

## Notes sobre la transició demogràfica a mèxic

Mònica Trasserra Heras

### Introducció

El marc conceptual de la transició demogràfica ha resultat sempre una bona referència per tal d'analitzar la dinàmica de la població (que passa d'una alta mortalitat i fecunditat a nivells moderats i baixos) i les seves interaccions amb els canvis socials. Però la transició s'ha d'entendre com un procés tendencial, que es troba subjecte a oscil·lacions, i no com una norma línia i amb caràcter universal. Les característiques de la transició demogràfica depenen del marc històric específic de cada societat, la seqüència de les diferents etapes no sempre s'explica pels mateixos factors, i els determinants dels canvis demogràfics no actuen d'acord amb un patró idèntic.

La transició demogràfica s'ha produït lentament als països desenvolupats, sota l'impuls d'una reducció gradual de la mortalitat que s'ha acompanyat d'una reducció, també gradual, de la natalitat. Aquesta reducció és deguda a l'acumulació de coneixements mèdics, que a partir de finals del segle XVIII, varen permetre l'eradicació de moltes malalties infeccioses. El descens de la mortalitat produeix transitòriament un desajust en mantenir-se, per un temps, les altes taxes de natalitat que responien en el passat a una mortalitat també alta. El creixement econòmic fa que disminueixi també la natalitat.

El món pobre s'articula en societats molt diferents pel que fa a les condicions ambientals, organització i cultura; i aquesta diversitat repercuteix en el recorregut demogràfic de les poblacions. Així, la transició demogràfica es produeix en un període de temps més curt i amb ritmes més ràpids en relació a l'evolució realitzada en el món ric.

En el transcurs de la transició demogràfica, els factors socials i demogràfics interactuen a través de processos complexos de gestació perllongada, i els seus efectes es manifesten en un període temporal molt ample.

En la transició demogràfica el descens de la fecunditat marca l'inici, l'avanç, i completa el curs de la transició quan s'arriba als nivells de reemplaçament de la població. Per això, és indispensable conèixer els canvis en la conducta reproductiva, així com la seva interacció amb els canvis socials.

L'evolució demogràfica contemporània dels països en desenvolupament s'ha donat en un marc històric molt diferent a l'existent durant gran part de la transició demogràfica dels països desenvolupats. El món pobre mostra una variada gamma de modalitats de transició demogràfica d'acord amb la situació específica de cada país (CEDEM, 1995).

Val a dir, parlant en termes generals i aplicables a totes les regions, que la disminució de la mortalitat infantil i juvenil constitueix una de les condicions de reducció de la fecunditat i del pas d'un règim de «dispendi» a un altre «d'economia demogràfica».<sup>1</sup> La reducció de la mortalitat en la infantesa constitueix un objectiu prioritari, ja que afavoreix la modernització en el comportament reproductiu. Cultura i desenvolupament contribueixen a la disminució de la mortalitat, sobretot la infantil (LIVI-BACCI, 1990). El problema, però, es dona en casos com el de Mèxic (sense oblidar la resta del continent llatinoamericà) en el qual el període «transitori» (el pas del règim de «dispendi» al «d'economia demogràfica») dura massa i s'han de dur a terme polítiques de control de la natalitat. És per això que Mèxic resulta incompreensible per aquells que defensen la versió més simple de la transició demogràfica, versió que ha adoptat la teoria de què els canvis en la mortalitat i en la fecunditat originen la modernització social i econòmica, i no a l'inrevés.

Abans de començar a tractar els factors que han influït en la transició demogràfica específica de Mèxic cal fer un breu resum introductori dels fets històrics succeïts a l'Amèrica Llatina i concretament Mèxic, i que han pogut influir en la població.

El primer fenomen històric rellevant és la catàstrofe demogràfica succeïda al segle XVI, en el moment del descobriment i conquesta del nou continent; el punt més baix d'aquesta disminució de la població es produeix a mitjans del segle XVII. Els factors principals que donaren lloc a aquest fet foren les epidèmies, les fams i les guerres, tots ells fenòmens relacionats amb la conquesta. S'ha de resaltar que des de la segona meitat del segle XVIII les poblacions llatinoamericanes iniciaren un creixement que no s'ha frenat.

