se planteó el control de la concepción como derecho humano, dándose a conocer como planificación familiar o paternidad responsable, en esta reunión se mostraron dos tendencias:

- la que acusaba al crecimiento poblacional del estancamiento socioeconómico de los países atrasados (apoyada por los neomalthusianos).

- la que consideraba a la población necesaria por ser un factor activo en los procesos de cambio (apoyada por gran número de cristianos). (14)

México a partir de 1970 vió la necesidad de planificar el crecimiento y la distribución de su población, siendo su objetivo a partir de entonces lograr un descenso en la tasa de crecimiento a través del logro de descensos en la natalidad y de la reorientación de las corrientes migratorias.

En el informe de gobierno de 1972 se declaró la intención de "adoptar una nueva política de población apoyada en el carácter de las decisiones del sector público, basada en relaciones sociales definidas, debiendo ser su aplicación generalizada con el fin de influir en el volumen, crecimiento, estructura y distribución de la población para armonizar los procesos demográficos con los del desarrollo, elevando con

ello la calidad de vida del mexicano". La causa se debió a que su ritmo de crecimiento era elevado en relación a la capacidad del sistema para satisfacer las necesidades de la población y a la distribución espacial desequilibrada con miles de pequeñas localidades dispersas y grandes concentraciones urbanas. En una palabra, la causa fue y es la incongruencia entre el proceso de desarrollo y la dinámica demográfica.

El objetivo de la nueva ley era alcanzar un descenso rápido de la natalidad seguido de descensos más bien lentos hasta llegar a niveles estables y bajos a principios del siguiente siglo (15).

Con el tiempo se elaboró la Ley General de Población de 1974, que es la más importante manifestación de las nuevas ideas y políticas demográficas, ya que trata de modificar la conducta demográfica en un contexto de respeto a los derechos humanos y a la familia conforme al texto del artículo cuarto (modificado en 1974) de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: "El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esto protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos". Esta ley delegó al sector público la responsabilidad de realizar programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud para regular y estabilizar el crecimiento de la población, logrando así el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país (16).

Esta misma ley creó en 1974 el CONAPO con el fin de incluir a la población en los programas de desarrollo económico y social formulados por el sector gubernamental vinculando todo con las necesidades que plantean los fenómenos demográficos.

Las actividades de planificación familiar propuestas se desarrollan principalmente a través de la S.S.A. a partir de 1973, el IMSS a partir de 1972, el ISSSTE a partir de 1974 y el FEPAC (Fundación de Estudios para la Población, Asociación Civil), que presta servicios de esta índole desde 1966.

Con respecto a la mala distribución espacial, la Ley General de Asentamientos Humanos estableció en 1976 las bases jurídicas para ordenar y regular los asentamientos humanos buscando una distribución y desarrollo equilibrados de los centros de población en el territorio nacional, esta ley era necesaria, ya que, mientras a principios de siglo la población rural era de cerca del 80%, en 1970 el porcentaje anterior disminuyó al 45% y en 1980 al 34%, gracias a los movimientos migratorios cada vez más fuertes del campo a la ciudad y de las zonas menos desarrolladas a las más desarrolladas; actualmente y de continuar esta migración en niveles elevados, los problemas por concentración de población se harán más fuertes; por esto es importante distribuir la población en forma compatible con las alternativas socioeconómicas, por lo que se hace necesario identificar las regiones con más ventajas comparativas y con potencial económico, tomando en cuenta que los rasgos más sobresalientes que distinguen a las corrientes migratorias son:

- la migración es más intensa a cortas distancias.
- la atracción la ejercen las áreas cuyo proceso de desarrollo regional es elevado.
- la capacidad de atracción o de rechazo migratorio de las entidades muestra que está más acentuada la de rechazo.
- la migración se compone principalmente de población económicamente activa joven (se estima que de 4 millones de habitantes que migraron en la década de los sesentas, alrededor del 65% estaban entre los 15 y los 30 años).
- la migración no ha reducido los niveles de desarrollo y subempleo en las regiones de origen, debido tanto

al creciente número de trabajadores agrícolas excedentes, como al débil crecimiento de la demanda del trabajo en los centros urbanos. (17)

El desplazamiento de población del que hacemos mención se dió con más fuerza a partir de 1940 hacia algunos centros urbanos, siendo los principales centros de atracción o concentración México, D. F., Guadalajara y Monterrey, quienes según el censo de 1970 llegaron a concentrar respectivamente el 18.2%, el 3.1% y el 2.1% de la población total del país.

México, D. F. ha llegado incluso a captar 50% de la migración total del país, situación alarmante ya que esta presión demográfica provoca desequilibrios entre la oferta y la demanda de servicios, lo que obliga a la migración interna y externa, y al subempleo, por lo que la canalización del ahorro interno en vez de dirigirse al fortalecimiento de la infraestructura tiene que usarse para tratar de satisfacer la demanda de servicios, los que por más que se incrementan resultan insuficientes en los centros urbanos. (18)

Así vemos que la mayor parte de las migraciones son causadas por la desocupación, la baja productividad y la marginación en cuanto a servicios de comunicación, educación, salud, comercio y material para trabajar la tierra, lo que lleva a la búsqueda de mejores oportunidades. Los flujos migratorios hacia zonas urbanas son cada vez más importantes en los grupos que oscilan entre los 15 y los 44 años, que es donde se ubica la mayor parte de la fuerza de trabajo, provocando la disminución de la proporción de población ocupada en actividades agrícolas y ha aumentado la proporción de población dedicada a actividades industriales y terciarias. (19)

La distribución de la población empieza a modificarse notoriamente a partir de 1940, coincidiendo con el impulso económico causado por las obras de irrigación y la intensificación

del reparto de tierras, acompañado de un desarrollo industrial apoyado en la política de substitución de importaciones; este desarrollo fue el motor de la gran movilidad en la que se sumó la población de nuestro país. (20)

Por otro lado es importante notar que son precisamente las áreas donde predomina el sector agrícola tradicional, donde los factores de rechazo de población son más fuertes, lo que causa una gran inclinación por la migración; este fenómeno es compartido aunque en menor escala por las áreas donde predomina el sector agrícola moderno, debido a la incorporación de tecnología inadecuada, ya que las técnicas muy avanzadas y la implantación de maquinaria de cultivo reducen la mano de obra en la tierra, alentando su movimiento a las áreas urbanas. Desgraciadamente, las industrias urbanas en su mayoría se encuentran incapacitadas para absorber esa mano de obra, convirtiéndose en un factor más que no reduce sino que aumenta la subocupación y desocupación tanto en las áreas rurales como en las urbanas. (21)

Acerca de la urbanización sufrida por México tenemos que de 1900 a 1940 fue bastante lenta debido a los programas gubernamentales asociados con la reforma agraria, pero a partir de esa fecha el proceso de urbanización se puede asociar con el crecimiento industrial y la expansión de los servicios. Debido a este desarrollo económico las localidades de 2500 habitantes y más (urbanas) han pasado de una tasa de crecimiento medio anual del 2.3% en 1930-1940 a una del 4.6% de 1940 a 1950, ascendiendo a 4.9% de 1950 a 1980 para pasar a una de 5.0% de 1960 a 1970. Por otro lado, aunque la población rural en localidades de menos de 2500 habitantes ha tenido un ritmo de crecimiento anual de 1.5% desde 1930 y no ha variado mayormente, su proporción con respecto a la población total ha pasado de 66.5% en 1930 a 49.3% en 1960, siendo estimada para 1970 en 42.4%. (22)



La información del censo de 1970 mostró que la distribución espacial sigue mostrando grandes concentraciones en las áreas urbanas (61% de la población vivía en medios urbanos, y se espera que de continuar la tendencia esta cifra se elevará al 72% para 1990) y fuerte dispersión en las áreas rurales. Factores de este proceso son el progreso relativo de los centros urbanos y la economía rural precaria que, recalcando, ha contribuido al desplazamiento de grandes masas hacia las urbes no preparadas para satisfacer las necesidades básicas de los inmigrados dando lugar a la marginación de algunos habitantes. (23)

Las áreas urbanas difieren sustancialmente de las rurales con respecto a factores tales como densidad de población, abastecimiento de agua, eliminación de desechos, nivel de industrialización, instrucción y por ende difiere en niveles de mortalidad y fecundidad.

Históricamente las ciudades han sido lugares notablemente insalubres debido a la densidad de población que las hacía particularmente vulnerables a las enfermedades epidémicas como el cólera, la fiebre amarilla, la viruela y la tuberculosis, todas ellas mortales para el hombre; esta fue la razón de que las tasas de mortalidad siempre excedieran a las de natalidad en las ciudades y que éstas crecieran en función sólo de la afluencia de gente de las áreas circundantes. (24)

Actualmente el nivel de saneamiento, el ambiente biológico, la densidad de población y la concentración de servicios que influyen en la ocurrencia de las enfermedades infecciosas y parasitarias que provocan los diferenciales en morbilidad entre lugar de residencia urbana y rural nos indican que las enfermedades infecciosas y parasitarias incluyendo las enfermedades transmitidas de los animales al hombre son más frecuentes en las áreas rurales y en los suburbios de las ciudades. (25)

Ahora bien, con respecto al crecimiento demográfico, fue la administración de 1976-1982 la que propuso alcanzar una tasa de crecimiento demográfico de 2.5% para 1982, ya que entre las tres alternativas de crecimiento para la población planteadas en nuestro país conocidas como histórica (proyección con tasas de fecundidad constante a partir de 1980), programática (proyección programática con metas demográficas de 2.5% a 1982 y de 1% al 2000) y alternativa (proyección alternativa a la programática a partir de 1982 con una tasa de 2% de crecimiento anual al 2000), la programática fue elegida por no distorsionar las componentes de la fecundidad, la mortalidad y la estructura por edad, teniendo la ventaja de presentar regularidad en el descenso de la fecundidad y en la evolución de la estructura por edad de la población, con lo que se espera solucionar las futuras demandas de educación, salud y empleo así como el ir capacitando al sector salud para proporcionar una cada vez más eficaz y eficiente asistencia en servicios de planificación familiar. (26)

Las tasas de crecimiento propuestas por la alternativa programática son las siguientes:

#### TASAS DE CRECIMIENTO ANUAL REPUBLICA MEXICANA

1976 - 2000

	1976	1982	1988	1994	2000	
Tasa	3.2%	2.5%	1.8%	1.3%	1.0%	(27)

Las metas 1976 y 1982 han sido ya alcanzadas. Para su logro se formularon planes y programas de acción para disminuir el crecimiento de la población a partir de un descenso en la natalidad regulando los patrones reproductivos de la población por entidad federativa. Entre estos planes y programas se tienen el plan nacional de planificación familiar que contiene la

cobertura demográfica en planificación, necesaria para el período 1977-1982 que buscaba un equilibrio en la población usuaria de los servicios de salud y planificación familiar entre el medio rural y el urbano; el programa de información y comunicación en población cuyo fin es informar de los hechos demográficos y de su dependencia e incidencia en el desarrollo socioeconómico y el programa de educación sexual, que tiene por meta integrar el sentido de la vida sexual en el desarrollo individual, familiar y social.

Siguiendo la pauta señalada por los programas mencionados se espera que la disminución en el ritmo de crecimiento se acelere en lo que resta del siglo, llegando como ya se dijo en 1988 a una tasa del 1.9% y en el año 2000 a una tasa de 1%; ambas metas se establecieron tratando de adecuar el crecimiento demográfico al desarrollo socioeconómico del país. (28)

En 1978 se aprobó el plan nacional de desarrollo urbano cuyo fin es racionalizar la distribución de las actividades económicas de la población en el territorio nacional, localizándolas en las zonas de mayor potencial del país, promover el desarrollo integral y equilibrado en los centros de población, propiciar condiciones favorables para que la población pueda resolver sus necesidades de vivienda, servicios públicos, infraestructura, mejorando y preservando el medio ambiente.

De esta forma la política demográfica queda configurada nuevamente presentando dos objetivos: inducir con pleno respeto a la libertad individual, la reducción en la fecundidad con el fin de disminuir el crecimiento de la población y racionalizar la distribución de los movimientos migratorios para lograr equilibrar la población, los recursos naturales y la actividad económica. (29)

Es claro que la política demográfica debe estar inscrita en el marco de la planificación del país, por lo que se requiere de su interconexión con todos los planes y programas de desarrollo, persiguiendo con ellos elevar el bienestar de la familia e individuo, apoyando el ejercicio de los derechos humanos, influyendo en el ritmo de crecimiento de la población y su distribución geográfica para unificar entre la población los logros, dándose a conocer a ésta las tendencias demográficas y sus influencias en los fenómenos socioeconómicos. (30)

La política migratoria se dirige a distribuir geográficamente a la población, de tal forma que las posibilidades económicas de cada región sean aprovechadas al máximo con el fin de reordenar el desarrollo regional y fortalecer el desarrollo reduciendo el ritmo de concentración en las áreas metropolitanas. Para instrumentar esta política se proponen tres programas relacionados entre sí llamados de retención, reorientación y reubicación, que repercuten disminuyendo los flujos migratorios a los centros urbanos y ciudades de atracción del país, reteniendo población en los lugares en donde se generan las principales corrientes migratorias y reorientando los flujos migratorios a entidades estratégicamente situadas y con capacidad para absorber volúmenes superiores de población a los que cuenta. (31)

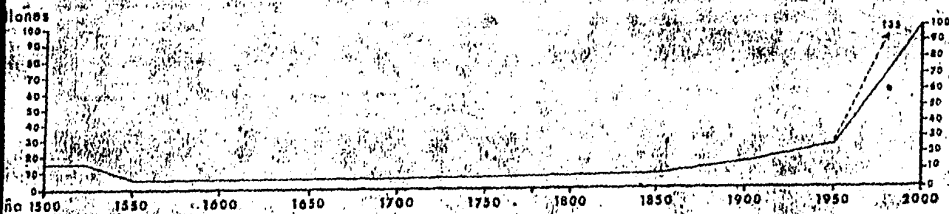
Política de retención. Considera la necesidad de reducir la intensidad de los flujos migratorios atendiendo a las causas que los generan en aquellas entidades federativas que registran fuertes envíos de población a las grandes ciudades; presupone retener una parte del volumen potencial de emigrantes fortaleciendo los procesos económicos locales y aumentando la disponibilidad de servicios básicos. El efecto de esta política en las áreas metropolitanas se contemplaría en una reducción de la población proveniente de estas entidades y como consecuencia la disminución de la tasa de crecimiento. (32)

Política de reorientación. Tiene por fin señalar las entidades federativas con capacidad en su estructura económica para absorber migrantes, por ser entidades de equilibrio (expulsan y atraen población en los mismos volúmenes). Por lo anterior los incrementos en sus poblaciones no darían lugar a perturbaciones socio-demográficas. El efecto de la reorientación de los migrantes en las áreas metropolitanas es el reducir las tasas de crecimiento demográfico y aumentar la densidad en los estados con asentamiento alternativo. (33)

Política de reubicación. Se fundamenta en la reforma administrativa y en el programa de desconcentración territorial de la administración pública federal localizada en el D.F. Se refiere a orientar el desarrollo de los asentamientos humanos del país y contribuir a una menor concentración en el D.F. en los próximos años. La reubicación de los trabajadores al servicio del estado en otras entidades federativas proporcionará un crecimiento más acorde con la infraestructura del D. F.

Las tres políticas deben apoyarse entre sí para el cumplimiento de las metas, siendo las dos primeras planteadas desde las entidades federativas que originan los movimientos migratorios que afectan a los principales centros urbanos y la tercera planteada en el D.F., centro con mayor densidad de la república. (34)

## Evolución de la Población de México del año 1500 al 2000

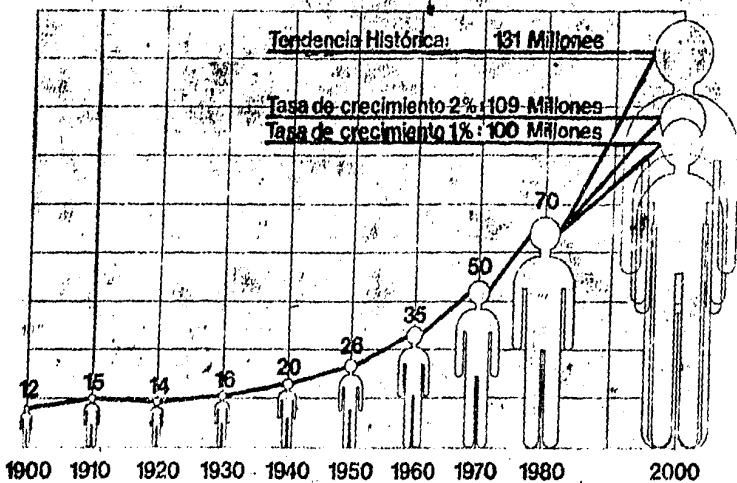


FUENTE:

CONAPO; La historia de todos p. 2

## Crecimiento de la Población.

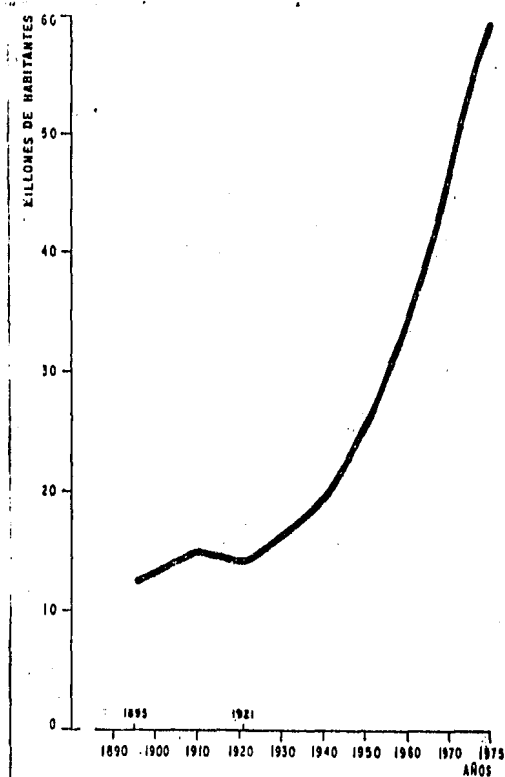
REPUBLICA MEXICANA



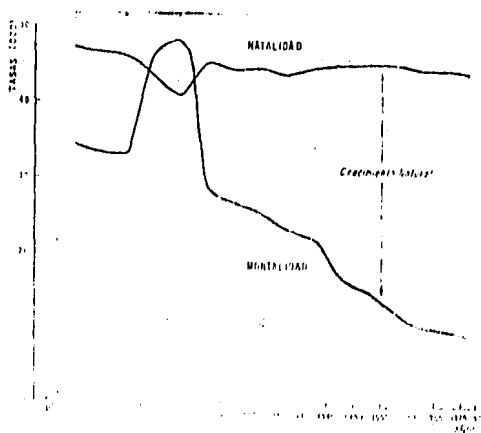
FUENTE:

CONAPO; La historia de..Idem. p.11

EVOLUCION DE LA POBLACION (1895-1975) Y  
 COMPONENTES DEL CRECIMIENTO NATURAL (1895-1973)  
 REPUBLICA MEXICANA.



FUENTE:  
 Alba, Fco. . . Idem. p.20



FUENTE:  
 Alba, Fco. . . Idem. p.20

TASA DE CRECIMIENTO ANUAL DE LA POBLACION Y METAS.

AÑOS	TASA
1900-1910	1.1
1910-1921	-(0.5)
1921-1930	1.7
1930-1940	1.7
1940-1950	2.7
1950-1960	3.1
1960-1970	3.4
1970-1975	3.5
1975-1978	3.2

AÑOS	METAS
1976	3.2
1978	3.0
1982	2.5
1988	1.8
1994	1.3
2000	1.0

FUENTES: CONAPO *Mexico demografico 1980-81*, pp 56,88,94  
 CONAPO *Politica demografica nacional...* op. cit. p 48  
*Dinamica...* Idem p.59

DENSIDAD DE POBLACION  
(1900-1980)

HABS. x Km<sup>2</sup>

AÑOS	POBLACION
1900	6.9
1910	7.7
1921	7.3
1930	8.4
1940	10.0
1950	13.1
1960	17.7
1970	24.4
1977	32.8
1980	36.0

FUENTES:

UNAM *El diagnostico...* op. cit: p.47/  
 SSA Cuaderno No.3 Idem. p.84

POBLACION 1521-1980.

AÑO	POBLACION *
1521	6200-9120
1795	5200
1803	5837
1820	6204
1842	7016
1862	8397
1882	10002
1895	12632
1900	13607
1910	15160
1921	14335
1930	16553
1940	19654
1950	25791
1960	34923
1970	48225
1980	69346

FUENTES:

*Dinamica...* op.cit. p.6  
 Alba,Fco. Idem. p.17  
 \* en miles



ESTADÍSTICA DEMOGRÁFICA DE LA POBLACION  
POR GRUPOS DE EDAD 1921-1980.

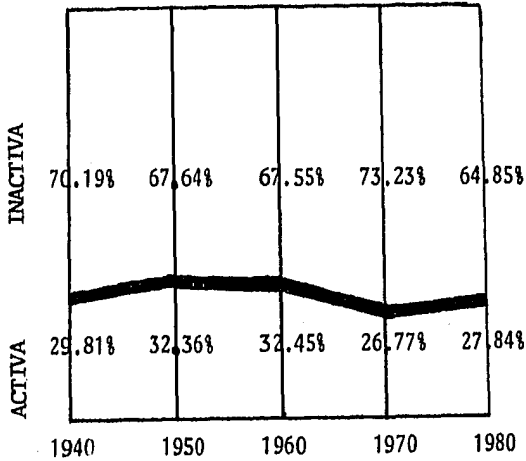
REPUBLICA MEXICANA

EDADES	1921	1930	1940	1950	1960	1970	1980*
-1	2.68	3.10	2.72	3.15	3.28	3.46	3.23
1-4	10.39	12.07	11.85	12.23	13.26	13.48	12.91
5-14	25.33	24.04	26.62	26.31	27.70	29.28	28.72
< 15	38.40	39.21	41.19	41.69	44.24	46.22	44.86
15-44	46.78	46.41	44.60	43.21	41.01	40.20	41.47
45-64	11.22	11.41	11.21	11.57	11.00	9.87	9.82
65 y más	2.63	2.95	2.98	3.35	3.42	3.71	3.84
15-64	58.00	57.82	55.81	54.78	52.01	50.07	51.29
SE IGNORA	0.97	0.02	0.02	0.18	0.33		
TODAS LAS EDADES	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

FUENTE: *El diagnóstico de la salud de México*. UNAM p. 45

\*cálculo propio en base a: SSA Cuaderno 3... *Idem.*, p. 5

POBLACION ACTIVA E INACTIVA  
 REPUBLICA MEXICANA  
 1940-1980



FUENTE:

UNAM diagnostico.. op. cit. p. 6

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA  
 POR RAMA DE ACTIVIDAD\*

REPUBLICA MEXICANA

1930 - 1970

Años	RAMA DE ACTIVIDAD					
	PRIMARIA		SECUNDARIA		TERCIARIA	
	Número	%	Número	%	Número	%
1930	3 635	70.5	573	11.1	944	18.4
1940	3 841	65.4	747	12.7	1 280	21.9
1950	4 823	58.3	1 319	15.9	2 130	25.8
1960	6 342	53.4	2 008	16.9	3 523	29.7
1970	5 103	39.4	2 974	23.0	4 078	37.6

\* En miles

FII/IEF Censos Generales de Poblacion

POBLACION ACTIVA: TOTAL AGRICOLA Y NO AGRICOLA\*

REPUBLICA MEXICANA

1900-1970

AÑOS	PEA TOTAL	AGRICOLA	NO AGRICOLA
1900	4545	3157	1388
1910	5002	3597	1405
1921	4641	3490	1151
1930	5352	3626	1726
1940	6055	3831	2224
1950	8345	4867	3478
1960	11253	6087	5166
1970	12955	5103	7104

FUENTES:

Dinamica...op.cit.p.149

Alba,Fco. Idem p. 99

\* en miles

CONCENTRACION DE POBLACION POR TAMAÑO DE LOCALIDAD

REPUBLICA MEXICANA

1930-1970

TAMAÑO DE LOCALIDAD	1930	1940	1950	1960	1970
MENOS DE 2500 HABITANTES	66.5	65.0	57.3	49.3	41.3
DE 2500 a 19999	17.5	17.0	18.6	21.1	23.4
DE 20000 a 499999	9.4	10.7	15.4	17.7	23.8
DE 500000 y más	6.2	7.3	8.7	11.9	11.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	16552722	19653552	25791017	34923129	48225238

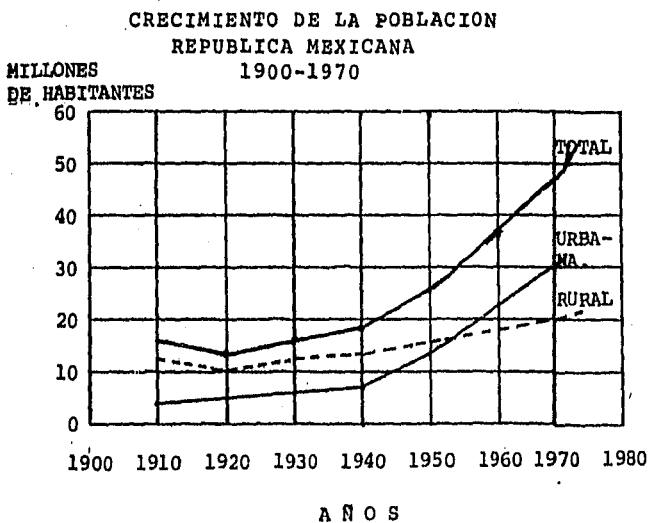
FUENTES:

DGE Censos generales de población 1930-1970

POBLACION URBANA Y RURAL Y TASAS DE CRECIMIENTO  
República Mexicana 1900-1970

Año	POBLACION			TASAS DE CRECIMIENTO MEDIA ANUAL		
	TOTAL	URBANA	RURAL	TOTAL	URBANA	RURAL
1900	13 607.3	2 639. 8	10 967.5	1.1	3.3	0.5
1910	15 160.4	3 668. 8	11 491.6	-0.5	1.8	-1.4
1921	14 334.1	4 472. 2	9 861.9	1.7	2.6	1.3
1930	16 552.6	5 545. 1	11 007.5	1.8	2.3	1.5
1940	19 653.6	6 898. 4	12 755.2	2.7	4.6	1.5
1950	25 791.0	10 986. 9	14 804.1	3.1	4.9	1.5
1960	34 923.1	17 706. 1	17 217.0	3.4	5.0	1.5
1970	48 225.2	28 308. 5	19 916.7	3.4	5.0	1.5

FUENTE:  
Censos Generales de Población y Vivienda.