Cal tenir també presents les migracions, ja que des del segle XVI el continent americà atrau població: colonitzadors i colonitzadores d'Europa i esclaus i esclaves procedents d'Àfrica.

Del 1850 al 1914 és quan arriben més migrants d'Europa i també, amb moderació, migrants d'Àsia que s'estableixen a la costa del Pacífic i a les Antilles. Ja entrat el segle XX, molta població llatinoamericana emigra cap al nord del

1. Livi-Bacci es refereix al pas d'una alta fecunditat (deguda, en part, a l'elevada mortalitat infantil) a una reducció dels naixements, que qualifica com a «règim d'economia demogràfica».

continent, posant un èmfasi especial en els mexicans i mexicanes, veïns del primer món (PÉREZ BRIGNOLI, 1993).

A Mèxic, la transició demogràfica comença a mitjans del segle XIX amb la disminució de la mortalitat; en canvi, la fecunditat no disminueix sinó que augmenta com a conseqüència de l'augment de l'esperança de vida, ja que en viure més anys les persones tenen també més anys per a procrear-se (ZAVALA DE COSÍO, 1992). A més, els factors restrictius de la natalitat, vinculats al desenvolupament econòmic i social, no poden produir sobre la natalitat mexicana els mateixos efectes que varen tenir a Europa a finals del segle XVIII i XIX, ja que en aquest país són molt fortes les actituds i les idees contràries a la restricció voluntària de la fecunditat.

Cal fer esment, dins la història de Mèxic, al període de la Revolució que hi ha entre 1910 i 1920, ja que va marcar una forta disminució pel què fa a la natalitat. Malgrat això, en finalitzar la Guerra Civil, la taxa bruta de natalitat s'eleva a uns nivells no assolits des de l'any 1890. Tot i que a l'any 1930 ja es comença a notar la davallada que s'accentuarà a partir de 1955 i sobretot al 1970.

Pel què fa a la distribució de la població a Mèxic, aquesta es concentra principalment a les regions Centre i Centre-Nord i Occident del país, on hi habita el 59% de la població. Aquesta situació s'aguditza principalment a la franja central que compren les següents regions: Guanajuato, Puebla, Tlaxcala, Morelos i Mèxic D.F., i que representa el 24% de la població, en un territori que cobreix el 14% de la superfície nacional, amb unes densitats de l'ordre de 50 a 99 habitants/km<sup>2</sup>. La major concentració es troba al Districte Federal, on hi viu poc més del 10% de la població mexicana, en una superfície que representa el 0.1% del territori nacional. Finalment hi ha 19 estats de la República amb el 81% de la superfície, que concentra el 40% dels habitants, amb densitats menors als 49 habitants/ km<sup>2</sup> (Consejo Nacional de Población, 1990).

## **La mortalitat**

A partir dels anys 30 del segle XX, la disminució de la mortalitat incideix en els nivells de natalitat i fecunditat, ja que es dona una major supervivència de nadons fins a l'edat del matrimoni; també les parelles viuen més anys i així s'allarga el seu període reproductiu; per un altre costat es redueix el nombre d'avortaments com a conseqüència de les millors condicions de salut i de vida de la població. Per això, inevitablement, la taxa neta de reproducció s'ha hagut d'incrementar des dels anys 30 si es té en compte que la supervivència de les dones es edats procreatives ha augmentat sense aturar-se des de llavors (ALBA, 1989).

Cal fer esment a l'evolució de l'esperança de vida, que ha augmentat sense aturar-se, entre la població mexicana, des de l'any 1950. Com succeeix a gai-

rebé tot el món, les dones viuen més anys que els homes i cal destacar que a l'any 1950, la població femenina vivia 2.9 anys més que la masculina, mentre que, en una prospecció feta de cara a l'any 2000, es contempla que les dones viuran 4.3 anys més que els homes.