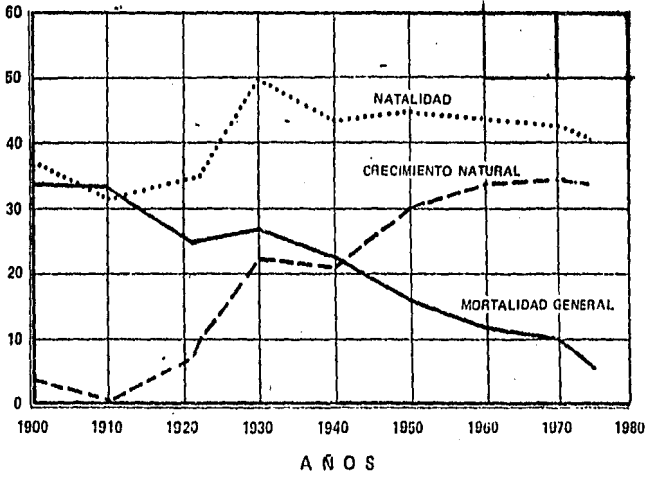


FUENTE:  
Anuarios Estadísticos S.P.P.

**NATALIDAD, MORTALIDAD GENERAL  
Y CRECIMIENTO NATURAL  
REPUBLICA MEXICANA**

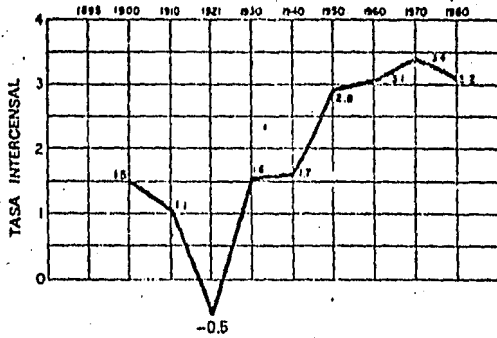
TASA POR CADA  
1000 HABITANTES.

1900 - 1975



FUENTE: Anuarios Estadísticos, S.P.P. (1900 - 1960).  
 Agenda Estadística, 1976, S.P.P. (1970 - 1974).  
 Compendio de Estadística Vitales de México 1975, S.S.A. (1975)

**TASAS DE CRECIMIENTO MEDIO ANUAL DE LA POBLACION TOTAL  
EN LA REPUBLICA MEXICANA 1895-1980**



FUENTE:  
 El mercado de valores, año XLIV, No.30 Julio 23, 1984

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Brito V., Enrique y Fernández, Guadalupe. Población. La historia de todos.- CONAPO, p.4.
- (3) Brito V., Enrique y Fernández Guadalupe.- Población. La .....idem, p.5.
- Alba, Francisco.- La población de México, evolución y dilemas.- Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- El Colegio de México.- México 1979. p. 11.
- (3) Brito V., Enrique y Fernández, Guadalupe.- Población. La .... idem. p. 6.
- (4) Brito V., Enrique y Fernández, Guadalupe.- Población. La ...idem. p. 7.
- Desarrollo urbano.- Selección de notas periodísticas 80-82. Comisión Coordinadora para el Desarrollo Agropecuario del D. F.- D.D.F. p. 18.
- Alba, Francisco.- La población de...idem. p. 15.
- (5) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de la población de México.- El Colegio de México.- México, D. F., 1981. P. 6.
- (6) Brito V., Enrique y Fernández, Guadalupe.- Población. La ... idem. P. 28.
- Desarrollo Urbano.- Idem.- P. 18
- Barth, Helen A.- México: su problema demográfico.- Sociedad Mexicana de Planificación.- México 1965. p. 4.
- S.P.P.- Imágenes de los censos de población y vivienda.- pp. 57, 59 y 61.
- Alba, Francisco.- La población de ... idem. pp. 15, 16.
- (7) Brito V., Enrique y Fernández, Guadalupe.- Población. La ...idem. pp. 9, 10.
- Barth, Helen A.- México: su problema...idem. p.4

- Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de...idem. pp. 5, 7.
- (8) Barth, Helen A.- México: su problema...idem. pp. 4, 5.
- Loyo, Gilberto.- La explosión demográfica y México.- Discurso pronunciado en la Fundación para Estudios de la Población, A. C.- 9 de agosto de 1966. p. 8.
- Alba, Francisco.- La población de....idem. pp. 18, 19, 22.
- (9) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem. pp.5, 7.
- Loyo, Gilberto.- La explosión... idem. p. 7.
- Tercer Boletín Informativo.- CONAPO.- Archivo S.C.N.V. p. 1.
- Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en materia de Población.- Informe 1983.- México. p. 95.
- Desarrollo Urbano.- Idem p.19.
- Brito V., Enrique y Fernández, Guadalupe.- Población. La... idem. p. 11.
- Consulta Popular.- Población,- IEPES. pp. 9, 20.
- (10) Facultad de Medicina.- Hacia un nuevo sistema de salud.- UNAM. p. 37.
- López Acuña, Daniel.- La Salud desigual en México.- Siglo XXI Editores, S. A.- México, D.F. 1982, pp. 29, 30.
- Alba, Francisco.-La población de... idem. pp.61, 62.
- (11) Barth, Helen A.- México: su problema... idem. p. 29.
- (12) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem. p. XLI.
- (13) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem. p. XLIII.

- (14) S.P.P.- Encuesta Mexicana de Fecundidad.- 1er. Informe Nacional.- Vol. I, 1979. p. 80.
- Benítez Zenteno, Raúl.- Elementos de una política de población. El caso de México.- Población y desarrollo social.- Selección de trabajos presentados a la Conferencia Nacional sobre Población y Desarrollo Social, México, D. F., 1974.- Asociación Mexicana de Población, A. C., México, 1976. pp. 269-288.
- Consulta Popular.- Población.- Idem. p. 17.
- (15) Tercer Boletín Informativo.- CONAPO.- Idem. p. 3.
- (16) S.P.P.- Encuesta Mexicana de Fecundidad.- Idem. p. 43.
- (17) Política Demográfica Nacional y Regional. Objetivos y Metas 1978-1982.- CONAPO.- México 19\_\_.- pp. 18, 19.
- (18) Dirección General para la Salud.- Normas: Educación para la Salud.- S.S.A.- México, D. F., 1980.- pp. 137, 138.
- (19) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem. p. 10.
- (20) Política demográfica nacional y... idem. pp. 12, 13.
- (21) Política demográfica nacional y... idem. pp. 16, 17.
- (22) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem. p. 10.
- (23) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem. p. XXV.
- Facultad de Medicina.- Hacia un nuevo...idem. p. 37.
- (24) Fox, Hall, Elveback.- Epidemiología: el Hombre y la Enfermedad.- La Prensa Médica Mexicana.- México, 1981. p. 259.
- (25) Fox, Hall, Elveback.- Epidemiología... idem. p. 260.



- (26) México Demográfico.- Breviario 1980-1981.- CONAPO.- p. 12.
- (27) Política Demográfica Nacional y... idem. p. 52.
- (28) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem. pp. XLVI, XLIX, I.
- (29) Política demográfica nacional y... idem.- p. II.
- (30) Política demográfica nacional y... idem. p. 41.
- (31) Política demográfica nacional y... idem. pp. 81, 82.
- (32) Política demográfica nacional y... idem. pp. 82, 83.
- (33) Política demográfica nacional y... idem. p. 83.
- (34) Política demográfica nacional y ... idem. p. 84.

## PANORAMA HISTORICO DE LA SALUD EN MEXICO

La historia de la salud en México puede separarse para su estudio en cuatro grandes períodos: Precortesiano, Colonial, Independiente y Contemporáneo. (1)

### PERIODO PRECORTESIANO

Por lo que pudo salvarse de la época de la conquista, se sabe que en este período se lograron adquirir grandes conocimientos prácticos en el arte de curar; que poseían un alto concepto de mejoramiento de raza, puesto que tenían prohibido el matrimonio entre miembros en el primer grado de consaguinidad, excepto entre cuñados, a fin de evitar en la descendencia el tartamudismo, el mutismo y el idiotismo; los niños eran criados por la madre, salvo enfermedad, y a las nodrizas se les sujetaba a minucioso examen en cuanto a su salud, cantidad y calidad de leche.

La enseñanza de la medicina era pagana y era impartida por los sacerdotes aztecas en lugares anexos a los templos, aun que también era catalogada como un arte u oficio que los padres enseñaban a sus hijos en forma oral o escrita reseñando las características de las enfermedades y la manera de tratarlas. Todo era netamente religioso, por lo que tanto los males como los remedios estaban relacionados con deidades. (2)

### PERIODO COLONIAL

El Hospital de Jesús, que fue el primero de la Nueva España y el más antiguo del continente americano, después de este y a lo largo de este período se construyeron, entre otros,

el Hospital del Amor de Dios y el Hospital Real de San José de los Naturales que adquirió prestigio por su servicio hacia los indígenas y mestizos.

#### PERIODO COLONIAL

Se extiende del siglo XVI a los inicios del siglo XIX.

En este período, debido a la intensa lucha religiosa por la que atravesó España durante los siglos XVI y XVII, la Nueva España sufrió un lento desarrollo en su salubridad pública, reforzado por la charlatanería médica. A pesar de esto, en el siglo XVI se construyó en 1578 la Facultad de Medicina. En aquel tiempo para ser catedrático se requería profesar la fé, jurar los estatutos de la universidad y defender la doctrina de la limpia concepción de la virgen María, (como se vé, en el aspecto religioso no hay diferencias sustanciales con el período anterior); para ser licenciado en medicina se requería no haber tenido cuentas con el santo oficio, no tener sobre sí nota de infamia y no descender de esclavos.

En 1628 se fundó el protomedicato, cuya misión era cuidar del buen ejercicio y enseñanza de la medicina, y de vigilar la higiene y salubridad públicas. Los dos siglos de vida de esta institución fueron trascendentes para la higiene y salubridad en México. (3)

#### PERIODO INDEPENDIENTE

El protomedicato es reemplazado por la Facultad Médica de México fundada en 1833, cuya labor era la misma que la del protomedicato; además, tenía a su cargo la formación del Código de Leyes Sanitarias, misión que fue imposibilitada por los

choques militares que se sucedieron durante esos años y por la casi total carencia de presupuesto; en 1841 con la fundación del Consejo Superior de Salubridad se marca un nuevo adelanto en la higiene pública en México. Sus funciones eran las mismas que las de la Facultad de Medicina, encomendándosele además la vigilancia de puertos y fronteras; en este mismo año se inició la formación de médicos de distrito donde se carecía de asistencia facultativa. A partir de 1885 se inició un período de tranquilidad en la nación y se mejoró el presupuesto, se iniciaban los trabajos de estadística médica, el estudio sistemático de las epidemias, de la sanidad de puertos y fronteras, se construye el hospital general y en 1891 se aprueba y promulga el Código Sanitario.

Un aspecto muy importante de este período para la medicina fue la época de Reforma en la que se gestó la separación del poder civil y del eclesiástico, puesto que este hecho orientó a la medicina al liberalismo logrando romper con el letargo en que se encontraba sumida en los dos períodos anteriores. (4)

#### PERIODO CONTEMPORANEO

Antes de 1917, el órgano sanitario del gobierno federal era el Consejo Superior de Salubridad, dependiente de la Secretaría de Gobernación. Después de la revolución la necesidad de un departamento autónomo se hizo evidente; así, al promulgarse la Constitución de 1917 comenzó a funcionar teóricamente el Departamento de Salud Pública, siendo posible su gestión verdaderamente eficaz a partir de 1925. En 1927 Alvaro Obregón planteó su proyecto de ley para la creación del seguro obrero, aprobado en el Congreso Mundial del Trabajo celebrado por aquellas fechas en Río de Janeiro; en 1928 se reunió una convención obrero-patronal en la ciudad de México, en donde se presentó el proyecto de Ley Federal del Trabajo, elaborado por la Secre-

taría de Industria, Comercio y Trabajo, uno de cuyos capítulos reglamentaba el establecimiento del seguro social que protegería al trabajador y su familia en casos de enfermedades generales, maternidad, cesantía, vejez, invalidez, muerte y le daría ayuda educacional. Obregón fue asesinado y fue durante el gobierno de Avila Camacho en 1942 cuando se aprobó el proyecto de Ley del Seguro Social, haciéndose realidad en 1944.

La década de los 40's se puede considerar como el principio de la investigación en salud, aunque sus raíces pueden remontarse años atrás:

En 1939 se creó el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, de la S.S.A., en donde se avanzó mucho en lo que a enfermedades tropicales respecta.

En 1943 se fundó el Hospital Infantil. Se constituyó la S.S.A. al fusionarse el Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia.

En 1944 se fundó el Instituto de Cardiología Ignacio Chávez.

En 1946 se fundó el Hospital de Enfermedades de Nutrición.

Estas tres últimas instituciones ofrecían a su vez estudios de posgrado en investigación de salud, principalmente clínica.

En el área biomédica se logró un mayor desarrollo en los años 50's, fortaleciéndose la investigación clínica en las áreas de cardiología, oncología, gastroenterología, hematología, endocrinología y enfermedades transmisibles.

En 1959 se fundó el ISSSTE cuyos antecedentes están en la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, creada en 1925.

En 1963 se inicia el Centro Médico IMSS, cuya participación marca un nuevo avance en la clínica y la biomédica.

En 1970 se crea el CONACYT como estímulo a la investigación en salud y tecnología. En 1971 se creó la Subsecretaría de Mejoramiento del Ambiente para atender problemas de contaminación ambiental y deterioro ecológico.

En 1979 se crea la Cartilla Nacional de Vacunación. (5)

Una característica fundamental de este período es la acentuación, a partir de la Ley del Seguro Social, de que la Medicina debe estar al servicio del estado, debiendo promover la política de sanidad nacional, llegando a toda la población, independientemente de su condición económica, clase social, sexo, raza y credo, ya sea religioso o político. La medicina de hoy se ha hecho "social", no se limita a la atención de riesgos ya producidos sino que investiga las causas que los originan para poder prevenir sus efectos. Esta medicina "social" considera al individuo sano, como un valor económico positivo cuya conservación es la raíz de la supervivencia de la sociedad, esto es, no puede existir progreso, ni crearse riqueza en las naciones, si su población no está correctamente atendida en el plano biológico-social; por ello la atención médica se dirige en primer término a las enfermedades transmisibles de trascendencia colectiva, cuyo desarrollo es provocado por condiciones económicas, sociales y culturales desfavorables. Para combatirlas es necesario obrar sobre todos y cada uno de los afectados, de ello se encarga la epidemiología, que investiga todos los casos, los declara, los aísla en el período contagioso, protege a los individuos expuestos al contagio, especialmente a los niños (campanas de vacunación), se encarga del saneamiento del ambiente y de los focos de infección. (6)

En resumen, los objetivos del sector salud en la actualidad son:

- Proporcionar servicios de salud a toda la población, atendiendo los problemas prioritarios y los factores que condicionan y causan los daños a la salud y las enfermedades, con especial interés en las acciones preventivas.
- Contribuir a un desarrollo demográfico que mejore las condiciones socioeconómicas de la población.
- Apoyar a la población incapacitada física, mental o socialmente, incorporándola a una vida equilibrada.
- Mejorar las condiciones del medio ambiente para propiciar el desarrollo satisfactorio de vida.
- Impulsar el desarrollo de los recursos humanos para mejorar la prestación de los servicios de salud.

Los problemas a los que se enfrenta en su lucha por lograr sus objetivos son:

- Falta de definición de la responsabilidad de las instituciones.
- Falta de normas de organización y estructuración de los servicios, lo que provoca heterogeneidad en su desempeño, haciendo impreciso el papel que representa cada institución dentro de la sociedad.
- Falta de capacidad de servicios y de recursos destinados a esta función, ocasionando una cobertura mínima a la población marginada urbana y rural. (7)

HABITANTES Y MEDICOS EN MEXICO 1895-1980

AÑO	HABITANTES	MEDICOS	HABITANTES POR MEDICO
1895	12 689 507	4 079	3 115
1910	15 160 369	2 566	5 908
1921	14 334 780	6 205	2 310
1930	16 552 722	4 161	3 472
1940	19 653 552	6 664	2 949
1950	25 791 017	14 221	1 813
1960	34 923 129	20 590	1 696
1965	42 689 000	25 033	1 705
1970	48 225 238	34 107	1 414
1972	52 436 547	39 914	1 314
1980	69 346 900	60 281*	1 150

\* Comisión de Salud y Seguridad Social "Hacia un Sistema Nacional de Salud" pp. 94-95

FUENTE:

Collado Ardon, Rolando. "Médicos y Estructura Social" p. 99



## BIBLIOGRAFIA

- (1) García Cruz, Miguel.- La Seguridad Social. Bases, evolución, importancia económica social y política.- Gráfica Panamericana, S. de R. L.- México, D. F., 1956.- p. 148.
- (2) García Cruz, Miguel.- La Seguridad Social. Bases, .... idem. p. 148.  
  
Valdés Ulises.- Historia de la Salubridad en México.- Archivo Epidemiología.- UNAM. p. 1386.
- (3) García Cruz, Miguel.- La Seguridad Social. Bases... idem.- p. 148.  
  
Sotomayor, Arturo.- El ejercicio de la Medicina.- Comunidad CONACYT # 119-120.- Nov.-Dic. 1980.- p. 54.  
  
Valdés, Ulises.- Historia de ... idem.- pp. 1387, 1388.
- (5) Guzmán, Jesús et al.- Tendencias de la investigación en salud en México.- Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia # 6.- México, 1983.- pp. 7, 8.  
  
Valdés, Ulises.- Historia de... idem.- p. 1399.  
  
Facultad de Medicina.- Hacia un nuevo sistema de salud.- UNAM.- pp. 48-51.
- (6) Seguridad Social.- Año XI.- Epoca III.- Núms. 17-18.- México, D. F., 1962.- pp. 36-38, 57.
- (7) Facultad de Medicina.- Hacia un ... idem.- p. 249.

## MORTALIDAD

### PROBLEMAS EN SU ESTUDIO

La situación que vive un país en materia de salud, depende del nivel de vida de su población, es decir, de la forma en que la colectividad satisface sus necesidades elementales, que a su vez está determinado por las condiciones económicas, políticas y sociales en que el país se encuentre inmerso.

En México, la falta de servicios básicos de agua potable, el deterioro ecológico provocado por la contaminación del ambiente; la marginación; el analfabetismo y la dependencia agudizan los problemas ya existentes en el área sanitaria, siendo la clase de escasos recursos la más afectada. (1)

La mortalidad en México observa su mayor frecuencia en las edades tempranas (0-4 años), las causas de estos decesos son mixtas (es decir, de carácter exógeno y endógeno), ya que van desde los padecimientos degenerativos y los accidentes hasta las enfermedades transmisibles. Sin embargo, se aprecia que la principal causa de muerte es debida a padecimientos prevenibles o reductibles a través de intervenciones sanitario-asistenciales. De una comparación hecha en mortalidad para los años 1925, 1950, 1960 y 1975 se observó que las dos principales causas de muerte en cada período fueron las enfermedades infecciosas del aparato respiratorio y digestivo.

Por otra parte, las enfermedades del "desarrollo", reflejo de la actual situación económica del país, están tomando auge principalmente en las zonas urbanas, en donde el crecimiento de los modos de producción capitalista industrial están provocando un incremento en las causas de muerte por enfermedades del corazón, tumores malignos, padecimientos cerebrovasculares y otras enfermedades degenerativas. El nombre de enfermedades

del desarrollo tiene su origen en el hecho de que en general, los países con mejores condiciones económicas, son en donde hay mayores avances en materia de salud, un saneamiento básico del ambiente y un mejor nivel de vida, por lo que las muertes suceden en etapas avanzadas de la vida y, por lo general, por enfermedades crónicas del tipo degenerativo (las causas de muerte de índole exógena han sido casi desterradas), a diferencia de los países en desarrollo, quienes tienen como causa principal de muerte las enfermedades infecciosas, razón por la que estos países deben empezar a atacar la mortalidad mediante programas permanentes de medicina preventiva y de salud pública. (2)

Hacer un estudio sobre mortalidad implica ciertos problemas, ya que existen graves defectos en las estadísticas de mortalidad en México (los sistemas de información y registro en salud son deficientes). Entre los problemas más comunes se tienen:

- Subregistro de defunciones y de muertes fetales.

Se dice que existe un subregistro de defunciones de hasta el 24%, cifra alta si se considera que más del 60% de la población vive en localidades urbanas; por otro lado, con respecto al subregistro de muertes fetales algunos perinatólogos estiman que para 1978 se producían más de cien mil abortos sólo en el D. F. y la cifra oficial de muertes fetales para dicho año fue de 34, 694 en las 32 entidades federativas. (3)

- Baja certificación médica de defunciones.

Este aspecto refleja el grado de acceso de la población a la atención médica profesional; como ejemplo, en 1970 el 74% de las defunciones fueron certificadas médicamente, siendo de este porcentaje el 93% certificado en el medio urbano y tan sólo el 47% en el rural; este fenómeno está determinado por la distribución de médicos en la república. En 1970, el D.F. contaba con el 14% de la población y el 42% de los médicos del país,

el resto de los médicos se encontraba en las zonas más urbanizadas. De 1950 a 1974 se dió un incremento en la certificación médica de las muertes, pasando de 53.1% a 78.9% lo que muestra algunos avances en este punto. (4)

- Mal llenado de certificados de defunción.

La mayor parte de los errores consiste en atribuir la causa de muerte a causas desconocidas, síntomas y estados morbosos mal definidos, paro cardíaco, senilidad, bronconeumonía no traumática. El porcentaje de errores cometidos se mantuvo casi inalterado de 1950 a 1974, pasando de un 11.4% a un 11.6% (5)

- Modelos anticuados de certificado de defunción.

Estos certificados fueron creados hace más de 25 años por la S.S.A. y no han sido modificados para cumplir con las necesidades actuales legales, estadísticas y epidemiológicas. (6)

- Falta de uniformidad en el registro de los datos básicos.

En México no existe una dependencia nacional que dirija, norme, supervise y asesore las actividades del registro civil, sino que cada entidad federativa se rige por su propio código civil.

Así, aunque la mayoría se basa en los del D.F., existen diferencias en cuanto a su interpretación, aplicación, organización y funcionamiento administrativo. (7)

- Retraso en la producción, publicación y difusión de datos.

Hasta la fecha se cuenta con estadísticas definitivas de 1977, se están revisando las de 1978 y los resultados definitivos del censo de 1980. Tardarán 4 años en obtenerse. (8)

Defectos del mecanismo establecido para la elaboración de las estadísticas de mortalidad.

Se debe a que el certificado de defunción es expedido y presentado por duplicado ante el oficial del Registro Civil, conservando éste el original y enviando la copia al Centro de Salud de la S.S.A. más cercano para fines epidemiológicos. Con el original se autoriza la inhumación y se asienta el hecho en un libro. En esta primera transcripción de los datos a veces sólo se asienta una sola causa aunque aparezcan varias; para llenar la forma 823 de la D.G.E. generalmente se toman los datos del libro. Aquí está la segunda transcripción de los hechos; esta última se toma de base para elaborar la estadísticas a nivel nacional. En éstas no se capta en caso de muerte violenta si fue accidente, homicidio o suicidio y a veces la causa básica de defunción por desconocimiento de las formas al pasar de la primera a la segunda transcripción. (9)

Después de mencionar el negro panorama prevaleciente en las estadísticas se iniciará el tema de mortalidad.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) López Acuña, Daniel.- La salud desigual en México.- Siglo XXI Editores, S. A.- México, D. F. 1982.- pp. 19, 20.
- (2) López Acuña, Daniel.- La salud desigual en ... ídem.- pp. 92, 93.
- (3) Fernández de Hoyos, Roberto.- ¿Cuáles son realmente las principales causas de defunción en México?.- Salud Pública México, 25, No. 3, Mayo-Junio 1983.- pp. 243-245.
- (4) López Acuña, Daniel.- La salud desigual en... ídem.- p. 39.- Fernández de Hoyos, Roberto.- ¿Cuáles son...? Ídem.- p. 255.
- (5) López Acuña, Daniel.- La salud desigual en... ídem.- p. 40.- Fernández de Hoyos, Roberto.- ¿Cuáles son...? Ídem.- pp. 245, 246.
- (6) Fernández de Hoyos, Roberto.- ¿Cuáles son...? Ídem.- p. 246.
- (7) Fernández de Hoyos, Roberto.- ¿Cuáles son...? Ídem. p. 246.
- (8) Fernández de Hoyos, Roberto.- ¿Cuáles son...? Ídem. pp. 249-252.
- (9) Fernández de Hoyos, Roberto.- ¿Cuáles son...? Ídem. p. 247.

## MORTALIDAD GENERAL

Dos indicadores de gran utilidad para analizar el fenómeno de la mortalidad y a los cuales esta sección se referirá continuamente son: la tasa bruta de mortalidad, que indica la evolución de la mortalidad en el tiempo, ya que nos da el promedio de defunciones por cada mil habitantes en determinado período, siempre y cuando la estructura de la población por edades no haya sufrido cambios considerables, y la esperanza de vida al nacimiento, que es el promedio de años que se espera vivirá un recién nacido si se mantienen las condiciones de mortalidad del momento. Constituye una herramienta para comparar la mortalidad de diferentes países o regiones, no importando si su estructura por edades es diferente; revela en cierta medida las condiciones generales de vida de una población. Así, por ejemplo, sirve para "medir" el grado de atraso sanitario de un país con respecto a otro, etc. La relación existente entre esperanza de vida y mortalidad resulta entonces clara, ya que al tener incrementos elevados de mortalidad la esperanza de vida disminuye y viceversa. Por otro lado, para establecer la esperanza de vida es indispensable contar con buenos registros de muerte, lo que ya se vió que no sucede en México; sin embargo, con la reserva necesaria pueden ser utilizados los datos que sobre el tema estén disponibles. (1)

Acerca del comportamiento histórico de la mortalidad en nuestro país, no se puede decir gran cosa hasta principios de este siglo, debido a la falta de información o a la falta de confiabilidad de los datos de esas épocas; sin embargo, someramente pueden citarse las siguientes como las más sobresalientes causas de mortalidad que hay en los registros para antes de este siglo.

En 1520, un negro, integrante de la expedición de Pánfilo de Narvaéz contra Cortés, introdujo la viruela a Veracruz

de donde se extendió a todo el país convirtiéndose en un mal endémico y provocando más que ninguna otra epidemia la desolación en la Nueva España. El mayor número de víctimas cobradas por esta epidemia fue de raza indígena. (2)

En 1533, una gran epidemia de tifo diezmo la población; nuevamente, los más afectados fueron los indígenas y los españoles que vivían en las zonas menos acondicionadas de la ciudad. (3)

En 1833 el cólera invadió el país, muriendo de los enfermos de este mal alrededor del 50%. (4)

Por supuesto, además de las epidemias se sabe que en las épocas de guerra nuestro país ha experimentado grandes bajas en su población. Se puede mencionar la época de la conquista en donde alrededor de la mitad de la población indígena perdió la vida, la época de la independencia y la época de la revolución, entre otras. (5)

Ahora bien, la trayectoria del descenso de la mortalidad general en la época contemporánea se puede observar de la siguiente manera:

En el período de 1895 a 1910 se estima el valor de la tasa bruta de mortalidad entre 32.5 y 35.5 defunciones por cada mil habitantes, mientras que la esperanza de vida al nacimiento estaba cercana a los 30 años (menos de 30 años para los hombres y entre 31 y 33 para las mujeres).

Del decenio 1911-1921 no se tiene estimación alguna por la carencia de estadísticas causada por los problemas de orden socioeconómico en los que el país estaba inmerso; sin embargo, en el período revolucionario y en el decenio siguiente de reajuste social, se llevaron a cabo diversas acciones sanitarias cuyas



repercusiones en el descenso de la mortalidad son más tarde apreciadas.

Entre 1922 y 1930 la tasa bruta de mortalidad oscilaba entre 25 y 26 defunciones por cada mil habitantes y la esperanza de vida al nacer en 1930 era de 36 años para los hombres y de 37.5 para las mujeres.

De 1930-1934 a 1960-1964 la tasa bruta de mortalidad se redujo en un 60% al pasar de 25.5 defunciones en promedio por cada mil habitantes a 10.4, siendo la tasa promedio entre 1965-1967 de 9.4 defunciones por cada mil habitantes y en 1978 de 6.35 defunciones por cada mil habitantes. (6)

Los cambios más notables en mortalidad se dan de 1940 a 1960; las causas que provocaron este descenso han sido el aprovechamiento de los adelantos y experiencias de los países más desarrollados en materia de medicina (salud pública) y sanidad del medio, la difusión y aplicación de insecticidas y antibióticos, la disponibilidad de métodos baratos de saneamiento, el crecimiento y desarrollo económico a través de la intensificación de la inversión en obras de infraestructura (como son: la introducción de agua potable, drenaje, alcantarillado, creación y extensión de centros de salud e institutos de seguridad social, etc.) (7)

En 1960-1964 la tasa bruta era de 16.4 defunciones por cada mil habitantes, bajando a 8.6 entre 1970 y 1974, a 7.2 en promedio entre 1975 y 1976 y a 6.35 en 1978. (8)

El aumento de la esperanza de vida en consecuencia al descenso de la mortalidad se inicia en forma definitiva a partir de 1930; entre 1940 y 1960 muestra un gran incremento ya que alrededor de 1940 la esperanza de vida era de 41.5 años, en 1950 de 49.7 años y en 1960 de 58.9 años. Así, entre 1940 y 1950, los hombres incrementaron su esperanza de vida entre

7.7 años y las mujeres en 8.5 años, y de 1950 a 1960 los hombres la incrementaron en 9.5 años mientras que las mujeres en 9.3 años. A partir de 1969, al alcanzar la esperanza de vida aproximadamente los 60 años, (58.9 años), su ritmo de incremento tendió a ser más lento; en 1970 la esperanza de vida para los hombres fue de 60.0 años y para las mujeres de 63.8 años y en 1980 fue de 62.3 en tanto que para las mujeres fue de 66.1 años.

Con base en los datos del censo de 1970 las estimaciones previeron que para 1990 se espera que aumente a 67.02 y 70.91 para hombres y mujeres respectivamente y para el año 2000 alcance los 68.84 años para los hombres y los 72.70 para las mujeres (9).

Este es un hecho común entre los países desarrollados.

Además, es claro que el aumento de la esperanza de vida refleja los nuevos y mejores niveles de bienestar que ha ido logrando México a lo largo de este siglo (10).

La característica sobresaliente de la mortalidad en el presente siglo es el descenso elevado en su nivel global que se produce después de la revolución; aunque la mortalidad en México se acerca a la de los países desarrollados, las principales causas de muerte siguen siendo las debidas a padecimientos infecciosos (influenza, neumonía, enteritis y enfermedades diarreicas) causadas por deficiencias en las condiciones socioeconómicas del país (falta de saneamiento, desnutrición, bajos ingresos y cobertura sanitaria y asistencial insuficientes o mal distribuida) por lo que se requiere seguir aplicando programas integrales de salud y asistencia pública preventiva a toda la población además de seguir fomentando el crecimiento de la infraestructura (11).

Por otra parte, la situación de la mortalidad no es uniforme en el país; las diferencias regionales son bastante grandes debido a la disparidad del desarrollo por regiones (falta de servicios, de fuentes de trabajo, etc.) Como ejemplo de esto,

en 1970 la región formada por Baja California Norte y Sur, Sonora, Sinaloa y Nayarit y la integrada por Morelos, Puebla, Querétaro, Tlaxcala e Hidalgo diferían en casi 8 años en su esperanza de vida, favoreciéndose, por supuesto, los estados del norte del país. Las entidades del norte del país y el D.F. tienen las tasas más bajas de mortalidad de la república; en las zonas centro y sur del país debe tomarse en cuenta que más del 20% de las defunciones no se registran lo que reduce artificialmente las tasas. En general, puede decirse que los índices de muerte son más pronunciados en las áreas rurales y en los cinturones de miseria de las ciudades.

Hasta 1960 el descenso acelerado de la mortalidad ocurrió principalmente en la población urbana. En los próximos años se espera un descenso más lento de la mortalidad en las áreas urbanas y más acelerado en el área rural reduciendo esto las diferencias de los niveles existentes entre área urbana y rural (12).

Los efectos del descenso de la mortalidad han sido diferentes para ambos sexos y los diferentes grupos de edad. La mayor intensidad en el descenso se aprecia en los menores de 15 años (principalmente en los menores de 1 año); esto provocó que entre 1930 y 1970 la población de México menor de 15 años incrementara su importancia relativa al pasar de 39.1% a 46.2% del total de la población. La estructura por edad de la población en consecuencia se rejuveneció, descendiendo la edad media de la población, lo que repercutió y repercutió en el desarrollo económico y social del país (13).

En lo que se refiere a mortalidad por sexo, el sexo femenino ha experimentado mayores descensos, lo que origina un incremento en el índice de sobremortalidad masculina (relaciona las defunciones de hombres y mujeres respecto a las mismas edades; un índice de 110 significa que las tasas masculinas aumenten con respecto a las femeninas, sino que el descenso de las últimas es más pronunciado).

Este hecho ya es notorio entre los 10 y los 75 años, pero es más importante entre los 45 y los 65 años, en estas edades la sobremortalidad masculina ha llegado a ser hasta un 50% superior a la femenina; apoyando este hecho la esperanza de vida de la que ya se ha hablado (14).

El panorama epidemiológico de la república mexicana se está modificando debido a que las enfermedades degenerativas están ocupando lugares de mayor importancia entre las principales causas de morbi-mortalidad, "desbancando" a las de carácter infeccioso.

Las enfermedades degenerativas causan tasas de mortalidad más elevadas conforme la edad es más avanzada; esto se debe en parte a la mayor expectativa de vida y a la creciente complejidad de la vida actual (15).

Las enfermedades crónico-degenerativas que causan mayor morbi-mortalidad en México son: el cáncer, los tumores malignos, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las psicosis. Para dar un ejemplo: los tumores malignos en las estadísticas de mortalidad de 1975 ocuparon el quinto lugar como causa de muerte. Por su parte el cáncer empieza a cobrar más víctimas, en especial mujeres. En 1975 los porcentajes de enfermos por sexo fueron: sexo femenino (58.7%), masculino (41.3%); los grupos de edad más afectados son los mayores de 40 años, aunque se puede desarrollar en todas las edades, incluso en la infancia (16).

El cáncer cérvico-uterino ataca a las mujeres y es el más frecuente; se calculan alrededor de 20,000 casos al año. Se presenta más frecuentemente entre los 40 y 50 años, donde llega a ser la principal causa de muerte. (17)

---

Nota.- Los cuadros de estadísticas de esta sección se encuentran al final de la sección de Mortalidad Infantil.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) López Acuña, Daniel.- La Salud Desigual en México.- Siglo XXI Editores, S. A.- México, D. F., 1982.- p. 46.  
Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de la población de México.- El Colegio de México.- México, D. F., 1981,- p. 14.  
Facultad de Medicina.- Hacia un nuevo sistema de salud.- UNAM.- p. 42.  
Proyecciones de la población de México 1960-1980.- Estudios de los recursos humanos de México I.- Banco de México, S.A. (investigaciones industriales).- p. 33.
- (2) Valdés, Ulises.- Historia de la Salubridad en México.- Archivo Epidemiología.- UNAM.- p. 1389.
- (3) Valdés, Ulises.- Historia de...idem.- p. 1387.
- (4) Valdés, Ulises.- Historia de...idem.- p. 1393.
- (5) López Acuña, Daniel.- La Salud Desigual en...idem.- pp. 4, 5.
- (6) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de...idem.- p. 15.  
Proyecciones de la población en México 1960-1980... idem p. 32.
- (8) Facultad de Medicina.- Hacia un...idem.- p. 38.
- (9) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de...idem.- pp. XXXIII, XLVI, 14.  
Alba, Francisco.- La población de México, evolución y dilemas.- Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- El Colegio de México.- México, 1979.- pp. 46, 47.
- (10) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de...idem.- p. 33  
Proyecciones de la población de México 1969-1980...idem p. 34.

- (11) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de...idem.- p. 15.  
Alba, Francisco.- La población de México, evolución y... idem.- p. 44.
- (12) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de...idem.- p. XXXV.  
Facultad de Medicina.- Hacia un...idem.- p. 38.  
Proyecciones de la población de México 1960-1980....idem p. 58.
- (13) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de...idem.- p. 32.
- (14) Alba, Francisco.- La población de México, evolución y... idem.- p. 51.  
Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem.- pp. 32; 33.
- (15) Dirección General de Educación para la Salud.- Normas: Educación para la salud.- S.S.A.- México, D. F., 1980.- p. 255.
- (16) Dirección General de Educación para la Salud.- Normas... idem.- p. 246.
- (17) Dirección General de Educación para la Salud.- Normas... idem.- p. 248.

## MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil es aquella que ataca a los niños menores de un año, la tasa asignada a la mortalidad infantil (que se define como la proporción del número de muertes en un año calendárico de personas menores de un año de una determinada región con respecto al número de nacidos vivos durante ese mismo año calendárico, dado por cada mil nacimientos) es de gran importancia para el demógrafo por ser un buen indicador del nivel de desarrollo socioeconómico (en un tiempo y lugar determinado), puesto que durante el primer año de vida influyen a la mortalidad en gran medida el grado de exposición a las infecciones exteriores y el nivel de resistencia a esas infecciones (esta resistencia depende de la nutrición y de otros factores del medio); por lo anterior, la tasa de mortalidad infantil guarda una relación inversa con el desarrollo de las condiciones de vida, al menos hasta que se llegue a la fase en que los riesgos exógenos sean mínimos; en otras palabras, hasta alcanzar un determinado desarrollo económico avanzado debido a que el descenso de la mortalidad infantil (y general) se propicia mejorando las condiciones de nutrición, higiene, cuidado y previsión médica, condiciones todas ellas resultantes de un desarrollo económico avanzado.

En los países desarrollados las principales causas de muerte en la población infantil son de carácter endógeno. Entre ellas se pueden citar: la prematuridad, las lesiones obstétricas y las malformaciones congénitas. (1)

La tasa de mortalidad infantil no es una medida exacta del "riesgo" porque algunas muertes infantiles en un año calendárico corresponden a nacimientos del año anterior y algunas muertes de menores de un año nacidos en ese mismo año calendárico ocurrirán durante el año siguiente. Este factor no es impor-

tante si la tasa de natalidad permanece constante, pero en años que experimenten cambios abruptos (como durante la guerra) la interpretación puede ser errónea. (2)

El descenso de la mortalidad general puede seguirse examinando la mortalidad infantil (de hecho el descenso de la mortalidad general en nuestro país dependió en gran medida del descenso de la mortalidad infantil) que expresa el número de defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos acaecidos ese mismo año. Por esto es importante el descenso de aproximadamente 300 defunciones por cada mil nacidos vivos en el período 1896-1910 a 61 en el año de 1965, a 49 en el año de 1975 y a 39 en 1980. (3)

Hacer un estudio de la mortalidad infantil tiene sus problemas puesto que los datos son poco confiables porque la mortalidad fetal tardía está sobreestimada y existe un subregistro de la mortalidad neonatal, debido a que muchos menores de un día al morir son clasificados como mortinatos en lugar de ser clasificados como defunciones de nacidos vivos. Por otro lado, no se puede saber si el subregistro de defunciones se compensa con el registro de defunciones extemporáneas, por lo que las tasas de mortalidad infantil deben de ser tomadas con cautela, especialmente a partir de 1973, ya que en el período de --- 1972-1975 se llevó a cabo la campaña de la "familia mexicana" que promovió el registro de nacimientos extemporáneos que no habían sido asentados, lo que ocasionó que las tasas de mortalidad infantil disminuyeran bruscamente de 60.9 a 51.4 en un año (T.M.I. = 60.9) (T.M.I.= 51.4) (4)

1972	1973
------	------

La campaña mencionada se llevó a cabo con el fin de evitar el gran subregistro de defunciones existentes en los menores de un año, lo que originaba (y origina, puesto que aún existe) una tasa de mortalidad infantil subestimada; si a este hecho se agregaba la extemporaneidad del registro de nacimientos el problema se volvía aún más grave. (5)



Otro problema al calcular la tasa de mortalidad infantil se encuentra en el hecho de que existe un subregistro de los nacimientos; la experiencia indica que al levantar una encuesta o censo al pedirle a un adulto hacer una lista de todas las personas que viven en su casa, frecuentemente se olvida del niño menor de un mes de edad, con lo que la población infantil es subestimada y la tasa de mortalidad infantil es sobreestimada. (6)

La historia en cifras de la mortalidad infantil muestra un descenso importante a lo largo de este siglo, principalmente entre los años 1922 y 1960. (7)

Entre 1896 y 1910, debido al caos en el que se encontraba el país, existe una gran irregularidad en los registros de defunciones y nacimientos; sin embargo, se estima que la mortalidad infantil entre 1895 y 1910 era aproximadamente de 300 defunciones por cada 1000 nacidos vivos; entre 1911 y 1921 se carece de información; en 1922 la mortalidad infantil era de 224.7 defunciones por cada mil nacidos vivos; entre 1924 y 1926 descendió a 219. Por otro lado, el incremento del registro de nacimientos a raíz de las disposiciones legales de 1929 pone en duda las tasas de mortalidad infantil registradas hasta entonces. (8)

Entre 1930 y 1934 el promedio de niños que morían antes de alcanzar su primer año de vida era de 135 por cada mil nacimientos, siendo la tasa en 1930 de 147, en 1946 de 126, en el período de 1950-1959 bajó a 83, siendo la tasa de 1950 de 96, de 1959 a 1961 de 73 y de 1964 a 1966 de 68 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos; sin embargo, se elaboraron cálculos y estimaciones debido a que se advertía falta de correspondencia entre las tasas de mortalidad infantil y otros indicadores del nivel de la mortalidad por edad, principalmente en la probabilidad de muerte del grupo 1-4 años, que

marcaban una gran subestimación de la mortalidad infantil debida principalmente al subregistro de defunciones. Así, se estimaron nuevamente las tasas a partir de 1930 y los resultados fueron: la tasa de mortalidad en 1930 se estimó en 244 defunciones por cada mil nacidos vivos, la de 1940 en 207, la de 1950 en 155, la de 1960 en 88 y la de 1965 en 78 defunciones por cada mil nacidos vivos. Ahora bien, aunque las tasas estimadas son más elevadas que las registradas, reflejan un mayor descenso de la mortalidad infantil; así se tiene que entre 1930 y 1965 el descenso de la mortalidad infantil fue del 68%, según las tasas estimadas, y del 56% según las registradas. (9)

Por otro lado, según las tasas registradas la mortalidad infantil ha disminuido de 72.9 defunciones por cada mil nacimientos vivos en el período de 1959-1961 a 48.8 en 1974-1976, es decir, se abatió en un 33% en el transcurso de 15 años, siendo la tasa de 1970 de 68.5 y para 1978 de 39.7. (10)

Aunque la mortalidad infantil ha descendido y la preescolar también, su contribución a la mortalidad general es muy elevada. En 1970 la suma de ambos grupos de muertes representaba el 45% de la mortalidad y en 1978 el 33%; esto indica que es necesario volcar más atención a los primeros estadios de vida, sobre todo en lo referente a los grupos de enfermedades del aparato digestivo y respiratorio. (11)

Como causas principales de muerte infantil se tienen: la prematurez definida como bajo peso al nacer, las edades tempranas de las madres gestantes, la influenza, las neumonías, las diarreas y las bronconeumonías. Los estudios realizados en 1973 por la investigación interamericana de la mortalidad de la niñez revelaron que más del 75% de las muertes neonatales ocurren en niños con bajo peso al nacer; dicho peso es más frecuente en los productos de las embarazadas menores de 20 años y mayores de 35. Alrededor de 1973 México tenía 60% de nacimientos de alto riesgo, es decir, casi 2/3 partes de los nacimientos fueron de mujeres menores de 20 años y mayores de 35, así

como de nacimiento de cuarto o mayor orden en mujeres de 20, a 34 años de edad. En 1975 las defunciones infantiles eran por lo general causadas por influenza o neumonía (24%), enteritis y enfermedades diarreicas (23.8%), siendo la mortalidad perinatal de alrededor de 17.6%, las anomalías congénitas del 3.3% y las infecciones respiratorias agudas del 2.8%. (12)

A pesar de los avances observados, aún queda mucho por hacer, la mortalidad infantil es mayor en los sectores de la comunidad con niveles socioeconómicos más bajos, sobre todo cuando se trata de causas de defunción exógenas, aunque rige también para las endógenas en menor grado. Factores que influyen en la mortalidad infantil son los cuidados maternos, las prácticas de higiene, los hábitos alimenticios y el saneamiento; gran parte de las diferencias en mortalidad infantil entre el medio urbano y el rural se deben a la falta de cobertura de los servicios médicos de salud y asistenciales, además de la falta de infraestructura sanitaria. (13)

Aunque ya hay mucho trecho andado nos queda aún un largo camino por recorrer en lo que se refiere al descenso de la mortalidad infantil, ya que en varios países desarrollados la TMI es incluso menor de 20 defunciones por cada mil nacimientos. (14)

# DEFUNCIONES GENERALES E INFANTILES

## EN LA REPUBLICA MEXICANA 1933-1980

AÑO	DEFUNCIONES TOTALES	DEFUNCIONES de menores de 1 año (1)	TASA DE MORTALIDAD GENERAL (2)	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (3)
1933	448804	102226	25.7	137.3
1934	422363	101759	23.8	139.3
1935	414532	93321	22.8	125.7
1936	431398	102234	23.5	130.8
1937	454820	106408	24.9	130.5
1938	435295	105019	22.9	128.0
1939	444893	103721	23.0	122.6
1940	457547	108700	23.2	125.7
1941	445830	107720	22.0	123.0
1942	421327	111068	22.6	118.2
1943	474671	112491	22.2	117.2
1944	447575	109737	20.8	118.5
1945	433835	108081	19.7	107.9
1946	492465	110357	19.7	110.5
1947	393798	105009	16.9	96.4
1948	407189	110610	16.7	101.2
1949	443042	119345	17.6	108.4
1950	418362	112926	16.2	96.2
1951	458333	117032	17.3	98.8
1952	408974	107536	15.0	89.8
1953	446025	120087	15.9	86.2
1954	378739	107853	13.1	80.5
1955	407322	114834	13.7	80.3
1956	368702	101360	12.1	71.0
1957	412900	118915	13.3	80.3
1958	404523	116010	12.5	84.5
1959	397132	118379	11.9	74.4
1960	402275	119316	11.2	74.2
1961	388949	115559	10.8	70.2
1962	403243	119369	10.8	69.9
1963	412861	120452	10.7	68.5
1964	408600	119397	10.2	64.5
1965	404181	114630	9.8	60.7
1966	424427	123198	9.9	62.9
1967	416898	123558	9.5	60.1
1968	451903	131681	9.9	64.2
1969	458664	139505	9.7	67.6
1970	485414	145764	9.9	68.5
1971	458263	141261	9.0	83.3
1972	475902	142810	9.0	60.9
1973	458885	133812	8.4	52.0
1974	433122	118350	7.5	48.6
1975	432048	118300	7.2	49.0
1976	455660		7.4	
1977	450454	117508	7.1	48.9
1978	418381	93257	6.4	39.7
1979	428217	94972	6.4	38.8
1980	434465	94238	6.3	38.8

**NOTAS:**

- DEFUNCIONES: 1933-1975 SPP-ISUNAM, *Defunciones registradas en la Rep. Mex. pp.21-22*  
 1977-1980 SSA, *Cuaderno No.3 Sector salud y seguridad social p.27* INEGI  
 1976 SPP-SSA, *Boletín de Información estadística No.1* INEGI cuadro 7
- TASAS: 1933-1975 SSA, *Estadísticas vitales de Mex.*  
 1977-1980 SSA, *Cuaderno No.3 Idem. p.27*  
 1976- SPP-SSA, *Boletín... Idem.*

) Totales estimados.