**Taula 1.**  
**Esperança de vida en néixer a Mèxic, 1950-1999**

Any	Anys d'esperança de vida
1950	46.9
1960	57.5
1970	60.9
1980	66.2
1990	69.9
1995	71.0
1999	71.9

Font: Consejo Nacional de Población, 1989 i 1990

Tal com es pot observar a la taula 1, l'esperança de vida a l'any 1950 d'una persona mexicana acabada de néixer era de 47 anys, mentre que 49 anys més tard, amb els beneficis derivats del desenvolupament del país, la generació de mexicans i mexicanes nascuts l'any 1999 aspira a viure fins gairebé als 72 anys, és a dir 25 anys més, segons les dades projectades. D'aquest increment s'aconsegueixen 14 anys entre 1950 i 1970, període en el que les millores mèdiques són evidents i el desenvolupament del país afavoreix amples capes de la població que abans es trobaven desfavorides. Entre 1970 i 1990 s'aconsegueix un guany addicional de 9 anys, en passar de 60.9 anys a 69.6 anys, nivell en el que es torna més difícil incorporar guanys en l'esperança de vida al naixement (CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, 1990). Aquesta millora en l'esperança de vida, així com la disminució generalitzada de la mortalitat a Mèxic es troba relacionada amb els programes tècnics de salut pública aplicats a l'educació; malgrat tot, aquesta disminució no ha estat igual per a tots els estrats socials ni a tots els espais geogràfics.

Pel què fa a la mortalitat infantil, val a dir que a Mèxic la disminució d'aquesta té a veure amb els canvis en alguns factors del desenvolupament econòmic i social. La taxa de mortalitat infantil és un indicador que permet conèixer les condicions de vida i salut, i per tant, de desenvolupament. La disminució de la mortalitat dels nadons és el resultat de les millores en nutrició, salut, progressos mèdics i eradicació de malalties infeccioses, essent també determinant l'educació de la mare (FINDLAY i FINDLAY, 1987).

A la taula 2 es pot apreciar la disminució perllongada de les taxes de mortalitat infantil a la segona meitat d'aquest segle:

**Taula 2.**  
**Mortalitat infantil a Mèxic, 1950-1999**

Any	T.M.I. (per mil nascuts vius)
1950	132
1960	90.3
1970	76.8
1980	53.1
1990	38.1
1995	32.0
1999	28.4

Font: Consejo Nacional de Población, 1989 i 1990

Val la pena esmentar algunes de les variables que han influït en la disminució de la taxa de mortalitat infantil a Mèxic al llarg del segle XX (BRONFMAN i LEÓN, 1988):

a) Variables biodemogràfiques: els nens mostren taxes de mortalitat superiors que les nenes; aquest fet es deu a determinants biològics. En alguns casos, però, pot succeir el contrari, que morin més les nenes que els nens, com a conseqüència de les diferències en l'alimentació; aquesta situació s'ha donat sovint en països en vies de desenvolupament, ja que es considera que els nens són la futura, i fins i tot la present, força de treball. Altres variables són l'edat de la mare, pèrdues d'embarassos, herència genètica... L'experiència també juga un paper destacable, tot i que la mortalitat infantil sol augmentar amb l'ordre dels embarassos.

b) Variables de comportament i consum de serveis assistencials: la millora en la sanitat ha influït de forma important en la reducció de la mortalitat infantil així com la millor formació de les futures mares, les quals desenvolupen un comportament més correcte pel que fa a diversos aspectes com ara la importància de la lactància pel que fa a la supervivència infantil, les cures prenatales de la mare, l'assistència durant i després del part i també les vacunacions als infants.

c) Variables del medi ambient físic i cultural familiar: dins d'aquest apartat cal fer referència a la contaminació de l'aire i de l'aigua, així com les dificultats a l'accés de l'aigua potable, el lloc de residència (rural o urbà) relacionat amb la proximitat dels serveis i personal mèdic, i també cal destacar l'educació de la mare com a variable important en la supervivència de molts infants.