) por mil habitantes

) por mil nacidos vivos.

TASAS DE MORTALIDAD GENERAL \*\*

REPUBLICA MEXICANA  
1900-1980

AÑO	TASA
1900	33.7
1910	33.4
1921	25.3
1930	26.6
1940	23.2
1950	16.2
1960	11.2
1970	9.9
1975	7.2
1980	6.3

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL \*

REPUBLICA MEXICANA  
1900-1980

AÑO	TASA
1900	287.4
1910	295.6
1921	223.1
1930	131.6
1940	125.7
1950	76.2
1960	74.2
1970	68.5
1975	49.0
1980	38.8

\* BASADO EN EL CUÁDRO ANTERIOR

TASAS DE MORTALIDAD GENERAL

REPUBLICA MEXICANA  
1895-1980

PERIODO	TASA
1895-1910	33-36
1921-1924	25.1
1925-1929	25.5
1935-1939	23.3
1940-1944	22.2
1945-1949	17.8
1950-1955	16.2
1955-1959	12.2
1960-1965	11.3
1965-1970	10.2
1970-1975	9.2
1975-1980	7.9

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL

REPUBLICA MEXICANA  
1896-1980

PERIODO	TASA
1896-1898	324.2
1899-1901	288.6
1904-1906	290.6
1908-1910	301.8
1924-1926	219.2
1929-1931	145.6
1930-1934	135.1
1934-1936	128.9
1939-1941	123.8
1944-1946	110.7
1945-1949	104.5
1949-1951	100.5
1954-1956	78.3
1959-1961	72.9
1960-1964	69.3
1964-1966	62.7
1970-1975 *	60.4
1975-1980 *	43.0

FUENTES:

Dinámica...op. cit. p. 8  
SSA Estadísticas Vitales de México  
México: estimaciones y ..op.cit. p.11

FUENTES:

Dinámica.. op.cit. pp 25,28  
\*cálculos propios basados en: Estadísticas vitales de México.

REPUBLICA MEXICANA

1900-1980

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	1900	1910	1921	1930	1940	1950	1960	1970	1975	1980*
< 1	287.4	295.6	223.1	131.6	125.7	96.2	74.2	68.5	49.0	38.8
1-4	71.1		48.7	55.4	48.2	27.8	14.5	11.6	4.3	3.2
5-14	9.8		5.3	9.0	6.1	3.5	2.1	1.6	1.0	0.8
15-44	17.3		12.0	11.5	10.2	6.3	4.2	3.5	2.9	2.8
45-64	31.7		29.9	27.0	25.0	18.0	14.2	13.5	11.6	10.5
65 y más	122.0		116.3	95.1	101.2	80.0	66.8	62.9	58.4	51.0
SE IGNORA	4.0			421.9	138.8	17.8	4.6		0.1	
TODAS LAS EDADES	33.7	33.4	25.3	26.6	23.2	16.2	11.2	9.9	7.2	6.3

FUENTES:

UNAM El diagnostico..op.cit. p. 10

\*calculo propio en base a: Cuaderno No.3 ...Idem pp 5,27

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES

REPUBLICA MEXICANA

1900-1980

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	1900	1910	1922	1930	1940	1950	1960	1970	1975	1980*
< 1	31.1	31.0	27.7	24.4	24.0	27.0	29.6	30.1	27.3	21.7
1-4	19.0		19.9	25.1	24.4	21.0	16.7	14.5	8.5	6.6
5-14	7.8		5.2	8.1	7.0	5.7	5.1	4.8	3.8	3.7
15-44	23.3		22.0	20.1	19.5	16.8	15.1	14.1	16.5	18.5
45-64	10.4		13.2	11.5	12.0	12.8	13.6	13.2	14.9	16.5
65 y más	8.3		12.0	10.5	13.0	16.5	18.8	23.3	27.7	31.3
SE IGNORA	0.1			0.3	0.1	0.2	0.1		1.3	1.7
TODAS LAS EDADES	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTES:

UNAM El diagnostico..op. cit. p. 11

\*calculo propio en base a: Cuaderno No.3 ...Idem p. 27

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

REPUBLICA MEXICANA (1930-1980)

AÑO	ESPERANZA DE VIDA	No. DE AÑOS GANADOS	GANANCIA MEDIA ANUAL
1930	36.9	4.5	.46
1940	41.5	4.6	.82
1950	49.7	8.2	.92
1960	58.9	9.2	.36
1964	62.5	3.6	.15
1970	64.0	1.5	.0
1979	64.0	0.0	.02
1980	64.2	0.2	

FUENTES:

Dinámica...op.cit.pp 8,217.

Nivel de vida y salud.UNAM p.2

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

REPUBLICA MEXICANA (1895-1980)

PERIODO	ESPERANZA
1895-1910	25.9
1922-1924	33.0
1929-1931	36.9
1939-1941	41.5
1949-1951	49.7
1950-1955	50.8
1955-1960	55.4
1959-1961	58.9
1960-1965	58.6
1965-1970	60.3
1970-1975	62.2
1972-1974	64.0
1975-1980	64.1

FUENTES:

Dinámica... op.cit.pp 8,19

UNAM El diagnostico...op.cit. p.41

SPP México;estimaciones y op.cit. p.11

ESPERANZA DE VIDA AMBOS SEXOS

REPUBLICA MEXICANA

1930-1980

AÑO	MASCULINA	FEMENINA	DIFERENCIA EN AÑOS
1930	36.1	37.5	1.4
1940	40.4	42.5	2.1
1950	48.1	51.0	2.9
1960	57.6	60.3	2.7
1970	60.0	63.8	3.8
1980	62.3	66.1	3.8

FUENTES:

Dinamica ... op. cit. p. 34

CONAPO México demografico.. op. cit. p. 28



## BIBLIOGRAFIA

- (1) Tendencias de la mortalidad y perspectivas futuras.- Tomado de la Conferencia Mundial de Población de de Bucarest 1974.- Crónica de la OMS, 1974, 28, 584-595.- p.586.
- (2) Fox, Hall, Elveback.- Epidemiología el Hombre y la Enfermedad.- La Prensa Médica Mexicana.- México, 1981.- pp. 160, 161.
- (3) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de la población de México.- El Colegio de México.- México, D. F., 1981.- pp. 24, 25.
- (4) López Acuña, Daniel.- La Salud Desigual en México.- Siglo XXI Editores, S. A., - México D.F., 1982.- p. 75.
- (5) López Acuña, Daniel.- La Salud Desigual en ...idem.- p. 73.
- (6) Fox, Hall, Elveback.- Epidemiología el Hombre y ...idem.- pp. 160, 161.
- (7) Proyecciones de la población de México 1960-1980. Estudios de los recursos humanos de México I.- Banco de México, S. A. (investigaciones idustriales) p. 31.
- (8) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem.- pp. 24, 25.  
Proyecciones de la población de México 1960-1980.- idem.- p. 31.
- (9) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem.- pp. 25, 26.  
Tendencias de la mortalidad y perspectivas futuras.- Idem.- p. 587.
- (10) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de...idem.- p. XXXIV.

Facultad de Medicina.- Hacia un nuevo sistema de salud.- UNAM.- p. 39.

(11) Facultad de Medicina.- Hacia un... idem.- p. 39.

(12) López Acuña, Daniel.- La salud desigual en...idem.- p. 79.

Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem.- p. XXXV.

Dirección General de Educación para la Salud.- Normas: Educación para la Salud.- S.S.A.- México, D. F., 1980.- p. 181.

(13) Tendencias de la mortalidad y perspectivas futuras...- Idem.- P. 588.

(14) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de...idem.- P. XXXIV.

## MORTALIDAD POR CAUSAS

Las enfermedades infecciosas y parasitarias fueron el azote de la humanidad hasta la época de la revolución industrial, cuando debido a los adelantos ocasionados, las enfermedades exógenas empezaron a perder importancia. La reducción en la morbilidad por causas exógenas mide en cierta forma el grado de desarrollo de una población; al bajar las defunciones por estas causas los niveles de mortalidad se abatieron y la expectativa de vida aumentó, quedando sujeta a las enfermedades "degenerativas", como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares cuya incidencia es mayor en las edades adultas. Es este tipo de relaciones entre desarrollo socioeconómico y causas de muerte predominantes lo que da importancia al estudio de la mortalidad por causas. Para su estudio muchos investigadores las han separado en cinco grupos: I) Está relacionado con las muertes de carácter infeccioso y parasitario; II) Con tumores malignos; III) Causas de origen cardiovascular; IV) Muertes violentas, y V) grupo residual. Haciendo uso de esta clasificación se observa que ha habido un rápido descenso en la mortalidad causada por el grupo I; esto es un buen indicador del aumento general experimentado por México en su desarrollo socioeconómico. Para visualizar este hecho tenemos que en 1930 la tasa de mortalidad por causas del grupo I era de 1136 defunciones por cada cien mil habitantes, bajando en 1960 a una de 314 y a una de 218 en 1967, de esta forma pasa de representar el 42.6% de la mortalidad general en 1930 a 23.9% en 1967. Este porcentaje, aunque se ha seguido reduciendo, es aún alto si se compara con los países desarrollados, quienes han controlado casi por completo este tipo de enfermedades.

El grupo II en cambio sufrió un aumento de 1930 a 1960, pasando de 15 a 36 defunciones por cada cien mil habitantes.

El grupo III pasó de 1930 a 1960 de 82 a 97 muertes por cada cien mil habitantes. En 1967 los grupos II y III descendieron a 34 y 63 defunciones por cada 100 mil habitantes respectivamente, lo que va en contra de lo observado en los países desarrollados. Ambos grupos incrementaron su participación relativa de 1930 a 1960 de 3.6% a 11.6%, descendiendo en 1967 a 10.6%.

El grupo IV redujo su tasa de 110 muertes a 65 por cada cien mil habitantes de 1930 a 1967.

El grupo V a la fecha en apariencia ha disminuido, mejorando el panorama que había mostrado un descenso de 49.6% en 1930 a un 58.3% en 1967; este grupo presenta una relación directa con el desarrollo social, siendo por ello de menor peso en los países desarrollados, en los países en vías de desarrollo existe un mal manejo de los certificados de defunción y un mal llenado de los mismos, pues, como ya se dijo al principio del tema de mortalidad, abundan las causas desconocidas o mal definidas y la senilidad, lo que es causa del cuidado que hay que tener en relación a los resultados registrados para los otros grupos de causas de defunción. (1)

Con el desarrollo socioeconómico que está alcanzando México, las enfermedades de carácter exógeno han empezado a perder importancia, con lo que se espera que la población incremente su esperanza de vida, que se abata la mortalidad infantil y que aumente la mortalidad por causas de origen degenerativo (grupos II y III), cosa que está sucediendo, que la mortalidad por violencia disminuya (por ser una causa de orden social evitable) y que el grupo V pierda importancia al catalogarse la causa de muerte como es debido. (2)

Actualmente en los grupos femeninos las defunciones por maternidad y por enfermedades infecciosas alcanza altos niveles, y en los grupos masculinos las enfermedades infecciosas, los accidentes y la violencia son las causas de defunción más comunes. (3)

Es importante mencionar que en 1978 el grupo III ocupó el primer lugar de las defunciones con una tasa de 71.4 por cada cien mil habitantes, representando el total del 11% de la mortalidad general, aunque es posible que esté sobreestimada por el abuso del término "paro cardiaco" en la certificación de la defunción. El grupo II para el año de 1978 tuvo una tasa de 36.9 defunciones por cada cien mil habitantes, parecido a la de años anteriores.

El sarampión y la tuberculosis, que figuraban aún en 1970, en 1978 desaparecieron de la lista de causas de defunción.

La forma de obtener las tasas de mortalidad por causas que puede calcularse para la población total o para un subgrupo etario, étnico o por sexo es: las muertes asignadas a la enfermedad en la población especificada al primero de julio del año dado por cien mil, es decir, se expresa como defunciones por cada cien mil habitantes por año. (4)

La tasa de mortalidad proporcional por causa se obtiene dividiendo el total de muertes asignadas a la enfermedad en la población especificada en un año dado entre el total de muertes en toda la población en el mismo año por cien, dando la proporción de muertes que fueron asignadas a dicha causa en la mortalidad en general. (5)

TASAS DE MORTALIDAD Y SU DISTRIBUCION RELATIVA POR GRUPOS DE CAUSAS

REPUBLICA MEXICANA 1930-1967

GRUPO DE CAUSAS	1930	1930	1950	1950	1960	1960	1967	1967
TOTAL	2667	100.0	1615	100.0	1149	100.0	911	100.0
I	1136	42.6	580	35.9	314	27.3	218	23.9
II	15	0.5	29	1.8	36	3.1	34	3.7
III	82	3.1	94	5.8	97	8.5	63	6.9
IV	110	4.1	94	5.8	75	6.5	65	7.2
V	1324	49.6	818	50.6	627	54.6	531	58.3

FUENTE:  
Alba, Fco. p. 53

st

CAUSAS DE MORTALIDAD CORRESPONDIENTES A LOS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE  
REPUBLICA MEXICANA 1925-1978

CAUSA	TASA	*
ENTERITIS	351.9	S
INFLUENZA Y NEUMONIA	312.4	S
PALUDISMO	144.0	S
SARAMPION	100.4	S
DISENTERIA	80.9	S
TUBERCULOSIS	74.7	S
TOSFERINA	72.6	S
VIRUELA	72.4	S
BRONQUITIS	59.5	S
ACCIDENTES	42.0	D

1930

CAUSA	TASA	*
ENTERITIS	460.0	S
INFLUENZA Y NEUMONIA	375.3	S
PALUDISMO	164.6	S
TOSFERINA	112.3	S
VIRUELA	105.1	S
SARAMPION	92.7	S
DISENTERIA	82.5	S
TUBERCULOSIS	68.8	S
ACCIDENTES	60.3	D
BRONQUITIS	56.7	S

CAUSA	TASA	*
ENTERITIS	439.0	S
INFLUENZA Y NEUMONIA	389.7	S
PALUDISMO	126.0	S
TOSFERINA	65.2	S
ACCIDENTES	64.5	D
DISENTERIA	60.2	S
BRONQUITIS	57.2	S
TUBERCULOSIS	55.6	S
SARAMPION	51.7	S
ENFERMEDADES CORAZON	45.9	D

1940

CAUSA	TASA	*
ENTERITIS	491.3	S
INFLUENZA Y NEUMONIA	381.4	S
PALUDISMO	121.7	S
SARAMPION	97.2	S
BRONQUITIS	68.8	S
TUBERCULOSIS	57.0	S
HOMICIDIOS	57.0	S
DISENTERIA	55.7	S
ENFERMEDADES CORAZON	54.3	D
ACCIDENTES	51.6	D

CAUSA	TASA	*
ENTERITIS	338.7	S
INFLUENZA Y NEUMONIA	307.8	S
PALUDISMO	130.5	S
ENFERMEDADES CORAZON	58.8	D
TUBERCULOSIS	55.1	S
ACCIDENTES	48.7	D
BRONQUITIS	48.1	S
HOMICIDIOS	47.9	S
TOSFERINA	46.5	S
DISENTERIA	40.7	S

1950

CAUSA	TASA	*
ENTERITIS	280.7	S
INFLUENZA Y NEUMONIA	271.2	S
PALUDISMO	89.2	S
ENFERMEDADES CORAZON	71.8	D
ACCIDENTES	48.5	D
HOMICIDIOS	48.1	S
TOSFERINA	46.1	S
TUBERCULOSIS	41.1	S
BRONQUITIS	37.1	S
AVITAMINOSIS	33.2	S

TASAS DE MORTALIDAD CORRESPONDIENTES A LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE  
 REPUBLICA MEXICANA 1925-1978 (Continuación)

955

CAUSAS	TASA	*
ENTERITIS	227.6	S
INFLUENZA Y NEUMONIAS	198.5	S
ENFERMEDADES CORAZON	79.0	D
PALUDISMO	66.2	S
ACCIDENTES	46.2	D
HOMICIDIOS	36.3	S
SARAMPION	32.7	S
AVITAMINOSIS	30.5	S
TUMORES MALIGNOS	29.3	D
BRONQUITIS	28.5	S

1960

CAUSAS	TASA	*
ENTERITIS	172.1	S
INFLUENZA Y NEUMONIA	152.4	S
ENFERMEDADES CORAZON	67.7	D
ACCIDENTES	41.5	D
TUMORES MALIGNOS	35.8	D
HOMICIDIOS	31.9	S
BRONQUITIS	30.2	S
TUBERCULOSIS	27.3	S
PALUDISMO	20.0	S
SARAMPION	17.5	S

955

CAUSAS	TASA	*
INFLUENZA Y NEUMONIA	131.2	S
ENTERITIS	99.2	S
ACCIDENTES	47.1	D
TUMORES MALIGNOS	37.7	D
ENFERMEDADES CORAZON	34.7	D
BRONQUITIS	26.4	D
TUBERCULOSIS	23.8	S
HOMICIDIOS	20.1	S
SARAMPION	19.3	S
DIABETES MELLITUS	10.4	D

1970

CAUSAS	TASA	*
INFLUENZA Y NEUMONIA	170.8	S
TIFOIDEA PARATIFOIDEA	145.0	S
ENTERITIS	141.7	S
ENFERMEDADES CORAZON	68.4	D
TUMORES MALIGNOS	37.6	D
SARAMPION	24.3	S
ACCIDENTES	23.5	D
TUBERCULOSIS	19.9	S
AVITAMINOSIS	18.7	S
HOMICIDIOS	17.2	D

955

CAUSAS	TASA	*
INFLUENZA Y NEUMONIA	98.6	S
ENTERITIS	94.9	S
ENFERMEDADES CORAZON	75.9	D
ACCIDENTES	45.1	D
TUMORES MALIGNOS	34.0	D
HOMICIDIOS	17.7	S
DIABETES MELLITUS	17.3	D
BRONQUITIS	17.1	D
TUBERCULOSIS	14.2	S
AVITAMINOSIS	11.7	S

1978

CAUSAS	TASA	*
ENFERMEDADES CORAZON	71.4	D
INFLUENZA Y NEUMONIA	65.7	S
ENTERITIS	60.5	S
ACCIDENTES	40.1	D
TUMORES MALIGNOS	36.9	D
MORTALIDAD PERINATAL	33.7	S
HOMICIDIOS	31.8	S
ENF. CEREBRO-VASC.	21.3	D
CIRROSIS HEPATICA	19.6	S
DIABETES	18.7	D

FUENTE:

SSA Estadísticas vitales de Mexico 1925-1978.

\*ENFERMEDADES CATALOGADAS COMO DEL DESARROLLO (D) O DEL SUBDESARROLLO (S)



## BIBLIOGRAFIA

- (1) Centro de Estudios Economicos y Demográficos.-Dinámica de la población de México.-El Colegio de México.- México, D.F. 1981.- pp 34-37  
Alba, Francisco.-La población de México, evolución y dilemas.-Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- El Colegio de México.-México 1979.- pp 51-54
- (2) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de....Idem.- p. 39
- (3) López Acuña, Daniel.-La Salud Desigual en México.-SigloXXI Editores S.A. .-México D.F. 1982.- p. 49
- (4) Fox, Hall, Elveback.-Epidemiología el hombre y la enfermedad .-México 1981.-p. 157
- (5) Fox, Hall, Elveback.-Epidemiología el hombre y ...Idem.-p.159

## LA PLANIFICACION FAMILIAR EN MEXICO

En los países desarrollados el descenso de la natalidad ocurrió por común acuerdo de los cónyuges, en forma gradual hasta llegar a los niveles actuales. En nuestro país, la aplicación de los avances de la medicina provocaron una notable disminución de la mortalidad, seguida consecuentemente por un aumento en la esperanza de vida todo esto sin darse un decremento de las tasas de natalidad; así, los índices de crecimiento poblacional se dispararon bruscamente.

Por esta razón se iniciaron los estudios dirigidos a la obtención de métodos eficaces que permitieran regular la fertilidad y ayudar a lograr el equilibrio necesario para la justa utilización de los recursos del país, y se implementó una estrategia de planificación familiar.

La década de los 70's en México representa la transición hacia un bajo nivel de crecimiento poblacional. Este es un hecho muy importante, pues, México había llegado a duplicar su población cada 20 años aproximadamente. Para hacer más tangible la importancia que posee el crecimiento poblacional, es conveniente observar sus dos facetas:

- como variable independiente produce problemas sociales (carencia de viviendas, escuelas, etc.)

- como variable dependiente es consecuencia de fenómenos sociales (niveles educativos, tipo de vida rural o urbana, grado de integración de la mujer a la producción, etc.) (1)

A fines de los 60's y principios de los 70's, se perfila dentro de las familias de clase media y alta urbanas, el comportamiento reproductivo de una sociedad que principia a practi

car la planificación familiar, es decir, "la consciente y libre determinación del número de hijos y el espaciamiento entre ellos, de tal forma que permita el desarrollo del núcleo familiar en todos los aspectos (físico, mental, socioeconómico y cultural)".

(2)

En el período comprendido entre finales del año de 1972 y el año de 1973, se da un gran cambio de actitud oficial. En abril de 1972, el presidente de la república declara: "El Estado Mexicano considera la planificación como un derecho humano, cuyo ejercicio debe estar al alcance de todas las parejas mexicanas que lo soliciten". Debido a la serie de comentarios que este hecho propició, se vió la necesidad de plantear una acción coordinada de divulgación de información; este cambio produjo que las instituciones oficiales de salud iniciaran programas de planificación familiar y que este servicio se extendiera a todo el país; se preparó personal y se organizó su servicio dentro de los centros de salud de la S.S A. y en las clínicas del I.M.S.S. y el I.S.S.S.T.E. Hasta este momento, sólo se trataba de una política de salud pública, sin pretender que tuviera metas demográficas, su propósito era atender la demanda popular y proteger la salud de la familia mexicana; esto se fue desarrollando hasta junio de 1973, cuando la planificación familiar dejó de tener como única meta la salud pública, adoptando una política demográfica. Surgió así, la Ley General de Población, que sentó las bases jurídicas para la aplicación de una política de población, al crear el CONAPO, cuyo fin es lograr una planificación demográfica nacional, siendo la aplicación de sus resoluciones responsabilidad de la Secretaría de Gobernación. (3)

A partir de 1977, se inicia formalmente el proyecto de planificación familiar, en el que se destaca la importancia de proporcionar a la población educación, información, motivación y los servicios que le permitan tener el número de hijos deseados; tomando en consideración los diversos sistemas y formas de vida, provocadas por las diferencias significativas de carácter

económico, cultural, social, educativo, político, infraestructural, religioso, etc.

La S.S.A., el I.M.S.S. y el I.S.S.S.T.E. desarrollaron los programas correspondientes a la planificación familiar con dos metas: una de salud, dedicada a la atención materna e infantil y otra demográfica, con el fin de reducir la tasa de crecimiento poblacional de 3.2 a 2.5% entre 1977 y 1982 (esta meta del plan fue alcanzada, aunque para 1982, había aún 5.1 millones de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos representativas de un 35% de las mujeres entre 15 y 49 años, pertenecientes a zonas urbanas y rurales y sólo el 26% de las mujeres entre 15 y 49 años en las comunidades de menos de 2500 habitantes) y cuya meta nacional es reducir la tasa de crecimiento al 1.9% en 1988 y al 1% anual en el año 2000; los programas de planificación familiar se han ido integrando a los esquemas de atención médica y en su realización participan cada vez más médicos familiares y generales, personal de enfermería y trabajo social.

(4)

Para lograr la meta nacional del año 2000 se planteó:

- Elaborar el Plan Nacional de Planificación Familiar 1983-1988, para consolidar el programa urbano e incrementar el rural, tomando en consideración para ello los grupos de edades de las posibles usuarias de métodos anticonceptivos y su entidad federativa, con el fin de reducir las diferencias observadas entre los estratos sociales y las regiones del país en cuanto a su ritmo de crecimiento.

- Impulsar los apoyos en educación, investigación biomédica y social.

- Fijar para el período 1983-1988 las metas de cobertura en aceptantes y usuarias activas y el tipo de método anticonceptivo usado, considerando las características sociodemográficas de cada entidad federativa.

- Capacitar y adiestrar al personal específico de planificación familiar.

- Promover actividades de información acerca de la planificación familiar y educación sexual de la población, con métodos individuales o de comunicación masiva (televisión, radio, revistas, etc.).

- Establecer sistemas adecuados de información sobre las coberturas, para lograr la evaluación permanente del programa.

(5)

Hasta ahora, los problemas presentados en el desarrollo de este programa son:

- Falta de capacitación de los recursos humanos responsables de la prestación de servicios de planificación familiar, en todos los niveles.

- Carencia de recursos financieros, para sustentar los programas de educación y comunicación a los responsables de los servicios y a la sociedad en general, la investigación biomédica (que tiene a su cargo el estudio del desarrollo y aplicación de los diferentes métodos) y la investigación social (que estudia las características que determinan la participación de la comunidad).

- El mal manejo de la adquisición, almacenamiento, distribución y uso de los materiales de apoyo a la planificación familiar.

- Existencia de duplicidad o carencia en la información y material en diversas zonas y localidades. (6)

Las actividades de apoyo desarrolladas fueron:

- Elaboración de modelos de educación sexual para maestros, estudiantes normalistas, personal médico y paramédico, promotores rurales y padres de familia. Estos modelos implican la preparación y prueba de los contenidos, selección de las técnicas idóneas para implantarlos, la producción de material didáctico y manuales (casi terminada en 1980).

- Capacitación del personal de las dependencias educativas, de salud, de promoción rural y de padres de familia seleccionados para impartir cursos de educación sexual. (7)

Los cinco sectores en los que se ha concentrado la ejecución de este programa son : educación formal y universidades, sector salud y seguridad social, medio rural, educación informal de adultos y jóvenes, y medios de comunicación masiva. (8)

El nuevo modelo reproductivo, cuyo efecto final será la formación de familias de menor tamaño y una reducción en la tasa de crecimiento demográfico, debe estar configurado entre otros elementos por los siguientes:

- Aumento en la edad media del casamiento o primera unión.
- Planeación del tamaño de la familia, con un número de hijos predeterminado.
- Ampliación del período entre la unión y el primer nacimiento y entre los hijos sucesivos.
- Incremento en el conocimiento y el uso de anticonceptivos. (9)

Con respecto a los puntos anteriores se tiene:

El promedio de edad al primer casamiento o unión pasó de 18.2 a 18.6 años en la última década; sin embargo, hay dife-

rencias importantes, determinadas por las condiciones socio-culturales, ya que en el medio urbano la edad promedio al casamiento fue de 19.3 años, mientras que en el medio rural fue de 17.8 años; para las mujeres sin escolaridad fue de 16.5 años y para las que tenían instrucción universitaria fue de 21.1 años.

El aplazamiento del primer casamiento o unión provocaría la disminución de la natalidad y la reducción de la cobertura de usuarias de la planificación familiar en esas edades estratégicas, una mayor integración de la mujer al desarrollo, el mejoramiento de su preparación que le ayudaría a tomar una decisión más razonada sobre el tamaño de familia que desea.

En cuanto a la disminución de la fecundidad, se encontró que entre 1968 y 1974 el número promedio de hijos descendió de casi 7 a 6, lo que correspondió a un decremento de la tasa de natalidad de 1968 a 1975 de 43 a 40 nacimientos por cada 1000 habitantes; los diferenciales en fecundidad son causados por las condiciones socioeconómicas de las parejas. Para ejemplificar esto tenemos: las mujeres sin escolaridad tenían cerca de 6 hijos, en contraste con los dos procreados por las que habían cursado la preparatoria completa; las mujeres casadas con profesionistas y técnicos tienen en promedio 3 hijos y al menos 6 las que se casan con campesinos. (10)

En la Encuesta Mexicana de Fecundidad 1976-1977, el 53% de las entrevistadas con 3 hijos no deseaban tener más; en la ciudad de México se acentúa, pues la cifra se elevó al 84%; un juicio aventurado nacido de este hecho es decir que la familia mexicana tiende a formar familias de 3 hijos. Sin embargo, entre el deseo y la puesta en práctica intervienen una serie de condiciones socioeconómicas y de acceso a los programas de bienestar.

En cuanto al espaciamiento entre los nacimientos de los hijos, se sabe por la Encuesta Mexicana de Fecundidad 1976-

1977, que el nacimiento del primer hijo ocurre, en promedio, 16 meses después del matrimonio o unión; los intervalos de los siguientes nacimientos se desconocen. El tiempo transcurrido antes del primer nacimiento es fundamental para el nivel de la fecundidad, e influye también en los intervalos de los nacimientos siguientes, de ahí la importancia de la ampliación entre el período de nacimientos lo que a su vez beneficia la salud materno-infantil. (11)

Entre 1974 y 1976 el conocimiento de los anticonceptivos, por parte de las mujeres entrevistadas, fue del 90%, sobre todo de la píldora y el dispositivo intrauterino, pero entre el conocimiento y el uso correcto existe una diferencia determinada por las condiciones sociales de cada pareja y por su accesibilidad a los mismos.

Así, en 1976 el 41% de las mujeres casadas o en unión usaban algún método anticonceptivo más para espaciar que para limitar el número de hijos. (12)

Es importante mencionar que una baja drástica en la fecundidad traería consecuencias nefastas en la programación de la infraestructura social, la inversión productiva y los servicios sociales, que desde hoy se están planeando para el futuro. Por ello, la estrategia del cambio del proceso demográfico debe cuidar también de no dar lugar a situaciones irreversibles, ya que un cambio brusco puede provocar el envejecimiento de la población y la falta de fuerza de trabajo para sostener la producción de bienes y servicios necesarios para sustentar y elevar el nivel de bienestar alcanzado. La experiencia histórica plantea que es menos complejo disminuir la natalidad que aumentarla bajo condiciones culturales y económicas más desarrolladas. (13)

Por otra parte, la selección de un método anticonceptivo es vital, no sólo por su influencia en las tasas demográfi-



cas, sino también por su repercusión en los costos infraestructurales del programa. El costo del método es muy importante; el más barato puede ser muy costoso y el más caro puede ser muy barato o demasiado costoso; esto depende si es o no abandonado por su usuaria; un método anticonceptivo que no da un buen índice de continuidad (75 a 80% de mujeres que continúen usándolo, después de un año) no es un método recomendable, independientemente de su eficacia (casi todos los métodos están entre un 97 y un 99% de eficacia si son usados correctamente) y costo. Los métodos más conocidos y usados son las píldoras y el dispositivo intrauterino. (14)

La persuasión e inducción hacia cambios en los patrones de reproducción de las parejas es una tarea continua que requiere de un gran esfuerzo, ya que si bien las actividades de comunicación y educación sexual han incidido en las transformaciones de la fecundidad, es importante adecuarlas a las características socioculturales de los grupos a que se dirige, en particular a los grupos y regiones del país en donde la natalidad ha permanecido alta y estable.

Aun así, del análisis de la Encuesta Mexicana de Natalidad 1976-1977, las Encuestas de Prevalencia 1978 y de las estadísticas provenientes de los registros vitales, se deduce que la disminución de la natalidad continúa. Esta descendió de casi 40 nacimientos por cada 1000 habitantes en 1976 a casi 36 en 1978; este hecho es bastante significativo, ya que después de más de cuatro décadas de mantenerse estable y alta la natalidad empieza a descender. (15)

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES ALGUNA VEZ  
UNIDAS, DE ACUERDO AL PATRON DE USO DE  
ANTICONCEPTIVOS

P A T R O N   D E   U S O	P O R C E N T A J E
Nunca ha usado	
Intentará usar en el futuro	13.5
No intenta usar en el futuro	34.8
No ha establecido uso futuro	6.5
Ha usado algun método	
Usó en el pasado pero no actualmente	
Usó en un intervalo abierto	1.7
Usó antes en algún intervalo ce- rrado.	13.8
Usó antes pero actualmente in- fértil.	2.2
Usuarías actuales	
Marido o Mujer esterilizados	2.9
Otros métodos	24.6
TOTAL	100.0 (6 255)

Fuente:

Volumen II de la Encuesta Mexicana de Fecundidad.

DE TODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN PORCENTAJE DE  
MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS DE 15 A 49 AÑOS,  
QUE DECLARAN CONOCERLOS

METODO	PORCENTAJE
Píldora	82.6
Dispositivo intrauterino (D.U)	75.2
Diafragma	20.8
Otros métodos químicos femeninos*	42.4
Ducha	37.7
Condón	42.2
Ritmo	48.1
Retiro	47.0
Inyecciones	68.3
Esterilización femenina	67.6
Esterilización masculina	39.1
Metodos folclóricos**	4.4

FUENTE:  
EMF VOLUMEN II ,Cuadro 4.2.1 A.

\*Incluye cremas, jaleas, espumas y  
óvulos vaginales.

\*\*Incluye métodos como: Té de cas-  
co de mula, hierba malambú y semi-  
lla de cilantro entre otros.

EVOLUCION DEL COMPORTAMIENTO DE LA NATALIDAD

REPUBLICA MEXICANA 1970-1981

AÑO	POBLACION TOTAL	NACIMIENTOS	TASA DE NATALIDAD
1970	50694600	2132630	42.07
1971	52418200	2231399	42.57
1972	54195200	2346002	43.29
1973	56021600	2572287	45.92
1974	57898300	2607450	45.04
1975	59826300	2429768	40.61
1976	61800600	2370025	38.35
1977	63821500	2402418	37.64
1978	65843600	2346862	35.64
1979	67898800	2448774	36.06
1980	69909100	2428499	34.74
1981	72049607	2445865	33.95

FUENTE:

SPP-SSA Boletín...cuadro 1 y cuadro 4

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Avances y resultados de la política demográfica en el área de planificación familiar.- Documento presentado al Sr Presidente de la República José López Portillo en la reunión celebrada el 8 de mayo de 1980.- Archivo S.C.N.V.- p. 2.  
  
Población y desarrollo social.- Selección de trabajos presentados a la Conferencia Nacional sobre Población y Desarrollo Social, México, D. F., 1974.- Asociación Mexicana de Población, A. C.- México, 1976.- pp. 250, 251, 260, 261.
- (2) Población y desarrollo social.- Selección de... idem.- p. 252.
- (3) Población y desarrollo social.- Selección de... idem.- pp. 214, 215.
- (4) Avances y resultados de la política demográfica en el área de planificación familiar... idem.- pp. 8, 9.  
  
Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población.- Informe 1983.- México.- p. 95.  
  
Facultad de Medicina.- Hacia un nuevo sistema de salud.- UNAM.- pp. 245, 246.
- (5) Facultad de Medicina.- Hacia un... idem- p. 247.
- (6) Facultad de Medicina.- Hacia un... idem.- p. 246.
- (7) Avances y resultados de la política demográfica en el área de planificación familiar... idem.- pp. 13, 14.
- (8) Avances y resultados de la política demográfica en el área de planificación familiar... idem.- p. 13.
- (9) Avances y resultados de la política demográfica en el área de planificación familiar... idem.- p. 3.

- (10) Avances y resultados de la política demográfica en el área de planificación familiar... idem.- pp. 4, 5.
- (11) Avances y resultados de la política demográfica en el área de planificación familiar... idem.- pp. 5,6.
- (12) Avances y resultados de la política demográfica en el área de planificación familiar... idem.- p. 7.
- (13) Avances y resultados de la política demográfica en el área de planificación familiar... idem.- pp. 8, 9.
- (14) Población y desarrollo social.- Selección de... idem.- pp. 262, 263.
- (15) Avances y resultados de la política demográfica en el área de planificación familiar... idem.- pp. 15, 16.

**FECUNDIDAD  
PROBLEMAS EN SU ESTUDIO**

Hacer un análisis del comportamiento de la fecundidad en México es una tarea difícil, por ser la información de que se dispone insuficiente y poco confiable. Los dos problemas básicos con los que uno se enfrenta son: el subregistro y la extemporaneidad en el registro de los nacidos vivos que, en cierta forma, son ocasionados por la existencia de muchos núcleos de población bastante alejados de las cabeceras municipales, lugares donde generalmente se encuentran las oficinas del registro civil. Por otra parte, si se tiene presente que la mayoría de las cabeceras municipales tienen más de 2500 habitantes se entiende por qué sólo el 7.7% de las localidades de menos de 2500 habitantes tengan oficinas del registro civil. Se puede apreciar la gravedad de la situación si se considera que en 1970 el 97.8% de las localidades tenían menos de 2500 habitantes y que en ellas se localizaba el 41.3% de la población. Es conveniente notar que este mismo problema trae serias repercusiones en la información que sobre mortalidad existe.

A continuación se muestra un cuadro que ayudará a comprender la magnitud del hecho que nos ocupa: (1)

**PORCENTAJE DE LOCALIDADES QUE CUENTAN CON OFICINAS DEL REGISTRO CIVIL POR NUMERO DE HABITANTES EN LA FECHA DE LA E.M.F.**

<u>Número de habitantes</u>	<u>Registro Civil</u>
Menos de 2500	7.7%
Entre 2500 y 19999	71.6%
Entre 20000 y 499999	100.0%
50000 y más	100.0%

Fuente: Cuestionario de la localidad (tabulaciones anuales) EMF

Si a lo anterior se agrega el problema de subnumeración en los centros de población resulta inmediato que los cálculos de ciertos indicadores demográficos se vean afectados, de donde no es raro que los cálculos que publica la Dirección General de Estadística sean diferentes a los que publica para ciertos períodos la S.P.P. Si a los problemas mencionados se añade la falta de uniformidad en los criterios para determinar la edad fértil de la mujer y la definición de "nacido vivo" el problema se agranda aún más; así tenemos que mientras que para la Agencia Nacional de Información Estadística la edad fértil de las mujeres comprendida entre los 15 y los 49 años, para la Organización Panamericana de la Salud las mujeres fértiles son aquellas que pertenecen al grupo 15-44 años de edad; por otro lado la Dirección General de Estadística, siguiendo el criterio del Código Civil, establece que un "nacido vivo" es aquel producto de la concepción que sobrevive más de 24 horas después de desprenderse enteramente del seno materno, mientras que para la Organización Mundial de la Salud, un "nacido vivo" es el producto de la concepción extraído o expulsado del cuerpo de la madre que respire o dé alguna otra señal de vida, aún cuando muera poco después, incluso sin haber cortado el cordón umbilical o sin haberse desprendido enteramente la placenta. Como es lógico estos hechos hacen que la información oficial arroje tasas más bajas que las que arroja la Organización Mundial de la Salud. (2)

Ahora bien, al percatarse los demógrafos de este tipo de problemas y viendo que sus fuentes de información (las estadísticas vitales y los datos censales) además de ser poco confiables eran inoportunas (en el sentido de que el tratamiento y tabulación de los datos es bastante tardado, los datos censales tardan incluso años en ser publicados) decidieron hacer uso también de las encuestas por muestreo que tienen la ventaja de tener un costo menor, además de que en ellas se puede conocer y controlar el error estadístico dentro de ciertos límites. En México se han llevado a cabo cuatro encuestas para obtener in-



formación sobre los niveles y características de la fecundidad y son, a saber:

- La encuesta de la ciudad de México en 1964.
- La encuesta rural en 1970.
- La encuesta mexicana de fecundidad (EMF) de cobertura nacional en 1976.
- La encuesta de prevalencia y uso de anticonceptivos en 1978-1979 (3)

Algunos resultados de estas encuestas se mencionarán a lo largo de este capítulo.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) S.P.P.- Encuesta Mexicana de Fecundidad.- 1er. Informe Nacional.- Vol. I, 1979, pp. 72, 73.
- (2) López Acuña, Daniel.- La salud desigual en México.- Siglo XXI Editores, S. A.- México, D. F. 1982.- p. 34.
- (3) S.P.P.- Características de la Fecundidad en México.- p. 13.

## FECUNDIDAD GENERAL

La fecundidad se mide, entre otros indicadores, por la tasa bruta de natalidad que expresa la proporción entre el número de nacidos vivos que ocurre en residentes de una comunidad determinada durante un año calendárico y la población a medio año. Los resultados se expresan como 'nacidos vivos por cada mil habitantes' y su evolución en la historia de México era de 45 a 50 nacimientos por cada mil habitantes, cifra que se puede apreciar como bastante alta por lo que es conveniente mencionar que durante el siglo XIX predominaron las políticas poblacionistas en las que se pensaba que poseer un gran número de habitantes era símbolo de grandeza y felicidad; en 1900, según la información oficial no corregida se registró en México una tasa bruta de natalidad de 36.4 nacimientos por cada mil habitantes; en 1910 disminuyó a 32, nivel que se sostuvo hasta 1922; en 1930 aumentó a 49.2; de 1940 a 1965 se mantuvo cercana a los 45, descendiendo en 1967 a 43.4 pasando a 42.6 en 1968. En base a estos datos se observa el incremento en la tasa bruta de natalidad de 1900 a 1930, una estabilidad en niveles altos de 1930 a 1965 y un descenso en los años de 1967 y 1968. Pero como estas estadísticas tienen entre otros problemas el registro incompleto de los nacimientos y la subnumeración en los centros de población son poco confiables, por esta razón se hizo necesario hacer estimaciones más precisas de las cuales se obtuvo para el período 1895-1910 una tasa bruta de natalidad de entre 47 y 50 nacimientos por cada mil habitantes. Esto confirma la existencia de un nivel muy elevado de fecundidad a principios de siglo.

De 1910 a 1921 no existe información y de 1922 a 1930 las irregularidades en la misma son bastantes; por esta razón los nacimientos fueron estimados y la población para 1930 fue

corregida por subnumeración en las edades de 0-4 años, resultando una tasa bruta de natalidad de 50.8 lo que indica que de 1900 a 1930 los niveles de fecundidad se mantuvieron alrededor de 45 nacimientos por cada mil habitantes. (1)

En 1931 la tasa bruta de natalidad fue de 43.8 nacimientos por cada mil habitantes, pasando en 1940 a 44.3; en 1950 fue de 45.5 y en 1960 de 46.0. En otras palabras las tasas de natalidad sufrieron ligeros aumentos de 1931 a 1960. (2)

En 1963 la tasa bruta de natalidad fue de 45.0; en 1964 fue de 44.8 nacimientos por cada mil habitantes; en 1965 fue de 44.3 que descendió en 1968 a 42.6; para los años de 1970, 1976 y 1977 las estadísticas vitales corregidas por subnumeración de nacimientos arrojan tasas de natalidad de 45.5, 40.1 y 38.1 nacimientos por cada mil habitantes respectivamente; en el período 1967-70 las estadísticas vitales señalan una tasa bruta de natalidad de 42 a 45 nacimientos por cada mil habitantes; la EMF sitúa la tasa de natalidad cerca de 41.8 nacimientos por cada mil habitantes en el período 1973-75; además refleja un comportamiento descendente en los niveles de fecundidad en todos los grupos de edades para el período 1970-1975; en el período 1975-77 la tasa de natalidad bajó a 38; la encuesta de prevalencia y uso de anticonceptivos sitúa la tasa de natalidad entre 36 y 38 nacimientos por cada mil habitantes para 1978-79; los datos preliminares para 1980 muestran una reducción de esta tasa a 34.4 nacimientos por cada mil habitantes y para 1982 se calculó en 33. (3)

Se observa que aunque el número de hijos nacidos vivos de las mujeres se ha mantenido a niveles muy elevados a partir de 1970 se ha iniciado una nueva etapa demográfica caracterizada por un descenso en la fecundidad. (4)

Ahora bien, la disminución de la mortalidad dada en mayor grado en las primeras edades y la mayor sobrevivencia de la

población mayor de 50 años (en este caso de la población femenina) ha causado la disminución de las tasas brutas de natalidad, a pesar de que la tasa bruta de reproducción y global de fecundidad se hayan mantenido sin grandes cambios. Esto sucede porque el ritmo de crecimiento de la población total (denominador en el cálculo de la tasa bruta de natalidad) es un poco mayor que el correspondiente al de las mujeres en edades fecundas (denominador en los cálculos de la tasa bruta de reproducción y de la tasa global de fecundidad). (5)

Para dar una idea de estas diferencias se mencionarán a continuación algunos datos respecto a ellas.

La tasa global de fecundidad se refiere a cuántos hijos tiene en promedio una mujer fértil, es decir, es la relación existente entre el número de nacimientos y la población femenina entre los 15 y los 49 años que nos da el número de hijos promedio que tiene una mujer en su etapa reproductiva. Se obtiene sumando todas las tasas específicas de fecundidad. Como los intervalos de grupos de edades son quinquenales el resultado se multiplica por cinco. A partir de 1974 esta tasa registra descensos, pasando de casi siete nacimientos por mujer al final de su período reproductivo en los años inmediatos anteriores y posteriores a 1970 a cifras que se sitúan entre cinco y seis nacimientos a fines de los 70's. (6)

De acuerdo a estos datos parece haber un descenso en la fecundidad mexicana a partir de los 70's. Antes de esta década se registró incluso un aumento en la fecundidad; apoyando esto tenemos los datos de 1910-20 en que el número medio de hijos por mujer era de 4.9 mientras que en el período 1920-29 aumentó a 6.2.

Si ahora observamos algunos datos de el número de nacimientos ocurridos por año por cada mil mujeres en edad fértil vemos que se mantuvo constante alrededor de 198 nacimientos en el período 1930-70. En 1960 ascendió a 222, pasando a 209 en 1970,

elevándose a 225.5 en 1973 y 222 en 1974, descendiendo ampliamente en 1975 a 185.7 nacimientos por cada mil mujeres entre los 15 y 49 años. (7)

Entre 1967-69 y 1973-75 hubo un descenso en las tasas globales de fecundidad del orden del 13.5%; reducciones similares se dan dentro de los grupos 20-49 años de edad de donde se desprende una posible disminución del ritmo de crecimiento de la población en la medida que se espera un mantenimiento del nivel de las tasas de mortalidad y natalidad en descenso.

(8)

Por su parte la tasa bruta de reproducción se refiere a cuántas mujeres capaces de reproducirse eventualmente da a luz una mujer. Representa la razón de reemplazo de una generación de mujeres por la próxima en el supuesto de que la fecundidad permanezca constante y de que la mortalidad en las mujeres sea nula hasta el final de su periodo reproductivo. La tasa bruta de reproducción había permanecido casi constante alrededor de 3 hijas por mujer, lo que significaba que cada pareja (suponiendo que estas tres niñas alcanzaran su etapa reproductiva) serían reemplazadas por tres parejas si el patrón reproductivo no cambiaba.

Así tenemos que la tasa bruta de reproducción para el período 1929-31 fue de 3.07, pasando a 3.23 en el período 1964-66 y llegando a 3.19 en el período 1966-68; en 1967 estuvo fluctuando alrededor de 3.3 esta situación permaneció hasta 1974; entre 1978 y 1979 descendió por fin alrededor de 2.5, lo que también señala un cambio del comportamiento de la fecundidad orientado a una disminución de la misma. (9)

En todo análisis de fecundidad es importante tener un apartado de fecundidad diferencial, la que es una buena herramienta para establecer lineamientos o medidas en las políticas demográficas.

Los indicios del comportamiento diferencial de fecundidad se pueden situar a partir de 1930 con el descenso elevado de los niveles de mortalidad (mismos que provocaron en cierta medida un aumento en la fecundidad); en la década de los 60's el diferencial se observó claramente en los diversos grupos socioeconómicos y en las diferentes regiones de residencia de la población, en los estados de mayor desarrollo económico y en los estratos de ingresos medio y alto empezó a descender la fecundidad. Este cambio se extiende paulatinamente a otros grupos de la población en especial a partir de la década de los 70's y más notoriamente en los centros urbanos.

Antes de profundizar en el análisis de los diferenciales de fecundidad más importantes es conveniente familiarizarnos con algunos hechos importantes.