Pel que fa a les diferències regionals en la mortalitat infantil, val a dir que aquesta disminueix a les zones rurals i a les urbanes, però en diferent magnitud. Cap als anys 70 a Mèxic (i a la resta d'Amèrica Llatina), el risc de mortalitat infantil a les àrees rurals era superior que a les urbanes; aquest fet era a causa del diferent grau de desenvolupament i de nivell de vida. Als anys 90 aquesta diferència encara persisteix però en menor magnitud. Així, el descens

de la mortalitat infantil segons zona urbana o rural es pot sintetitzar en tres idees segons BRONFMAN i LEÓN (1988):

1. Etapa inicial d'alta mortalitat infantil amb diferències variables per a les distintes regions.
2. La mortalitat infantil urbana disminueix més ràpid que la rural presentant també diferències segons la zona de residència.
3. Disminueix la mortalitat infantil també a les àrees rurals tot reduint-se les diferències amb les èrees urbanes.

Cal tenir també present l'important paper dels serveis assistencials sanitaris i l'escolarització de la mare pel que fa a la disminució de la taxa de mortalitat infantil; cal recordar que moltes vegades les àrees rurals de països en vies de desenvolupament com ara Mèxic no compten amb aquests recursos, i és per això que la probabilitat de morir dels infants disminueix quan les mares tenen una major escolaritat i viuen en àrees metropolitanes. Però el desenvolupament ha beneficiat només a un sector dins de les àrees urbanes i ha deixat a les dones amb escassa o nul·la escolaritat en iguals circumstàncies tant a les zones rurals com a les urbanes. La introducció de serveis sanitaris, si no ha contribuït a la desigualtat, com a mínim no l'ha alterat, ja que en molts casos, les dones que utilitzen aquests serveis són les que es troben millor socioeconòmicament i tenen una millor informació pel que fa a la salut dels seus fills i filles.

Amb tot això s'ha pogut comprovar que l'educació actua sobre el comportament davant la probabilitat de morir i ha de contribuir a reduir les desigualtats socials i ha de ser un mitjà per aconseguir millors nivells de vida. L'educació també es troba estretament relacionada amb altres indicadors socials com ara habitatge, nutrició, ocupació, cultura... És per això que els fills de mares analfabetes tenen un risc de morir més de tres vegades superior que els fills de dones amb una instrucció avançada. L'educació de les mares es troba estretament relacionada amb la cura dels nadons i el seu grau d'escolarització pot influir en la probabilitat de morir d'aquests, sobretot pel que fa a causes de mort que es poden prevenir. Per altra banda, les dones que han pogut gaudir d'una millor educació tendeixen també a tenir una ocupació més qualificada i el seu nivell de vida és superior, amb la qual cosa els seus fills i filles se'n veuen beneficiats.

Per un altre costat, i lligat amb l'educació i també amb el treball de les mares, s'ha de fer referència que, en alguns casos, les dones que treballen tenen un risc superior al de les dones que no treballen que els seus fills o filles morin abans dels tres anys; però aquesta situació s'inverteix quan es passa a un nivell socioeconòmic mig i superior per les millors possibilitats d'escolarització que han tingut les mares. És per això que s'observa que les dones que realitzen un treball classificat com a «no manual», els seus fills i filles tenen una probabilitat inferior de morir a les que realitzen un treball «manual», que són el grup més nombrós, ja que els insuficients ingressos familiars porten a moltes dones a

desenvolupar tasques de baixa qualificació, com a conseqüència de la seva deficient educació que no les permet accedir a una feina millor (GARCÍA i MOJARRO, 1980).