El período de reproducción de las mujeres, como ya vimos, va de los 15 a los 49 años de edad, sin embargo, a pesar de lo largo de este período no todas las mujeres se reproducen en ese período, ni a lo largo del mismo por la acción de factores de diversa índole como son: la esterilidad (cabe notar que cuando una mujer que vive con su marido se declara esterilizada por razones de anticoncepción, o es el marido quien ha sido esterilizado se le considera automáticamente como fértil pero que no desea tener más hijos), la soltería, la viudez, el divorcio, la separación o abandono, el uso de métodos anticonceptivos y el tiempo de lactancia, entre otros.

Por otra parte, dentro de los factores demográficos más importantes se tienen la edad de la mujer al efectuar su primera unión y la duración del matrimonio (en ambos factores el descenso de la mortalidad ha ocasionado cambios) y dentro de las características socioeconómicas más asociadas con el número de hijos se observan el nivel instrucción y el nivel de consumo, relacionados ambos con la ocupación del cónyuge. (10)

# TASAS BRUTAS DE NATALIDAD\*

REPUBLICA MEXICANA 1895-1981

AÑO	TASA
1900	36.4
1910	32.0
1922	31.4
1930	50.8
1940	48.1
1950	46.3
1960	44.9
1961	44.2
1962	44.2
1963	44.1
1964	44.8
1965	44.2
1966	44.3
1967	43.4
1968	42.6
1970	42.1
1975	40.4
1977	37.9
1978	35.9
1979	36.3
1980	34.7
1981	33.9

PERIODO	TASA
1895 1910	47-50
1910 1914	43.2
1915 1919	40.6
1920 1924	45.3
1925 1929	44.3
1930 1934	44.6
1935 1939	43.5
1940 1944	44.6
1945 1949	45.0
1950 1955	46.6
1955 1960	45.8
1960 1965	44.9
1965 1970	44.2
1970 1975	42.7
1975 1980	37.6
1980 1985	

FUENTES:

*Demámica... op. cit. p.47-40*

SPP. *México: estimaciones y... op. cit. p.11*

Alba, Fco. *Idem. pp. 27-30*

SPP *Carac. fecundidad... p.10*

SSA *Cuaderno No.3... Idem p.6*

SPP-SSA *Boletín... cuadro 4*

\* nacimientos por cada mil habitantes



# TASAS BRUTAS DE REPRODUCCION

REPUBLICA MEXICANA

1929-1980

PERIODO	TASA
1929-1931	3.07
1938-1940	3.06
1950-1955	3.29
1951-1954	3.13
1955-1960	3.29
1959-1961	3.16
1960-1965	3.29
1964-1966	3.23
1965-1970	3.27
1966-1968	3.19
1970-1975	3.12
1975-1980	2.63

AÑO	TASA
1930	3.11
1940	3.06
1950	3.08
1960	3.16
1970	3.20
1975	2.94
1978	2.53

NOTAS:

Demografía... op cit. pp 8, 54

Demografía, Fco. Idem p31

INAPOP Política demográfica nacional y... Idem p.67

Demografía México: estimaciones y... op cit. p11

## NACIMIENTOS POR CADA MIL MUJERES ENTRE 15 Y 49 AÑOS 1930-1970

AÑO	NACIMIEN.
1930	198
1940	196
1950	192
1960	200
1965	202
1970	199
1980*	153

NOTA:

Demografía... op cit. p.49

fuente propia en base a: SPP-SSA Boletín... cuadro 4. y SPP Agenda estadística 1983 p.84

# TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD

## EN LA REPUBLICA MEXICANA 1930-1980

EDAD	1929-1931 <sup>a</sup>	1938-1940 <sup>a</sup>	1951-1954 <sup>a</sup>	1959-1961	1964-1966	1966-1968	1973-1975	1975-1980
15-19	.1345	.1225	.1200	.1048	.1002	.0963	.1047	.0887
20-24	.2803	.3176	.3020	.2993	.3039	.3010	.2902	.2657
25-29	.2803	.3195	.3135	.3175	.3240	.3180	.3015	.2635
30-34	.2239	.2371	.2586	.2693	.2511	.2456	.2562	.2115
35-39	.2239	.1557	.1625	.2008	.2112	.2073	.1784	.1649
40-44							.0833	.0711
45-49							.0165*	.0150
40-49	.0593	.0589	.0637	.0516	.0679	.0697		

<sup>a</sup>) tasa ajustadas. (w) tasa de 1976 (SPP *Características de la fecundidad en Mex. p.20*)  
 FUENTES: 1929-1968 *Dinámica de la población de Mex. Colegio de Mexico p.54*  
 1973-1975 Alba, Fco. *Idem. p.31*  
 1975-1980 SPP *México: estimaciones y proyecciones de población p.13*

## TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD

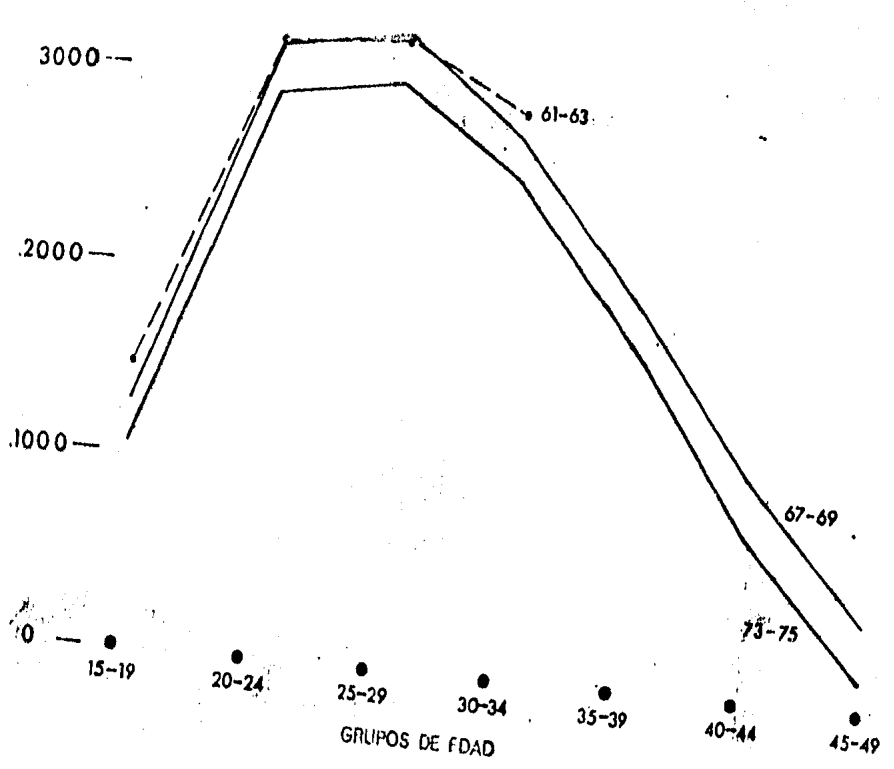
AÑOS	TASA
1951-1954	6.4
1959-1961	6.5
1960-1965	6.8
1965-1970	6.7
1970	6.6
1971	6.5
1972	6.7
1973	6.5
1974	6.0
1975	6.0
1970-1975	6.4
1975-1980	5.4
1979	4.8

REPÚBLICA MEXICANA  
1951-1980

FUENTES  
 CONAPO MEXICO DEMOGRAFICO 1980-01 p.30  
 SPP *México: estimaciones y proyecciones de Población p.11*  
*Encuesta nacional de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos sept-dic.1979 p.47*

# TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD POR GRUPOS DE EDAD 1962-1974

tasas .4000 —



## BIBLIOGRAFIA

- (1) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de la población de México.- El Colegio de México.- México, D. F., 1981.- pp. 46-48.
- (2) Proyecciones de la población de México 1960-1980.- Estudios de los recursos humanos de México I.- Banco de México, S. A. (investigaciones industriales).- p. 39.
- (3) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de ... idem.- pp. XXVI, 7, 8, 73.  
  
Barth, Helen A.- México: su problema demográfico.- Sociedad Mexicana de Planificación Familiar.- México, 1965.- p. 7.  
  
Facultad de Medicina.- hacia un nuevo sistema de salud.- UNAM.- p. 38.  
  
3er. Boletín Informativo (octubre 8).- CONAPO.- Archivo S.C.N.V.- p. 1.  
  
Consulta Popular.- Población.- IEPES.- p. 20.
- (4) S.P.P. Imágenes de los censos de población y vivienda.- pp. 57, 67.
- (5) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem.- p. 59.
- (6) S.P.P.- Características de la fecundidad en México.- p. 21.  
  
Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem.- p. XXVI.
- (7) López Acuña, Daniel.- La salud desigual en México.- Siglo XXI Editores, S. A.- México, D. F., 1982.- p. 32.
- (8) S.P.P.- Características de la fecundidad en...idem.- pp. 32, 33.

(9) López Acuña, Daniel.- La salud desigual en... idem.- pp. 34, 35, 37.

Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem.- p. 61.

Proyecciones de la población de México 1960-1980.- Idem.- p. 40.

(10) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de...- Idem.- pp. 52, 54, 82.

3er. Boletín Informativo... idem.- p. 1.

S.P.P.- Encuesta Mexicana de Fecundidad.- 1er. Informe Nacional.- Vol. I, 1979.- p. 178.

## FECUNDIDAD DIFERENCIAL

### DIFERENCIAL POR LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE.

La forma como está relacionado el número de hijos nacidos vivos con el lugar de nacimiento de la madre se puede describir de la siguiente manera: las mujeres extranjeras por tener generalmente mayor instrucción e ingreso y por lo mismo estar casadas o convivir casi siempre con profesionistas tienen menos hijos que las nacidas en el D.F.; estas últimas tienen a su vez menos hijos que las nacidas en otras ciudades, las que por su parte tienen menos hijos que las nacidas en áreas rurales. Esto está vinculado al hecho de que los niveles de educación e ingreso van reduciéndose conforme se pasa de los centros urbanos más importantes a las áreas rurales. Por otra parte, con respecto a las edades en que tienen a sus hijos las extranjeras los tienen a muy corta edad; las nacidas en pueblos pequeños o en el campo tienen menos hijos en las primeras edades que las mujeres de las ciudades. Sin embargo, en las mayores edades el promedio de hijos es más grande para las mujeres de las áreas rurales. (1)

### DIFERENCIALES EN FECUNDIDAD POR LUGAR DE RESIDENCIA

El nivel de fecundidad disminuye a medida que el tamaño de localidad de residencia aumenta; la diferencia entre fecundidad en áreas rurales (menos de 2500 habitantes) y áreas urbanas (localidades de más de 2500 habitantes) es mayor a medida que las mujeres son más jóvenes; la menor fecundidad urbana se debe a la menor proporción de mujeres sin hijos en las zonas rurales, resultado de una mayor proporción de hombres que de mujeres en el área rural, caso contrario al de las zonas urbanas donde la mayor proporción de mujeres es ocasionada en parte por la migración predominantemente femenina. Por

otra parte, el hecho de que una mujer sea migrante (haya vivido por más de 6 meses en un lugar diferente al lugar de su nacimiento) puede influir en su comportamiento hacia la nupcialidad (y por ende en la natalidad) de las siguientes formas:

- si la migración la realiza durante su infancia, puede adoptar los patrones existentes en la localidad a donde llegue a residir.
- si llega a una localidad de mujeres migrantes y por tanto en desequilibrio respecto al número de hombres y mujeres en edades casaderas, provoca la disminución de la probabilidad de unión de cualquier mujer.
- si la mujer se convierte en migrante precisamente porque se ha unido, la edad a la primera unión y a la primera migración tenderá a ser la misma y el patrón de natalidad tenderá a ser el de su lugar de origen. (2)

Para dar una idea del peso de este diferencial en natalidad se tiene del censo de 1960 que la tasa de natalidad urbana fue de 33.5, mientras que la rural fue de 42.8 (estos resultados son un poco bajos debido a la declaración incompleta y a la omisión de datos, la que se sabe más notoria en zonas rurales); del censo de 1970 se tiene que mientras las mujeres residentes de áreas urbanas tenían en promedio 6 hijos, las mujeres de áreas rurales tenían alrededor de 7.

En la Encuesta Mexicana de Fecundidad se encuentran los siguientes resultados: las mujeres del grupo 20-24 años de edad residentes en localidades de hasta 2500 habitantes tenían 1.8 hijos en promedio, mientras que las residentes del mismo grupo de edad de más de 500 mil habitantes tenían tan sólo un hijo vivo en promedio; las mujeres del grupo 45-49 años de edad residentes en las localidades del primer tipo tenían 7.7 hijos en promedio, mientras que las residentes de las segundas tenían 5.8 hijos en promedio.

Al calcular el promedio estandarizado se observó que las mujeres residentes en localidades de 2500 habitantes tenían 4.8 hijos en promedio, mientras que las radicadas en localidades de 500 mil o más habitantes tenían sólo 3.4 hijos. Por lo que la probabilidad de incremento de la familia es mayor en la población rural, y el diferencial es relativamente menor después de los 30 años.

Un factor importante marcado por la EMF fue que las mujeres que radican en el medio rural se unen en promedio 1.5 años antes que las residentes en medios urbanos.

El uso de métodos anticonceptivos tiene que ver también con el lugar de residencia. En la encuesta sobre la fecundidad en áreas rurales se observó que la población rural era malthusiana (por no controlar su fecundidad) ya que sólo un 10% de las entrevistadas habían usado alguna vez algún método anticonceptivo y menos del 14% de éstas tenían conocimiento preciso del mismo. Sin embargo, la situación en este aspecto ha mejorado; esto queda claro al observar la EMF que mientras que el 24% de las mujeres que vivían en localidades de menos de 2500 habitantes habían usado algún método anticonceptivo, el 63% o más de las mujeres que vivían en localidades de 20 mil o más habitantes los habían usado alguna vez en el pasado.

El diferencial por regiones de residencia está vinculado al desarrollo industrial y al grado de urbanización. Por ejemplo, en la ciudad de México el comportamiento de las mujeres menores de 35 años es notablemente diferente al de otras áreas urbanas o rurales debido entre otros factores a la mayor formación y socialización característica de la ciudad de México.

Las diferencias entre fecundidad urbana y rural pueden aumentar conforme las mujeres más jóvenes representen el patrón futuro de la fecundidad y hayan terminado su período reproducti



vo de todos los grupos de edad. (3)

#### DIFERENCIALES EN FECUNDIDAD POR NIVEL DE CONSUMO

Si se expresa el nivel de consumo en términos de ingreso per-cápita se encuentra generalmente una relación inversa entre los niveles de fecundidad y los niveles de consumo; esto trae repercusiones serias puesto que los niveles más bajos de consumo son los que tienen el mayor peso en la población de nuestro país, por lo que son los que determinan un nivel más alto de fecundidad. Este punto está directamente relacionado con los niveles educativos, las ocupaciones de bajo nivel, el lugar de nacimiento y el grado de tradicionalismo. En los resultados del censo de 1970 se observa una disminución en el número de hijos en las familias de ingresos medios y altos. (4)

#### DIFERENCIALES EN FECUNDIDAD POR PERIODO DE LACTANCIA

El amamantamiento influye en el aumento del período de infertilidad postpartum; por esta razón, es posible que empíricamente algunas mujeres se hayan dado cuenta de ello, por lo que gracias al amamantamiento prolongan su período de amenorrea (desaparición temporal de la menstruación), aumentando deliberadamente el período de lactancia, considerándola como una práctica anticonceptiva natural.

Puede apreciarse que a medida que el número de hijos nacidos vivos por mujer aumenta, lo hace también el período de lactancia; mientras las mujeres con dos hijos nacidos vivos amamantaron al penúltimo durante un promedio de 6.8 meses, aquellas con 5 hijos o más lo hicieron por 11 meses.

En total las mujeres sin ningún año de escolaridad amantaron a su penúltimo hijo durante 13.4 meses contra las mujeres con preparatoria o más con sólo 3.8 meses.

En las regiones con condiciones de vida deprimentes se presentan los más amplios períodos de lactancia (Golfo y Pacífico), mientras que en las regiones con mejores condiciones de vida, se registran menores períodos medios de lactancia. Los más amplios períodos de lactancia corresponden así a las mujeres menos favorecidas desde el punto de vista socioeconómico; estas mujeres son las que residen en las áreas rurales, es decir, medios en los que los niveles de escolaridad son bajos y su socialización se produce en ambientes carentes de medios que estimulen el progreso de la población. (5)

Es importante subrayar que el efecto de la lactancia sobre la prolongación de la amenorrea disminuye a medida que el período de lactancia aumenta. Esto se debe a que se convierte en una práctica complementaria de otro tipo de alimentación. (6)

La duración media del período de lactancia en el último intervalo cerrado es de 9.7 meses, observándose un incremento en la amplitud de este intervalo a medida que el número de hijos nacidos vivos también aumenta. El efecto que tiene la lactancia sobre la amplitud del último intervalo cerrado parece de esta forma evidente, aunque como se dijo anteriormente el efecto disminuye a medida que el período de lactancia aumenta. (7)

#### DIFERENCIALES EN FECUNDIDAD POR NIVEL DE INSTRUCCION

El nivel de instrucción guarda una relación inversa con el número de hijos, se ha visto que las mujeres sin instrucc

ción han tenido un mayor número de hijos en relación con las mujeres que tienen estudios primarios incompletos; éstas a su vez tienen más hijos que aquellas cuya educación primaria fue terminada (el diferencial se aproxima a más o menos un hijo según haya o no terminado los estudios primarios). Se observa a partir de la terminación de los estudios primarios un comportamiento reproductivo orientado a un menor número de hijos; el número de hijos se reduce un poco más para aquellas mujeres que terminaron bachillerato o estudios universitarios.

Las mujeres universitarias cuya edad es de 35 años o más, tienen en promedio alrededor de 3 hijos, este nivel es muy parecido al que alcanzan las mujeres con secundaria o preparatoria; sin embargo, antes de los 35 años las universitarias tienden a tener un número medio de hijos inferior. (8)

Por ser la educación un factor tan importante dentro de los diferenciales en fecundidad se hace conveniente ahondar un poco más en ella por lo que antes de continuar daré una reseña breve de la educación.

Los niveles de alfabetismo entre la población mayor de 6 años han aumentado considerablemente de 1900 a 1970 pasando de 22.5% a 71.7%. El alfabetismo femenino aumentó de 1940 a 1970 de 42% a 69.2%, mientras que el alfabetismo masculino aumentó para esos mismos años de 48% a 74.2%, como se vé, la diferencia por sexos entre los porcentajes se ha venido reduciendo. Los grupos femeninos de edad más joven tienen un mayor nivel de escolaridad, la diferencia de porcentajes de mujeres que no han asistido a la escuela son notables entre la generación de 20-24 años y 45-49 años. Según la Encuesta Mexicana de fecundidad son favorecidas con más años de instrucción las generaciones más jóvenes; sin embargo, la proporción de mujeres sin primaria completa todavía es elevada aún entre las más jóvenes.

En lo que respecta a la población que alcanza un cierto grado de escolaridad se tiene que mientras en 1930 el 29.5% alcanzó educación primaria en 1970 el 59.2% se matriculó; en la educación media se nota un incremento también de 3.8% en 1950 a un 17.7% en 1970 y en la educación superior de 1.1% en 1950 a un 2.5% en 1970.

Por otra parte, de 1940 a 1970 el número de escuelas primarias se incrementó en un 123% mientras que la población inscrita creció en un 23%; sin embargo, la población entre 6 y 14 años considerada como la que demanda educación primaria creció en un 258% con lo que la brecha entre la población inscrita y la demandante aún es significativa. (9)

En la EMF se observó el promedio estandarizado de hijos según el nivel de instrucción mostrando los siguientes resultados: las mujeres sin ningún año de instrucción tenían en promedio 5.1 hijos; este promedio bajó a 3.4 en las mujeres con primaria completa y a 2.1 en las mujeres con secundaria completa, llegando a 1.8 hijos para las mujeres con estudios preparatorios o superiores. Lo anterior fue independiente del estrato de edad de las mujeres entrevistadas.

Las tasas de fecundidad en 1979 fueron 3 veces mayores en las mujeres sin escolaridad en comparación con las que tenían estudios preparatorios.

Un factor importante del nivel de instrucción es que está directamente relacionado con el deseo de no tener más hijos; el nivel de instrucción influye en el conocimiento de los anticonceptivos, según la EMF mientras casi el 100% de las mujeres con educación secundaria o superior conocían o habían oído hablar de métodos anticonceptivos, el 75% de las mujeres sin educación tenían alguna idea acerca de los mismos.

Por otra parte, la edad promedio para llevar a cabo la primera unión es menor en las mujeres sin instrucción for-

mal que en aquellas que tienen educación superior, siendo la diferencia según la EMF de hasta 4 años y medio.

Es conveniente notar que el mayor nivel de instrucción está relacionado con la mayor proporción de mujeres solteras (en cierta manera ocasionada por el rejuvenecimiento de la estructura etaria de la población mexicana en el presente siglo), el lugar de nacimiento, la ocupación del cónyuge, el consumo per-cá-pita dentro del núcleo familiar, el menor grado de tradiciona-lismo y en general la posición dentro de la estructura social; el grado de instrucción a pesar de no estar relacionado con el hecho de que las mujeres asistan a servicios religiosos o realicen o no una actividad económica, sí está directamente relacionado con el nivel de ingreso. (10)

El programa educativo nacional, sabiendo la importan-cia que en él radica, intenta la integración cultural de la po-blación indígena, extender el alfabetismo a la población adulta, proporcionar el ciclo de enseñanza primaria a toda la población menor de 15 años y la expansión de las escuelas de nivel medio y superior para proveer personal calificado que contribuya al progreso socioeconómico de la nación; un problema ante el que se enfrentan estas metas consiste en que la mayor parte de la población en México es gente de escasos recursos para la que ir a la escuela significa retirarse del trabajo productivo neces-ario para subsistir, por lo que se necesita contrarrestar prime-ro el problema del hambre para lograr que el aprendizaje provo-que interés. La educación como algo nuevo para esa gente se re-quiére adaptar voluntariamente, por lo que se espera que la asi-milación sea lenta. (11)

#### DIFERENCIALES EN FECUNDIDAD POR RELIGIOSIDAD

Con base en la encuesta realizada en la ciudad de Méxi-co en 1964, se tiene que entre las mujeres asistentes y no asis-

centes a servicios religiosos, las segundas tienen en promedio menos hijos, sin embargo, la proporción de las no asistentes carece de importancia por ser muy limitada con respecto al grueso de las mujeres en edad fecunda de nuestro país.

Ahora bien, de las mujeres asistentes a servicios religiosos tienen en promedio menos hijos las que asisten con mayor frecuencia aunque las diferencias son pequeñas. Esto parece extraño debido a la posición de la Iglesia frente al uso de métodos anticonceptivos y/o limitación del tamaño de la familia, por lo que se toman como factores independientes o de muy poco peso el grado de religiosidad en relación con el número de hijos. (12)

#### DIFERENCIALES EN FECUNDIDAD POR EDAD

Los cambios en fecundidad de 1930 a 1970 referentes al número de hijos promedio que tienen las mujeres de determinado grupo de edad comprendido entre los 15 y los 49 años han sido mínimos pues han tenido un carácter compensatorio ya que mientras los grupos 15-24 años disminuyeron sus niveles de fecundidad, los grupos 35-49 años lo aumentaron (los grupos 25-35 años no afectaron pues tuvieron un comportamiento de fecundidad más o menos constante. Es conveniente mencionar que según la EMF este grupo fue el que contó con una mayor proporción de usuarias de métodos anticonceptivos). Para profundizar en el fenómeno de los niveles de fecundidad por edades se calculan las tasas específicas de fecundidad (número de nacidos vivos durante el año por cada mujer de 15 a 49 años desglosada por edades quinquenales), el comportamiento de cada grupo de edad también varía de acuerdo al grado de escolaridad, el lugar de residencia (urbano rural) y la ocupación e ingresos entre otros por lo que tener conocimiento del grado de incidencia de ellos es vital para entender la dinámica demográfica de nuestro país.