Pel que fa a la diferència de mortalitat adulta per sexes, com ja es ben sabut els homes moren més que les dones. Aquest fet es troba relacionat amb que les dones perden menys anys de vida (per malalties) que els homes; darrerament, però, s'ha reduït el nombre d'anys de vida perduts per ambdós sexes. A Mèxic, la mortalitat adulta masculina no ha disminuït tan ràpidament com la femenina o com la dels menors de 15 anys; aquest estancament pot ser degut a causes de mortalitat autoinfringides: violència, canvis en l'estil de vida, hàbits dietètics, consum d'alcohol i tabac i contaminació derivada del desenvolupament (GRUSHKA, 1995).

Però la disminució de la mortalitat i l'augment de l'esperança de vida a Mèxic no ha estat igual en tots els estrats socials de la població ni en tots els espais geogràfics. Aquestes diferències solen coincidir amb el caràcter socioeconòmic de la regió: les més desenvolupades compten amb nivells de mortalitat inferiors com a conseqüència de la seva millor qualitat de vida (ALBA, 1989). La població que viu a àrees urbanes té menys possibilitats de riscos davant la mort que els que viuen a àrees rurals, ja que els recursos educatius, de salut, habitatge... es troben concentrats a les zones urbanes. Això té com a conseqüència que la població de zones rurals perdi més anys de vida que no pas la de les ciutats (GRUSHKA, 1995). Però tot i ser superior la mortalitat en les zones rurals, també s'hi observen desigualtats: a les zones agrícoles desenvolupades les taxes de mortalitat són inferiors, mentre que els camperols sense recursos assistencials i sense escolaritat compten amb unes taxes més elevades (GARCÍA i MOJARRO, 1980).

Pel que fa a la mortalitat en l'àmbit urbà, les diferències socials a Mèxic són molt importants. A partir dels anys 60 i sobretot a mitjans dels 70, el nombre de morts per malalties cardiovasculars i accidents en homes en edat productiva augmenta tant en els països desenvolupats com en els que es troben en vies de desenvolupament i d'industrialització; aquest augment es dona principalment en els obrers. A Mèxic, la baixa organització sindical va suposar que la jornada de treball fos superior a la legalment establerta, fet que portà a un desgast accelerat dels treballadors i treballadores com a conseqüència d'un esforç físic intens. El treball reproductiu de les dones es perllonga durant llargues hores i els habitatges es troben en condicions pèssimes, amb una elevada xifra de persones per habitació i no sempre amb bones condicions higièniques i ambientals.

La població més pobre pateix malalties nutricionals i infeccioses, així com també malalties ocupacionals i accidents de treball i de tràfic causades bàsicament per l'estrès i la contaminació.

Pel que fa a les causes de mortalitat, al llarg del segle xx s'han produït canvis significatius pel fet que ha disminuït molt la mortalitat per malalties infeccioses (pròpies de la pobresa), però han augmentat les defuncions per càn-

cer. També ara les malalties degeneratives tenen un pes superior sobretot en les dones. En canvi, els homes moren molt més per morts violentes (accidents). La major importància de les morts per càncer i cardiovasculars es dona a partir dels 25 anys i s'accentua a partir dels 45 anys. Les morts violentes, pel que fa als homes, succeeixen principalment entre els 15 i els 45 anys i són la primera causa de mort per aquestes edats (ALBA, 1989). Actualment, les principals causes de mortalitat pel que fa als adults i adultes a Mèxic són per tumors, aparell circulatori, traumatismes i enverinaments (CHACKIEL i RENATE, 1994).

Les causes de mortalitat han variat amb els anys (es el què es coneix com transició epidemiològica), ja que actualment s'han deixat enrere les malalties infeccioses, les quals han estat substituïdes per d'altres de degeneratives a causa de l'augment de l'esperança de vida. Tres dels atributs propis de la transició epidemiològica, comuns a la majoria de països en vies de desenvolupament, segons FRENK i LOZANO (1994) són els següents:

1. Es produeix un canvi pel que fa a l'estructura de la mortalitat per edats. Al principi les morts es concentraven en els menors de 15 anys, i durant la transició epidemiològica les defuncions es traspassen als grups de més edat. La lluita contra les malalties infeccioses beneficia als nens i nenes, i la supervivència dels infants augmenta més ràpidament que la de les persones adultes i d'edat avançada.
2. Es dona un canvi en les causes de defunció. Hi ha un desplaçament de les malalties transmissibles que són substituïdes per les malalties mentals i els traumatismes.
3. Diferent distribució dels perfils de salut. Els canvis són més lents a les zones rurals i també cal tenir present la desigual distribució de la riquesa que tant es dona a zones rurals com urbanes.

Cal assenyalar també que darrerament ha augmentat de nou la incidència de malalties transmissibles que no es coneixien abans.

FRENK i LOZANO (1994) han determinat també tres mecanismes que han donat lloc a la transició epidemiològica:

1. Es produeix un canvi en els factors de risc. Milloren les condicions de salut i higiene i la modernització porta a un descens de les malalties infeccioses i derivades de la reproducció; en canvi augmenta la incidència de malalties no transmissibles i dels traumatismes accidentals com a conseqüència del nou model de vida urbà.
2. Baixa la fecunditat per voluntat de les parelles; un resultat és que la proporció de persones adultes i velles augmenta així com la proporció de malalties no transmissibles i de traumatismes.
3. Hi ha una millora de les taxes de letalitat causades pels avanços en la medicina, dels diagnòstics, tractaments i immunitzacions.



La mortalitat a Mèxic també es pot relacionar amb el desenvolupament del país i la crisi econòmica dels darrers anys. A Mèxic s'han produït canvis econòmics i socials molt importants a partir dels anys 40: la població cada cop és més urbana, disminueix la importància del sector agrari, millora el nivell educatiu, disminueix la mortalitat de forma notable i augmenta la participació laboral de les dones (MIER Y TERÁN, 1992), la qual cosa afavoreix la transició de la fecunditat.

El desenvolupament econòmic, però, ha donat lloc també a desigualtats importants en educació, habitatge, cultura i política, amb importants efectes pel que fa a la mortalitat: això es deu a que aquest desenvolupament ha afavorit principalment a una baixa proporció de població. Els posseïdors dels mitjans de producció i de la riquesa han vist augmentar el seu nivell de vida i han aconseguit rebre els beneficis del desenvolupament. Però la gran majoria de la població ha quedat al marge del producte social generat: assalariats de baixos ingressos i, sobretot, treballadors manuals no qualificats que es troben fora de les possibilitats d'obtenir la satisfacció de les necessitats elementals. Aquesta desigual distribució del producte social es reflecteix clarament en la probabilitat de morir.

La contaminació de l'aire i de l'aigua, derivada del desenvolupament, així com el canvi d'hàbits i de dieta, ha donat lloc a noves causes de mortalitat, les quals han substituït a les tradicionals malalties infeccioses, que afecten principalment a la població adulta, tot i que un medi ambient poc saludable també és nociu per als infants.

Amb tot això s'ha vingut observant una lleu pujada de la mortalitat i morbiditat com a conseqüència de l'empitjorament de les condicions de vida a causa dels canvis macroeconòmics que es produeixen durant els anys 80 (l'anomenada Dècada Perduda d'Amèrica Llatina) per tal de fer front a la recessió econòmica. Hi ha menys recursos individuals per a comprar aliments, disminueix la inversió pública en obres sanitàries i en educació així com en la qualitat i quantitat de serveis. Fins i tot podem afirmar que en alguns casos la crisi ha desacelerat la disminució de la mortalitat infantil que es venia observant (BAJRAJ i BRAVO, 1994). Per un altre costat, la recessió afecta greument al mercat de treball i desemboca en un augment de l'atur i de la marginalitat (CELADE, 1993), fet que frena els progressos aconseguits anys abans pel que fa a la reducció de la mortalitat.