En el período entre 1938-40 y 1966-68 los cambios en la fecundidad por edades seguían un comportamiento más o menos definido en relación al número de nacimientos por cada mil mujeres de cada grupo quinquenal. Así se tiene para ese período que el grupo 15-19 pasó de 122.5 a 96.3 nacimientos por cada mil mujeres de ese grupo, el grupo 20-24 pasó de 317.6 a 301.0 (como se observa, los grupos 15-19 y 20-24 sufrieron un leve descenso), el grupo 25-29 años sostuvo su nivel de fecundidad, el grupo 30-34 años incrementó su nivel con algunas oscilaciones, el grupo 35-39 años sufrió importantes aumentos y el grupo 40-49 años se incrementó levemente ( los incrementos sufridos por los grupos 35-49 años fueron parte causados por el descenso de la mortalidad). ( 13)

Por otro lado, la Dirección General de Estadística publicó los datos referentes a 1974 señalando que mientras las mujeres entre 10 y 15 años tenían una tasa de fecundidad de 7 hijos por cada mil mujeres de ese grupo de edad, la tasa para el grupo 15-20 años era de 122 por cada mil mujeres; en los grupos 10-20 años el riesgo por prematuridad del producto es bastante elevado. De los 20 a los 30 años la tasa fue altísima: una de cada 3 mujeres de ese grupo dió a luz anualmente. Entre los 30 y los 40 años el patrón reproductivo descendió, pues una de cada 4 ó 5 mujeres dió a luz anualmente, las mujeres mayores de 40 años dieron a luz a razón de una de cada 20 mujeres, a pesar del riesgo de prematuridad y trastornos del producto. ( 14)

De acuerdo a la EMF, para el período 1973-75 por cada mil mujeres entre 15 y 19 años nacieron 104.7 niños anualmente en promedio, aumentando a 290.2 para el grupo 20-24 años, llegando a ser de 301.5 hijos en promedio para el grupo 25-29 años; para el grupo 30-34 años fue de 256.2, para el grupo 35-39 fue de 178.4, para el grupo 40-44 fue de 83.3 y, por último, para el grupo 45-49 años fue de sólo 16 hijos en promedio.

Se observa que las tasas específicas aumentan conforme se incrementa la edad de las mujeres, alcanzando el máximo entre los 25 y los 29 años, descendiendo en los grupos quinquenales siguientes. (15)

Según la Encuesta Mexicana de Fecundidad el 57.1% de las mujeres "fértil<sup>es</sup>" actualmente unidas no desea más hijos. A medida que aumenta la edad y el número de hijos actualmente vivos, el porcentaje de mujeres que no desea tener más hijos también se incrementa. Del grupo de 15-19 años de edad, el porcentaje de las que no quieren tener hijos y no tienen nacidos vivos o tienen únicamente uno es bastante más elevado que el de las mujeres de 20-29 años (10.5% contra 7.3% en el caso de no haber tenido antes hijos y 11.5 y 9.2 en el caso de tener un hijo, esta comparación es con el grupo 15-19 contra el grupo 25-29).

Esto puede deberse a las perspectivas que tienen sobre la estabilidad de su unión, la experiencia sufrida en el embarazo actual o el deseo de no quedar embarazada en el futuro inmediato, ya que todos estos factores inciden en el deseo de no tener más hijos. (16)

Las disminuciones de las tasas de fecundidad de los grupos más jóvenes (15-24 años) sí mantienen su patrón actual de fecundidad (que es menor que el de las mujeres de generaciones anteriores) pueden anunciar un cambio en la descendencia final de esas generaciones (puesto que se espera que cuando lleguen a las edades de mayor fecundidad presenten disminuciones en la misma) o un desplazamiento de la procreación dentro del período reproductivo de la mujer. (17)

Otro factor importante de señalar en este apartado es que el aumento de la edad de la mujer a la primera unión ha provocado un desplazamiento de la fecundidad hacia edades superiores.



En 1940 la edad media al matrimonio era de 21.7 años, en 1950 era de 22 años, en 1969 ascendió a 22.5 años y en 1967 a 23.1 años.

La proporción de mujeres casadas antes de los 20 años ha disminuido de 53.5% en 1940 a 50.7% en 1950, llegando a - 47.9% en 1960 para alcanzar en 1967 el 43.6%. (18)

Sin embargo, en la EMF se destaca aún la precocidad de las primeras uniones, pues en cada generación (las entrevistadas fluctuaban entre 15 y 49 años), por lo menos el 40% se unió antes de los 18 años y un poco más del 85% lo hizo antes de los 20 años. (19)

Ahora bien, puede concluirse que el inicio de la primera unión se realiza a edades muy tempranas y que se advierte una tendencia hacia la elevación en la edad media a la primera unión que puede acelerarse a través de la permanencia de la mujer en el sistema educativo y de una mayor participación de la mujer en la actividad económica. (20)

Por otro lado, la edad a la que se contrae la primera unión es un elemento que influye en la duración de la misma. Según la EMF las mujeres que se unieron antes de los 20 años son las que tienen una proporción mayor de uniones disueltas, mientras las que se unieron por primera vez después de los 20 años sólo un 12.1% se disolvieron.

El divorcio es una causa de disolución que se presenta casi con la misma intensidad entre las que se unieron antes y después de los 20 años. Se observa que la mayoría de las separaciones se producen en los primeros 15 años de unión, y que más de la mitad de las mismas suceden en los primeros 5 años de unión. (21)

El nivel de instrucción tiene que ver con la estabilidad de las uniones, ya que mientras sólo un 12.9% de las uniones de mujeres con secundaria completa se disolvió, un 18.4% de las mujeres sin instrucción disolvió sus uniones. Sin embargo, a los niveles extremos de instrucción corresponden los porcentajes más altos de mujeres cuya primera unión ha sido disuelta.

(22)

El aumento en la edad a la primera unión se infiere del incremento de los porcentajes de mujeres solteras de 15 a 19 años de las generaciones 1931-35, 1941-45 y 1951-55 observado en los años 1950, 1960 y 1970 que son respectivamente 60.9%, 62.7% y 69.6%. (23)

#### DIFERENCIALES EN FECUNDIDAD POR ESTADO CIVIL

Las mujeres convivientes tienen más hijos que las divorciadas, que a su vez tienen menos hijos que las viudas y las separadas; esto se debe en parte a que la duración de la unión varía de acuerdo al estado civil. Las solteras tienen en general pocos hijos, pero las que los han tenido como resultado de uniones ocasionales llegan a tener en promedio 1.3 hijos.

Otros factores que inciden en un mayor número de hijos para las mujeres convivientes comparadas con el resto de las mujeres son: un menor nivel educativo, el ser más tradicionalistas, haber nacido en áreas rurales, tener un menor ingreso o que los cónyuges realicen algún tipo de actividad manual.

(24)

#### DIFERENCIALES EN FECUNDIDAD POR OCUPACION DEL CONYUGE

Se ha observado que el promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres casadas o convivientes desciende conforme se

incrementa la posición del cónyuge en la escala ocupacional. Por ejemplo, según la EMF las mujeres unidas con profesionistas, técnicos, funcionarios o propietarios tenían en promedio 3.2 hijos mientras que las unidas con agricultores, ejidatarios y ganaderos tenía 5.3 hijos y las unidas con obreros agrícolas tenían 5 hijos en promedio. (25)

#### DIFERENCIALES EN FECUNDIDAD POR OCUPACION DE LA MUJER

La mujer que trabaja tiene en promedio menos hijos que aquella que no trabaja, lo que puede ser debido también a que las mujeres que trabajan en su mayoría son solteras, jóvenes, separadas o divorciadas o en su defecto son convivientes cuyo cónyuge percibe bajos ingresos.

A su vez el promedio de hijos de las mujeres en edad fértil que trabajan es menor en aquellas que tienen una ocupación no manual aunque carezcan de instrucción.

La diferencia a nivel nacional entre el promedio de nacidos vivos de las mujeres activas y no activas según datos del censo de 1970 fue de 1.4 hijos; promedio que aumenta a 2.1 si el diferencial se establece al final de la época reproductiva.  
(

La media de hijos en las mujeres económicamente activas fue de 4.6 hijos mientras que en las inactivas fue de 7.  
(26)

#### DIFERENCIALES EN FECUNDIDAD POR EL DESEO DE NO TENER MAS HIJOS

El deseo de no tener más hijos está relacionado con la

edad y con el número de hijos actualmente vivos de cada mujer; el uso de anticonceptivos y/o abortos provocados (que según opinan numerosos médicos deben ser bastantes e impiden conocer la historia reproductiva de la mujer con veracidad, por no ser declarados) depende del nivel socioeconómico (escolaridad, nivel de vida, desarrollo regional del lugar de residencia entre otros).

Por otra parte el mayor porcentaje de mujeres que conocen y que alguna vez han usado algún método anticonceptivo se encuentran en las localidades de 20000 y más habitantes, en la región noroeste y su nivel de instrucción es más elevado.

El deseo de no tener más hijos es más fuerte en aquellas mujeres que han trabajado después de unirse y menor en aquellas que nunca han trabajado.

Según la EMF del total de mujeres fértiles el 57.1% no deseaba tener más hijos; el 9.8% de las mujeres sin hijos no deseaban tenerlos y el 42.4% de las mujeres que tenían 2 no deseaban más familia. Esta encuesta también muestra que casi cuatro de cada 10 mujeres fértiles usan algún método anticonceptivo, de las 6 restantes, 5 nunca han usado y de éstas más de la mitad no piensan usarlo en el futuro. (27)

El deseo de no tener más hijos varía también de acuerdo al sexo de los hijos sobrevivientes por mujer, el mayor porcentaje de las mujeres que no deseaban más hijos según la EMF se encuentra en aquellas que tienen hijos varones o han conseguido un par de hijos de diferente sexo; además, en relación al deseo de no tener más hijos como ya se dijo está la práctica de métodos anticonceptivos que según la EMF el 45% de las entrevistadas declaró haberlos usado alguna vez, por lo general el uso de esas prácticas es mayor en las mujeres con 2 ó 3 hijos (más del 50%) que entre las mujeres sin hijos nacidos vivos (19%). La información sobre demanda de anticonceptivos permitió observar que la institución a la que la mayoría de

las mujeres entrevistadas recurrió en los últimos 12 meses fue a la S.S.A. (28)

#### DIFERENCIALES EN FECUNDIDAD DEBIDOS AL DESCENSO DE LA MORTALIDAD

En los países en desarrollo, el descenso de la mortalidad generalmente ha estado vinculado a niveles elevados y constantes de fecundidad. En México este hecho ha llegado a provocar aumentos en los niveles de fecundidad. A partir de 1930, debido a que una mayor proporción de mujeres sobreviven a su período reproductivo gracias al avance de la ciencia e inscripción de las técnicas de salud e higiene, la incidencia de la viudez es menor, un mayor número de niños sobreviven hasta alcanzar la edad al matrimonio, hay un número menor de nacidos muertos y una cantidad más reducida de abortos naturales consecuencia ambos del mejoramiento de las condiciones de salud, etc.

El crecimiento provocado por la incidencia de los eventos anteriores puede ser compensado en cierta medida por los períodos más largos de infecundidad después del parto debidos a la mayor sobrevivencia de los lactantes, lo que lleva también a un aumento de los intervalos entre un hijo y otro, una incidencia menor de embarazos debida a la conciencia de una mayor probabilidad de que el producto llegue a su término, lo que ocasiona que se forme un mayor número de adeptas a los anticonceptivos o a los abortos provocados (los que, además de ser peligrosos por no tener las condiciones de higiene necesarias, están prohibidos legalmente). (29)

Por otro lado, el descenso de la mortalidad dado con mayor fuerza en el grupo 0-4 años de edad de la población total, que en el grupo femenino 15-49 años de edad provocó un au-

mento de la relación "niños-mujer" pues pasó de 684 niños por cada mil mujeres del grupo 15-49 años en 1930 a 855 en 1960 y a 859 en 1970; de 1960 a la fecha el efecto diferencial de la mortalidad ha sido menor en el grupo 0-4 años, lo que aunado a la disminución de la mortalidad en las edades fecundas femeninas ha tendido a mantener constante aunque a niveles muy elevados la relación "niños-mujer". (30)

Así por todo lo visto en este capítulo acerca de la evolución de la fecundidad en México existe el consenso entre los demógrafos de que ha ocurrido una disminución en los niveles de fecundidad debidos al aumento de la edad a la primera unión, a la menor fecundidad en las edades jóvenes, a la mayor integración de la mujer a la actividad económica, unido todo esto a la acción conjunta de un nivel de instrucción más extendido, mayores niveles de consumo, etc.; sin embargo, no ha sido posible cuantificar la magnitud de la disminución debido a los problemas mencionados en la información; además, el conocimiento de nuevos datos y nuevos planes y programas del gobierno federal con relación a la población ocasionan que se esperen descensos aún más notorios en la fecundidad; incluso se ha llegado a suponer un descenso en la tasa de fecundidad a niveles de reemplazo para el año 2000. De esta manera la reducción de la tasa de fecundidad y por ende de la tasa de crecimiento son indicadores de que estamos entrando a una nueva etapa demográfica. (31)

PORCENTAJE DE MUJERES "FERTILES" ACTUALMENTE UNIDAS QUE NO DESEAN  
 MAS HIJOS, SEGUN NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS Y ALGUNAS  
 VARIABLES SOCIOECONOMICAS

VARIABLE	HIJOS ACTUALMENTE VIVOS							TOTAL ESTAN- DARIZA- DO.
	0	1	2	3	4	5 y más	TOTAL	
el de escolaridad								
ningún año	10.0	13.8	45.0	48.5	60.3	81.1	64.4	54.9
primaria incompleta	14.1	12.6	36.9	50.3	67.1	84.1	60.0	55.9
primaria completa	8.7	7.4	36.9	53.0	74.4	88.1	49.8	60.7
secundaria o prevocacional- incompleta	4.5	7.7	48.4	60.0	80.8	84.7	51.8	60.3
secundaria o prevocacional- completa	4.8	8.3	56.4	68.3	88.9	94.9	49.6	68.1
preparatoria y más	6.5	5.4	31.5	65.5	87.5	100.0	40.5	67.9
año de la localidad de re- sidencia								
menos de 2 500 habitantes	9.3	10.5	35.6	46.5	61.3	78.7	54.9	51.8
de 2 500 a 19 999	(5.3)	12.3	29.1	50.9	67.4	84.0	55.7	54.3
de 20 000 a 499 999	8.0	9.9	41.4	56.8	74.6	86.9	57.5	59.0
de 500 000 y más	13.0	8.8	54.8	60.2	80.0	93.4	60.7	65.3
trón de trabajo								
trabaja y trabajó antes de unirse	9.1	7.7	51.1	57.3	71.2	83.6	53.3	72.3
trabaja, pero no trabajó an- tes de unirse	(28.6)	33.3	35.7	41.9	72.4	84.0	66.9	58.8
no trabaja, trabajó después- mente antes de unirse	7.7	8.2	45.9	69.0	80.8	86.8	62.6	62.1
no trabaja, trabajó después- mente pero no antes de unirse	(50.0)	(0.0)	53.6	(61.1)	(73.7)	89.9	71.2	63.4
sólo trabajo antes de unir- se	7.1	9.5	44.5	52.0	67.1	85.6	54.7	57.4
nunca trabajó	8.6	10.4	36.0	50.4	67.4	82.0	56.7	54.6
ocupación del marido								
Profesionales, técnicos, ad- ministradores y propieta- rios	10.0	7.3	51.2	62.8	78.1	91.8	54.1	63.6
Empleados administrativos	(18.8)	9.8	46.8	56.8	74.2	89.8	51.9	61.5
Comerciantes y vendedores	(0.0)	4.3	47.5	64.6	84.8	83.9	60.9	60.2
Agricultores, ejidatarios y ganaderos	(5.3)	9.3	32.3	44.4	56.5	77.5	61.3	49.7
Obreros agrícolas	10.3	13.6	36.5	45.5	66.1	80.2	52.8	43.0
Trabajadores en otros servi- cios (no domésticos)	16.0	9.8	46.3	59.1	71.8	89.4	60.6	61.2
Obreros especializados no - agrícolas	6.0	9.1	41.4	51.6	71.2	86.0	57.8	57.3
TOTAL	9.8	10.0	42.4	53.5	69.4	84.1	57.1	--

ENTE:  
 P. Encuesta Mexicana de Fecundidad, Vol. II Cuadros 3.1.3 A, 3.1.3 B, 3.1.3 D,  
 3.1.3 E, 3.1.3 F.

oblación estándar: mujeres "fértils" actualmento unidas que no desean más hijos se-  
 ún número de hijos actualmente vivos.

n: Las cantidades entre paréntesis significan menos de 20 casos.

REPUBLICA MEXICANA

ALFABETISMO						
1900 -- 1970						
POBLACION DE 6 AÑOS Y MAS*						
Años	Total		Saben leer y escribir		No saben leer y escribir	
	Número	%	Número	%	Número	%
1900	11 260	100.0	2 536	22.5	8 724	77.5
1910	12 627	100.0	3 271	26.1	9 256	73.9
1921	12 460	100.0	3 504	28.6	8 896	71.4
1930	13 642	100.0	4 787	35.3	8 755	64.7
1940	16 220	100.0	7 263	44.8	8 957	55.2
1950	21 038	100.0	11 708	55.9	9 272	44.1
1960	27 997	100.0	17 414	62.2	10 573	37.8
1970	39 370	100.0	27 514	71.7	10 856	28.3

FUENTE:

UNAM.El diagnóstico de...Idem. p.58

ESCOLARIDAD <sup>1</sup> POR NIVELES DE ENSEÑANZA			
1930 -- 1970			
Año	GRADO DE ESCOLARIDAD		
	Primaria <sup>2</sup>	Media <sup>3</sup>	Superior <sup>4</sup>
1930	29.6	nd	nd
1940	37.5	nd	nd
1950	39.3	3.8	1.1
1960	50.9	10.8	2.1
1970	59.2 <sup>b</sup>	17.7	2.5

<sup>1</sup> Porcentaje de la población inscrita por grupo de edad en relación con la población existente.

<sup>2</sup> Grupo de edad de 5 a 14 años.

<sup>3</sup> Grupo de edad de 13 a 18 años.

Grupo de edad de 19 a 24 años.

<sup>b</sup> Se consideró el grupo de edad de 6 a 14 años.

FUENTE:

UNAM.El diagnóstico de ...Idem. p.59



PORCENTAJE DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS, DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, QUE HAN USADO ALGUN -  
 METODO ANTICONCEPTIVO, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD. (REPUBLICA MEXICANA)

NIVEL DE ESCOLARIDAD	NINGUN AÑO	PRIMARIA INCOMPLETA	PRIMARIA COMPLETA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	PREPARATORIA Y MAS	TOTAL
PORCENTAJE-QUE HAN USADO ALGUN METODO.	20.2	40.1	61.2	76.2	79.9	80.4	45.2
	(1 403)	(2 903)	(896)	(349)	(442)	(261)	(6 254)

FUENTE:

S.P.P. Encuesta Mexicana de Fecundidad, Vol. II, cuadro 4.3.2 A

PORCENTAJE DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS, DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, QUE HAN USADO ALGUN -  
 METODO ANTICONCEPTIVO, POR TAMAÑO DE LOCALIDAD DE RESIDENCIA. (REPUBLICA MEXICANA)

TAMAÑO DE LA LOCALIDAD	MENOS DE 2 500	DE 2 500 A 19 999	DE 20 000 A 499 999	DE 500 000 Y MAS	TOTAL
PORCENTAJE-QUE HAN USADO ALGUN METODO.	24.2	40.4	62.6	64.5	45.2
	(2 605)	(560)	(1 373)	(1 727)	(6 255)

FUENTE:

S.P.P. Encuesta Mexicana de Fecundidad, Vol. II, cuadro 4.3.2 D

PORCENTAJE DE MUJERES "EXPUESTAS" QUE ESTAN USANDO ACTUALMENTE UN METODO ANTICONCEPTIVO,  
 INCLUYENDO ESTERILIZACION, POR NIVEL DE ESCOLARIDAD. (REPUBLICA MEXICANA)

NIVEL DE ESCOLARIDAD	NINGUN AÑO	PRIMARIA INCOMPLETA	PRIMARIA COMPLETA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	PREPARATORIA Y MAS	TOTAL
PORCENTAJE-DE USUARIAS	19.3	35.8	52.2	68.3	70.8	74.8	41.5
	(809)	(1 901)	(644)	(249)	(318)	(186)	(4 107)

FUENTE:

S.P.P. Encuesta Mexicana de Fecundidad, Vol. II, cuadro 4.4.5 A

PORCENTAJE DE MUJERES "EXPUESTAS" QUE ESTAN USANDO ACTUALMENTE UN METODO ANTICONCEPTIVO,  
 INCLUYENDO ESTERILIZACION, POR TAMAÑO DE LA LOCALIDAD DE RESIDENCIA. (REPUBLICA MEXICANA)

TAMAÑO DE LA LOCALIDAD.	MENOS DE 2 500	DE 2 500 A 19 999	DE 20 000 A 499 999	DE 500 000 Y MAS	TOTAL
PORCENTAJE-DE USUARIAS	20.0 (1 693)	34.0 (368)	59.3 (894)	61.8 (1 152)	41.5 (4 107)

FUENTE:

S.P.P. Encuesta Mexicana de Fecundidad, Vol. II, cuadro 4.4.5 D

**PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS POR MUJER  
SEGUN EDAD DE LA MADRE Y NIVEL DE ESCOLARIDAD.  
(REPUBLICA MEXICANA)**

EDAD	NIVEL DE ESCOLARIDAD					
	SIN ESTUDIOS	PRIMARIA INCOMPLETA	PRIMARIA COMPLETA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	PREPARATE Y MAS
20-24	2.1	1.8	1.2	0.9	0.7	0.3
25-29	4.2	3.0	2.3	2.1	1.5	1.3
30-34	5.9	5.1	3.8	3.0	2.6	1.6
35-39	7.0	5.5	4.9	4.3	3.3	3.3
40-44	7.5	7.0	5.0	4.9	3.4	3.3
45-49	7.3	7.2	6.3	4.5	2.8	3.2
PROMEDIO	6.0	4.9	2.8	2.7	1.7	1.3
PROMEDIO DE HIJOS DESEADOS POR MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS QUE NO HAN TENIDO HIJOS	4.1	3.4	3.1	3.4	2.9	2.5

**FUENTE:**  
CONAPO. México Demográfico...Idem. p.68

PORCENTAJE DE MUJERES "FERTILES" ACTUALMENTE UNIDAS QUE NO DESEAN MAS HIJOS\*, SEGUN EL NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS. (INCLUYE EL EMBARAZO ACTUAL) Y EDAD ACTUAL.

Grupos de Edad	Número de hijos actualmente vivos										Total	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 y más		
15 - 19	10.5	11.5	38.3	50.0	(100.0)	-	-	-	-	-	-	21.4
20 - 24	9.0	5.7	38.8	43.7	61.0	84.0	(100.0)	(100.0)	-	-	-	31.6
25 - 29	7.3	8.2	48.1	50.8	67.5	77.9	78.3	89.7	(85.7)	(66.7)	-	54.6
30 - 34	(6.7)	21.6	36.7	60.3	72.2	73.9	77.5	84.4	92.6	-	87.0	68.0
35 - 39	(44.4)	(16.7)	59.6	73.9	71.6	76.3	82.8	84.3	91.3	-	91.1	78.9
40 - 44	(33.3)	(50.0)	(42.1)	64.0	77.1	80.7	87.1	94.8	85.7	-	94.4	83.8
45 - 49	(25.0)	(50.0)	(60.0)	(84.6)	(84.2)	82.8	90.0	76.2	81.5	-	88.5	81.0
Total Mujeres	9.9 235	10.0 670	42.4 805	53.5 712	69.4 621	77.2 514	81.6 408	86.3 321	89.0 236	91.1 361	-	57.1 4883

\* Los números entre paréntesis incluyen menos de 20 casos en el denominador.

Fuente:

Volumen II de la Encuesta Mexicana de Fecundidad.

PORCENTAJE DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS QUE DECLARAN HABER  
USADO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO, SEGUN NUMERO DE HIJOS AC  
TUALMENTE VIVOS Y GRUPOS DE EDAD.

(REPUBLICA MEXICANA)

GRUPOS DE EDAD	NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS					
	0	1	2	3	4 y más	Total
15-24	20.2 (331)	43.0 (525)	47.9 (399)	42.3 (227)	37.6 (169)	39.0 (1 591)
25-34	23.3 (120)	52.8 (197)	70.1 (361)	60.0 (408)	52.5 (1 343)	55.2 (2 249)
35-44	10.5 (57)	15.8 (76)	48.9 (131)	51.7 (151)	46.1 (1 360)	44.3 (1 765)
45-49	9.4 (32)	19.4 (36)	25.0 (40)	27.1 (48)	30.0 (494)	27.8 (650)
TOTAL	19.3 (540)	41.8 (834)	55.6 (931)	51.8 (834)	45.6 (3 116)	45.2 (6 255)

FUENTE:

S.P.P. Encuesta Mexicana de Fecundidad, Vol. II, cuadro 4.3.2 A

PORCENTAJE DE MUJERES QUE TRABAJAN SEGUN SU ESTADO  
CONYUGAL, POR GRUPOS DE EDAD  
(MUJERES DE 20 A 49 AÑOS)

Grupos de edad (años)	Estado conyugal		
	Solteras	Casadas o unidas	Matrimonio o unión Desecha
20 - 24	53.7 (587)*	11.8 (1 032)	60.2 (88)
25 - 29	56.3 (213)	15.6 (1 133)	65.2 (69)
30 - 34	66.3 (101)	17.9 (964)	72.3 (83)
35 - 39	60.3 (58)	22.2 (882)	64.6 (113)
40 - 44	56.0 (50)	18.8 (666)	58.7 (104)
45 - 49	59.4 (32)	21.1 (527)	44.7 (123)
Total	56.1 (1 041)	17.4 (5 204)	59.8 (580)

\*Los números entre paréntesis indican el total de mujeres en cada grupo de edad, es decir, la base del porcentaje.