## **La fecunditat**

Un dels components més importants de l'accelerat creixement demogràfic experimentat per Mèxic és la fecunditat. Les altes taxes de creixement poblacional s'expliquen pel fort descens de la mortalitat, del qual ja se n'ha parlat en l'apartat anterior, i pels elevats i, fins fa poc, constants nivells de fecunditat. L'estudi de la fecunditat s'ha vist beneficiat per la gran riquesa que proporció-

nen les dades de les enquestes demogràfiques realitzades a partir dels anys 60. La informació així obtinguda, a més a més de ser més detallada que la generalment recol·lectada pels censos i estadístiques vitals és, en la majoria dels casos, d'una qualitat més confiable.

A la taula 3 es pot observar que, durant els anys 60, la fecunditat a Mèxic era encara molt elevada amb gairebé 7 fills/es per dona; al 1975 es nota un descens d'un fill/a per dona i cinc anys després el descens és de 1.3 fills/es, quedant en 4.7 fills/es per dona. La disminució entre els anys 1960 i 1999 és de 4.2 fills/es per dona.

**Taula 3.**  
**Índex sintètic de fecunditat a Mèxic, 1960-1990**

Any	Fills per dona
1960	6.9
1965	6.6
1970	6.7
1975	6.0
1980	4.7
1985	3.9
1990	3.2
1995	3.0
1999	2.7

Font: Consejo Nacional de Población, 1989 i 1990

La fecunditat es troba relacionada amb el nivell socioeconòmic de les famílies; així doncs, existeix una relació inversa entre nivells de fecunditat i consum: això vol dir que les parelles amb un millor nivell socioeconòmic tenen menys fills i filles que les més necessitades. Amb un nivell de vida alt es poden tenir més fills i filles, però, en molts casos, les parelles segueixen el lema de «la família petita viu millor». Quan la situació socioeconòmica ratlla la misèria, llavors es necessitarà de major quantitat de naixements per tal de compensar la major mortalitat i comptar amb una major quantitat de «baixos ingressos» que es sumin als actuals i ajudin a la supervivència.

De tots les indicadors socioeconòmics que es considera que tenen un impacte sobre la fecunditat, el nivell o grau d'escolaritat de la dona és un dels que tenen una relació més forta i consistent. La relació entre el grau d'escolaritat de la dona és generalment inversa al nombre de fills i filles; és a dir, a major escolaritat menor fecunditat i a l'inrevés. En els països en vies de desenvolupament, les reduccions més importants es donen a partir de les dones que varen completar la primària o que tenen secundària i més anys d'escolaritat. El grau d'escolaritat de la dona influeix de forma directa tot actuant sobre un gran nombre de variables socials i demogràfiques que influeixen sobre la fecundi-

tat, com serien: l'estat ocupacional de la mare, el valor dels fills i filles (o costos i beneficis d'una família gran davant una de petita), l'edat del matrimoni, el coneixement i pràctica anticonceptiva...

La disminució del nombre de fills i filles respecte de l'educació de la mare es comença a notar ja en mares que han finalitzat l'educació primària; aquestes dones tenen 2.5 fills/es menys que les dones sense escolarització. Entre les dones amb primària completa i les que compten amb educació secundària hi ha 1.2 fills/es de diferència; i entre aquestes i les dones sense escolaritat hi ha 4 fills/es de diferència (CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, 1990).

El lloc de residència també té alguna cosa a veure amb els nivells de fecunditat, principalment pel que fa a la mida de la localitat de residència. Un entorn urbà generalment concentra nombrosos elements socioeconòmics que influeixen sobre la fecunditat: centres educatius, demanda de mà d'obra femenina, serveis mèdics i de planificació familiar, cost de l'habitatge i l'alimentació... D'aquesta forma el nombre de fills i filles disminueix a mesura que augmenta la mida de la localitat de residència de la mare. A les localitats de menys de 2.500 habitants, el nombre mig de fills i filles per dona al final de la seva vida reproductiva és gairebé de 6 i disminueix en 2.6 fills/es si passem a parlar de localitats urbanes mitjanes (de 20.000 habitants). La diferència entre les localitats rurals i les àrees metropolitanes és de gairebé 3 fills/es per dona (CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, 1990).