FUENTE:

ENF, Volumen II, Cuadro 2.5.1 E.

PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS DE LAS MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS,  
SEGUN LA ULTIMA OCUPACION DEL MARIDO Y GRUPOS DE EDAD.

Grupos de edad (años)	Ocupación del marido						
	Profesionales, técnicos, funcionarios y propietarios	Personal administrativo	Comerciantes y vendedores	Agricultores, ejidatarios y ganaderos	Obreros Agrícolas	Trabajadores en servicios no domésticos	Obreros especializados no agrícolas.
15 - 19	0.8	0.9	1.1	1.2	1.0	0.8	1.1
20 - 24	1.4	1.4	1.9	2.6	2.2	2.0	2.0
25 - 29	2.2	2.5	2.8	4.4	3.9	3.5	3.5
30 - 34	3.2	3.5	4.7	5.6	5.7	4.7	5.3
35 - 39	4.7	5.3	5.1	7.6	7.2	5.7	6.2
40 - 44	5.4	5.3	6.6	7.8	7.4	6.5	7.2
45 - 49	5.2	6.8	6.5	8.0	7.5	6.1	7.3
Promedio Total	3.2 (693)	3.4 (797)	4.4 (425)	6.1 (3 060)	4.6 (1 296)	4.2 (746)	4.5 (1 579)
Promedio Estándarizado*	3.2	4.3	4.2	5.3	5.0	4.2	4.6

FUENTE:

SPP, Encuesta Mexicana de Fecundidad, Vol. II, Cuadro 2.5.1 D

\*Población estándar: total de mujeres alguna vez unidas.

**PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS SEGUN ESTADO CONYUGAL  
Y GRUPOS DE EDAD.**

Grupos de edad (años)	Actualmente unidas		Alguna vez unidas		Solteras*	
	Encuesta	Censo	Encuesta	Censo	Encuesta	Censo
15 - 19	1.0	1.0	1.0	1.0	-	-
20 - 24	2.0	2.2	2.0	2.2	0.1	0.1
25 - 29	2.5	3.7	2.4	3.7	0.2	0.3
30 - 34	5.1	5.1	5.0	5.0	0.4	0.5
35 - 39	6.6	6.3	6.3	6.2	0.4	0.7
40 - 44	7.3	6.9	7.0	6.7	0.2	0.8
45 - 49	7.3	7.0	7.1	6.8	0.5	0.9
Total	4.6 (5 640)	4.6 (6 679 723)	4.5 (6 255)	4.5 (7 233 994)	0.2 (1 041)	0.3 (1 465 339)
Total Estandarizado**	4.6	4.6	4.5	4.5	0.2	0.3

\* El promedio total excluye a las solteras de 15-19 años

\*\* La población estándar es la población censal según cada uno de los Edo. conyugales.

Fuentes: Volumen II de la Encuesta Mexicana de Fecundidad

Censo 1970.



PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS ALGUNA VEZ UNIDAS, SEGUN EDAD A LA PRIMERA UNION Y TAMAÑO DE LA LOCALIDAD DE RESIDENCIA Y ESCOLARIDAD.

VARIABLE	Edad a la primera unión (años)						
	Menos de 15	15-17	18-19	20-21	22-24	25-29	30 y más
Tamaño de la localidad de residencia							
Menos de 2 500 habitantes	5.5	5.3	5.1	4.9	4.2	3.9	3.3
2 500 a 19 999	6.4	5.0	4.7	3.6	3.2	3.9	2.2
20 000 a 499 999	5.8	4.9	4.0	3.6	3.5	2.7	1.7
500 000 y más	5.6	4.7	4.0	3.7	2.9	2.4	2.1
Nivel de escolaridad							
Ningún año	6.4	6.2	6.4	5.4	4.6	4.5	3.7
Primaria incompleta	5.4	5.3	4.7	4.8	4.2	3.6	2.6
Primaria completa	3.7	3.6	3.4	3.6	2.8	2.4	1.2
Secundaria incompleta	2.9	3.1	3.5	3.1	3.4	2.5	-
Secundaria completa		2.3	2.5	2.4	2.2	2.2	1.9
Preparatoria y más		3.2	2.4	2.1	1.9	1.7	0.9

Encuesta Mexicana de Fecundidad, Vol. II, cuadros 2.2.6A, 2.2.6C

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES DE 25 Y MAS AÑOS DE EDAD, UNIDAS.  
ANTES DE LOS 25 AÑOS SEGUN EDAD A LA PRIMERA UNION Y EDAD ACTUAL**

GRUPOS DE EDAD (AÑOS)	Edad a la primera unión (años)					Edad media	Edad mediana
	Menos de 17	16 - 19	20 - 21	22 - 24	Total		
25 - 29	41.6	24.6	17.8	16.0	100.0 1,134	18.6	19.2
30 - 34	46.5	20.9	15.3	15.3	100.0 933	18.4	18.7
35 - 39	48.7	21.9	16.8	12.6	100.0 869	18.3	18.6
40 - 44	50.3	22.9	13.2	13.6	100.0 669	18.2	-
45 - 49	47.9	18.2	18.4	15.5	100.0 561	18.4	18.7
TOTAL	46.9	22.0	16.4	14.7	100.0 4 166	18.4	18.8

FUENTE:  
EMF, Volumen II, Cuadro 1.1.1

PORCENTAJE DE MUJERES EXPUESTAS QUE DESEAN OTRO HIJO Y TIENEN PREFERENCIA POR EL SEXO DEL PROXIMO HIJO, SEGUN NUMERO Y SEXO DE LOS HIJOS ACTUALMENTE VIVOS

(REPUBLICA MEXICANA)

Número y sexo de los hijos actualmente vivos		Preferencia de sexo			
		Porcentaje que prefiere hombre	Porcentaje que prefiere mujer	porcentaje sin preferencia	Total
0		31.9	15.7	52.4	100.0 (210)
1	Hombre	10.2	66.4	23.4	100.0 (226)
	Mujer	72.4	7.0	20.6	100.0 (214)
2	2 nombres	6.4	81.8	11.8	100.0 (110)
	Hombre y mujer	33.7	18.1	48.2	100.0 (199)
	2 mujeres	72.3	4.3	23.4	100.0 (94)
3	3 hombres	2.6	86.8	11.6	100.0 (38)
	2 hombres y 1 mujer	14.1	60.9	25.0	100.0 (92)
	1 hombre y 2 mujeres	67.5	6.8	25.7	100.0 (117)
	3 mujeres	71.4	8.6	20.0	100.0 (85)
4	4 hombres	7.7	69.2	23.1	100.0 (13)
	3 hombres y 1 mujer	7.5	55.0	37.5	100.0 (40)
	2 hombres y 2 mujeres	38.0	12.0	50.0	100.0 (50)
	1 hombre y 3 mujeres	75.0	3.8	20.2	100.0 (52)
	4 mujeres	91.7	8.3	99.0	100.0 (12)
5	4 hombres y 1 mujer	23.1	53.8	26.9	100.0 (13)
	3 hombres y 2 mujeres	27.6	24.1	48.3	100.0 (29)
	2 hombres y 3 mujeres	54.2	6.3	39.5	100.0 (46)
	1 hombre y 4 mujeres	75.0	0.0	25.0	100.0 (12)

FUENTE:

S.P.P. Encuesta Mexicana de Fecundidad, Vol. II, cuadros 3.4.3 A y 3.4.3 B

PROMEDIO DEL NUMERO TOTAL DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS Y  
DE HIJOS DESEADOS POR LAS MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS Y  
ACTUALMENTE UNIDAS, SEGUN GRUPOS DE EDAD.

(REPUBLICA MEXICANA)

Grupos de edad (años)	Alguna vez unidas		Actualmente unidas	
	Hijos actual <u>mente</u> vivos	Hijos deseados	Hijos actual <u>mente</u> vivos	Hijos deseados
15 - 19	0.9	3.7	0.9	3.8
20 - 24	1.8	3.6	1.8	3.7
25 - 29	3.1	4.1	3.1	4.2
30 - 34	4.4	4.5	4.5	4.6
35 - 39	5.6	4.9	5.8	5.0
40 - 44	6.0	5.2	6.2	5.3
45 - 49	5.8	5.4	6.1	5.5
TOTAL	4.0 (6 255)	4.4 (6 111)	4.0 (5 640)	4.5 (5 511)

FUENTE:

S.P.P. Encuesta Mexicana de Fecundidad, Vol. II, cuadros 2.3.1A, 2.3.1B, 3.3.1 A y 3.3.1B

PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS ALGUNA VEZ UNIDAS, SEGUN EDAD A LA PRIMERA UNION Y TAMAÑO DE LA LOCALIDAD DE RESIDENCIA Y ESCOLARIDAD.

VARIABLE	Edad a la primera unión (años)						
	Menos de 15	15-17	18-19	20-21	22-24	25-29	30 y más
Tamaño de la localidad de residencia							
Menos de 2 500 habitantes	5.5	5.3	5.1	4.9	4.2	3.9	3.3
De 2 500 a 19 999	6.4	5.0	4.7	3.6	3.2	3.9	2.2
De 20 000 a 499 999	5.8	4.9	4.0	3.6	3.5	2.7	1.7
De 500 000 y más	5.6	4.7	4.0	3.7	2.9	2.4	2.1
Nivel de escolaridad							
Ningún año	6.4	6.2	6.4	5.4	4.6	4.5	3.7
Primaria incompleta	5.4	5.3	4.7	4.8	4.2	3.6	2.6
Primaria completa	3.7	3.6	3.4	3.6	2.8	2.4	1.2
Secundaria incompleta	2.9	3.1	3.5	3.1	3.4	2.5	-
Secundaria completa		2.3	2.5	2.4	2.2	2.2	1.9
Preparatoria y más		3.2	2.4	2.1	1.9	1.7	0.9

TE:

P. Encuesta Mexicana de Fecundidad, Vol. II, cuadros 2.2.6A, 2.2.6C

PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS DEL TOTAL DE MUJERES DE 20 A 49 AÑOS, SEGUN TAMAÑO DE LA LOCALIDAD DE RESIDENCIA Y GRUPOS DE EDAD

Grupos de edad (años)	Tamaño de la localidad			
	Menos de 2 500 hab.	De 2 500 a 19 999 hab.	De 20 000 a 499 999 hab.	De 500 000 y más
20 - 24	1.8 (596)	1.4 (171)	1.1 (413)	1.0 (527)
25 - 29	3.5 (326)	3.3 (120)	2.5 (326)	2.4 (443)
30 - 34	5.2 (429)	5.5 (103)	4.2 (256)	3.8 (360)
35 - 39	6.9 (454)	7.2 (82)	5.4 (247)	4.6 (270)
40 - 44	7.6 (328)	7.0 (72)	5.8 (188)	5.8 (232)
45 - 49	7.7 (287)	7.2 (45)	6.1 (149)	5.8 (201)
Procedio total	5.0 (2 620)	4.4 (593)	3.6 (1 579)	3.3 (2 033)
Procedio Estandarizado*	4.8	4.6	3.6	3.4

\*Población estándar: total de mujeres de 20 a 49 años.

FUENTE:

EMF, Volumen II, Cuadro 2.5.1 C.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de la población de México.- El Colegio de México.- México, D. F., 1981.- pp. 75, 76.
- (2) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem.- p. 65.  
Encuesta Mexicana de Fecundidad.- 1er. Informe Nacional.- Vol. I, 1979.- pp. 117, 118.
- (3) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem.- pp. 63-65.  
Tendencias de la mortalidad y perspectivas futuras.- Tomado de la Conferencia Mundial de Población de Bucarest, 1974.- Crónica de la OMS, 1974, 28, 584-595.- p. 15.  
S.P.P.- Características de la fecundidad en México.- pp. 22, 23, 27, 28, 32, 33.  
S.P.P.- Imágenes de los censos de población y vivienda.- pp. 57, 67.  
Alba, Francisco.- La población de México. Evolución y dilemas.- Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- México, 1979.- pp. 36, 40, 41.
- (4) Alba, Francisco.- La población de México.- Idem.- p. 44.
- (5) S.P.P.- Encuesta Mexicana de Fecundidad .- 1er. Informe Nacional.- Vol. I, 1979.- p. 197.
- (6) S.P.P.- Encuesta Mexicana de Fecundidad.- Idem.- p. 198.
- (7) S.P.P.- Encuesta Mexicana de Fecundidad.- Idem. p p. 223.
- (8) Alba, Francisco.- La población de México...idem.- pp. 42, 43.  
Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem.- p. 77.

- (9) Facultad de Medicina.- Diagnóstico de la salud de México.- Publicaciones Técnicas de Medicina Preventiva y Social I.- UNAM, pp. 58, 59.
- S.P.P.- Encuesta Mexicana de Fecundidad.- Idem.- pp. 31, 104.
- (10) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de ...idem.- pp. XXI, XXVIII, 77, 78.
- Facultad de Medicina.- Hacia un nuevo sistema de salud.- UNAM.- p. 38.
- S.P.P.- Características de la fecundidad en México.- pp. 22-33.
- (11) Barth, Helen A.- México; su problema demográfico.- Sociedad Mexicana de Planificación.- México 1965.- pp. 33-35.
- (12) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... Idem.- p. 80.
- (13) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem.- pp. 52, 54, 58, 59.
- (14) López Acuña, Daniel. La salud desigual en México.- Siglo XXI Editores, S. A.- México, D. F., 1982.- pp. 34, 35, 37.
- (15) S.P.P.- Características de la fecundidad en México.- pp. 19, 20.
- (16) S.P.P.- Encuesta Mexicana de Fecundidad.- Idem.- p. 179.
- (17) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de...idem.- p. 61.
- Alba, Francisco.- La población de México...idem.- p. 31.
- (18) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem.- p. 55.
- (19) S.P.P.- Encuesta Mexicana de Fecundidad.- Idem.- p. 114.



- (20) S.P.P.- Encuesta Mexicana de Fecundidad.- Idem- p. 120.
- (21) S.P.P.- Encuesta Mexicana de Fecundidad.- Idem- p. 122.
- (22) S.P.P.- Encuesta Mexicana de Fecundidad.- Idem.- pp. 122, 123.
- (23) S.P.P.- Encuesta Mexicana de Fecundidad.- Idem.- p. 133.
- (24) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem.- p. 75.
- (25) Centro de Estudios Económicos y Demográficos.- Dinámica de... idem.- pp. XXVIII, 78.
- Alba, Francisco.- La población de México... Idem.- p. 44.
- S.P.P.- Características de la fecundidad en México.- pp. 22, 23, 32, 33.
- (26) Centro de Estudios Económicos y Sociales.- Dinámica de ...idem.- p. XXVIII, 78.
- Dirección General de Educación para la Salud. Normas: Educación para la salud.- S.S.A.- México, D. F., 1980.- p. 1.
- Facultad de Medicina.- Hacia un nuevo sistema de salud.- UNAM.- p. 38.
- Alba, Francisco.- La población de México... idem.- p. 44.
- (27) Centro de Estudios Económicos y Sociales.- Dinámica de ... Idem.- p. XXXI.
- S.P.P.- Características de la fecundidad en México.- p.25.
- (28) S.P.P.- Características de la fecundidad en México.- pp. 27, 28.
- (29) Centro de Estudios Económicos y Sociales.- Dinámica de ...idem.- pp. 45, 46.
- (30) Centro de Estudios Económicos y Sociales.- Dinámica de ... Idem.- p. 60.

(31) Centro de Estudios Económicos y Sociales.- Dinámica de ... Idem- XLVI, 83.

3er. Boletín Informativo (octubre 8).- CONAPO.- Archivo S.C.N.V.- p. 1.

S P.P. Características de la fecundidad en México.- p. 21.

## CONCLUSIONES

Una vez expuesto el panorama demográfico en lo que a natalidad y mortalidad se refiere, es posible hacernos la pregunta que nos ocupa, acerca de si se ha dado o no la transición demográfica en México. Al caso se puede responder que en efecto se está dando una transición demográfica en términos diferentes a los dados en los países desarrollados, puesto que la dinámica demográfica seguida por nuestro país, a pesar de mostrar una tendencia global a la baja en mortalidad y fecundidad (los dos factores que determinan el crecimiento natural de la población), se debe a motivos diferentes a los que provocaron esta situación en Europa y, en general, en los países desarrollados. Además, este comportamiento es más bien representativo de ciertas clases sociales, a saber, las clases de altos y medianos recursos (en cuanto a su disponibilidad de bienes y servicios, en especial a su facilidad de acceso a mejores dietas alimenticias, servicios médicos, medidas preventivas y nivel de instrucción). Lo anterior no quiere decir que la clase de bajos recursos se ha mantenido al margen de la "transición", sino más bien, que el papel tomado por ella no ha tenido tanto impacto, aunque se espera que lo tenga debido a la socialización de la Medicina, a la creciente urbanización y, en una palabra, al efecto que se espera de las políticas de población, cuya tarea es la de adecuar los programas de desarrollo económico y social a las necesidades que tiene la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución.

La afirmación de que México está atravesando por su "transición demográfica" es clara si nos centramos en el esquema de transición demográfica que han seguido los países desarrollados (con las salvedades que implica la dinámica de desarrollo que ha vivido nuestro país).

El esquema de la transición demográfica seguido por los países desarrollados se recuerda a continuación para que la conclusión se visualice mejor.

#### ESQUEMA: TRANSICION DEMOGRAFICA

1. Fecundidad y mortalidad elevadas, aventajando la primera a la segunda, se observa un crecimiento lento de población.

2. La tasa de mortalidad desciende marcadamente mientras la fecundidad permanece constante; se muestra una etapa de crecimiento acelerado al que se le ha llamado "explosión demográfica", que es más significativo entre mayor sea la diferencia entre los niveles de natalidad y mortalidad.

3. La fecundidad disminuye, con lo que la "explosión demográfica" pierde fuerza.

4. La fecundidad y mortalidad permanecen constantes, equilibrándose. Se logra una estabilización de la población ("fase de crecimiento demográfico nulo").

Una vez mencionadas las características del proceso de transición de la mortalidad y fecundidad (a lo largo de toda la tesis), se observa que:

La primera fase de la transición demográfica fue vivida por México de fines del siglo pasado a principios del presente (1895-1910), es decir, antes de la época revolucionaria.

Esta afirmación se sustenta en que sus tasas de mortalidad y fecundidad eran muy elevadas, fluctuando entre 32.5 y 35.5 defunciones por cada mil habitantes y de 45 a 50 nacimientos por cada mil habitantes, respectivamente. Como vemos, la

fecundidad aventajaba un poco a la mortalidad, lo que logró un crecimiento demográfico lento para esos años que, a saber, se encontraba entre 1 y 1.5%.

La segunda fase de la transición demográfica empezó después de la época revolucionaria; más explícitamente, a partir de los años 20's, cuando la tasa de mortalidad descendió aproximadamente a 25 defunciones por cada mil habitantes; este proceso de descenso en la mortalidad alcanzó su máxima expresión entre los años 40's y los 60's, mostrando un descenso de gran importancia al pasar de 25 a 7 defunciones por cada mil habitantes (tasa cercana a la de los países desarrollados). Esta baja en mortalidad, junto con la permanencia de la fecundidad en niveles elevados (entre 40 y 45 nacimientos por cada mil habitantes), ocasionó un desequilibrio que repercutió en el crecimiento poblacional elevándolo, comportamiento que fue apoyado y reforzado por una política poblacionista (1947) que sustentaba la tesis de "gobernar es poblar". Esta política sumió a México en una época en donde ostentaba gráficamente "mortalidad de país rico y natalidad de país pobre" (Mario Moya Palencia, Conferencia sobre la Iniciativa de la Nueva Ley General de Población, 1973).

Se puede decir que el contraste entre la situación de Europa en el siglo XIX y la de México en el siglo XX con respecto a la "explosión demográfica" radica en que la modificación de las tasas de mortalidad ha sido exageradamente acelerada (sobre todo en los grupos de corta edad y por los rubros ineficaces) en nuestro país, debido a que no fue consecuencia de una serie de cambios internos, sino de cambios registrados mundialmente inscritos en México; como ejemplo podemos citar los métodos quirúrgicos, las medidas de seguridad industrial, los métodos de saneamiento, etc.

El paso a la tercera fase de la transición (que es, por cierto, en la que nuestro país se encuentra inmerso actual

mente) se inició a principios de la década de los 70's cuando, en vista del crecimiento acelerado observado por su población en 1973, México tuvo que optar por conseguir un descenso en la fecundidad, cambiando la Ley General de Población en ese mismo año al introducir el Programa de Planificación Familiar o Paternidad Responsable. El propósito de esta nueva política, entre otros, era y es lograr un descenso en la fecundidad por medio del seguimiento del control natal. Esto puede verse como una política neomalthusiana, sin embargo, estos lineamientos no fueron tomados por el aumento de población en sí, e por sí misma, sino, como diría Mario Moya Palencia en la Conferencia sobre la Iniciativa de la Nueva Ley General de Población en 1973, "La planificación familiar no es un sustituto para el desarrollo, aunque un crecimiento exagerado sí es un diluyente para los esfuerzos productivos y transformadores logrados por el Estado y la sociedad en su conjunto".

Las modificaciones que a partir de entonces ha presentado la natalidad en su comportamiento (que revela un franco descenso, pues bajó de aproximadamente 45 nacimientos por cada mil habitantes en 1970 a 33 en 1980, según datos estimados por la S.P.P.) se han debido entre otros factores a:

- los cambios que ha experimentado la mujer en cuanto al papel que juega en la sociedad, al mostrar mayor participación en la actividad económica del país y al aumento de su integración al sistema educativo, llegando cada vez a más altos niveles.

- Las campañas gubernamentales, como son "La familia pequeña vive mejor", "Señora, usted decide si se embaraza", etc., a los programas de educación sexual y a la facilidad de acceso a métodos anticonceptivos.

La baja en la fecundidad vivida por México, a pesar de no ser representativa de toda la población, se espera se homo-

geinice; la rapidez con que esto se logre dependerá de los avances socioeconómicos y culturales de cada región del país. A pesar de esto es alentador el saber que los países que han experimentado ya su transición demográfica muestran que cuando ocurren cambios en la tendencia de la fecundidad el proceso por lo general se torna irreversible.

Al descender la fecundidad, México redujo su crecimiento demográfico de 3.5% en 1973 a 2.5% en 1982, esto es, en sólo 10 años redujo su tasa de crecimiento en un punto. Este hecho es de gran trascendencia, pues al reducirse los niveles de mortalidad general e infantil, y al mostrar ambos fenómenos una tendencia hacia la baja, el panorama económico de nuestro país se muestra cada vez más favorable. Entre otros aspectos, porque la estructura por edades muestra un aumento de la población en las edades activas, y un descenso de los grupos infantiles representantes de la demanda más grande de escuelas y servicios de salud. Gracias a lo anterior, se permitirá solucionar con mayor seguridad las demandas futuras de educación, salud y empleo de las nuevas generaciones; además, gracias a la mayor proporción de población económicamente activa, reforzada por un menor número de dependientes naturales (población menor de 15 años), México alcanzará a elevar su capacidad de ahorro, ampliando con ello su nivel de bienestar.

Por último y con respecto a la cuarta fase de la transición, se puede concluir que seguramente será alcanzada por México a principios del próximo siglo, ya que si en sólo 10 años bajó su tasa de crecimiento como ya se dijo anteriormente, es de esperarse que:

- baje más rápidamente la fecundidad ya que las generaciones más jóvenes han modificado su comportamiento reproductivo, mostrando una fuerte tendencia al descenso.

- el descenso de la mortalidad, aunque en menor escala, continúe.

De esta forma, México acabará de cubrir su meta programática al llegar muy posiblemente al 1% de crecimiento demográfico para el año 2000, etapa en la que tanto su fecundidad como su mortalidad habrán descendido a niveles "aceptables", manteniéndose casi constantes (situación parecida a la de principios del siglo), y acercándose con esto al fin de la cuarta fase y por ende a lograr su transición demográfica.