La població de les àrees rurals es pot caracteritzar per no haver controlat massa la fecunditat, ja que cap als anys 70 i 80 presenta el mateix comportament que als anys 20; el principal problema és que les dones no es troben informades de les tècniques anticonceptives.

Tot i que el nivell d'ocupació és més determinant pel que fa a la fecunditat (per la repercussió que té sobre el nivell de vida) que no pas el lloc de residència, per a qualsevol mida de localitat, les dones que realitzen una activitat manual tenen més fills i filles. Les dones amb més fills o filles són les que habiten les àrees rurals i no treballen; i les que en tenen menys són les dones que viuen a les ciutats i a més a més treballen desenvolupant una activitat no manual. El treball no manual és representatiu de millors condicions de vida (GARCÍA i MOJARRO, 1989) i, per tant, d'un major control dels naixements. És per això que les dones treballadores tenen menys fills i filles, però aquest fet es deu també a que solen ser dones joves, solteres, separades o divorciades. Entre les casades que treballen es nota que la majoria tenen marits situats a nivells de baixa ocupació i baixos ingressos. En general, les dones que tenen marits que es troben en una posició elevada a escala ocupacional tenen menys descendència que les mullers dels qui ocupen llocs inferiors (ALBA, 1989).

El fet que les dones treballin interfereix en la fecunditat; és per això que, amb independència d'altres factors, la fecunditat de Mèxic no pot disminuir significativament fins que no s'assoleixin de forma duradora i estable aquests dos processos: la incorporació de la dona al món del treball extradomèstic i la disminució, sense fluctuacions, de la mortalitat infantil. El masclisme dominant

durant moltes dècades ha portat a un tipus de família que converteix un elevat nombre de fills en un mecanisme de defensa per a les dones (DE MIGUEL, 1983).

Gràcies als efectes del desenvolupament que porta a la industrialització i a la urbanització, la fecunditat augmenta a Mèxic a partir dels anys 40, ja que també hi ha millores en la salut i els matrimonis són més duradors. Així, la millora del nivell de vida de les classes populars durant aquests anys té com a resposta la formació d'una família més nombrosa, o sigui, amb més fills i filles (DE MIGUEL, 1983).

Avui dia, la recessió econòmica fa retardar els matrimonis i, per tant, la fecunditat, que també ha començat a disminuir a causa de la difusió del control dels naixements, tot i que han calgut canvis en els programes reproductius de les parelles, moltes de les quals encara pensen que la fecunditat ha de compensar la mortalitat. En molts casos les parelles es veuen induïdes a tenir molta descendència per tal d'assegurar-se el risc de no tenir hereus. Les principals causes que han portat, en l'actualitat, a la disminució de la fecunditat són, segons LIVI-BACCI (1990), les següents: l'augment del cost dels fills i filles, la descendència ja no és sustentadora dels pares, la difusió del coneixement d'anticonceptius, les dones són més instruïdes i moltes treballen fora de casa i també caldria afegir-hi la disminució de la mortalitat infantil com a conseqüència del progrés medicosanitari.

Existeix la consideració que la difusió del control voluntari de la fecunditat, un cop iniciada, no s'interromp, tot fent-la disminuir fins arribar a nivells considerats baixos, tal i com va succeir als països desenvolupats. Aquest procés hauria de produir-se també en vies de desenvolupament, com Mèxic, on la disminució ja ha començat i compta amb l'avantatge d'una situació institucional favorable per al control dels naixements.

Els anticonceptius, com a símbol de desenvolupament, han ajudat a la reducció de les taxes de fecunditat durant els darrers anys; i també dels problemes derivats de l'excés de població que es dona a moltes àrees urbanes de Mèxic com a causa del desenvolupament, el qual, en els seus inicis, va donar lloc a un augment de les taxes de fecunditat.

La fecunditat arriba a Mèxic a les més altes cotes històriques en el moment en que la població humana disposa per primera vegada de mètodes anticonceptius eficaços. No és fins els darrers anys, però, que s'està generalitzant l'ús d'aquests mètodes. A partir de 1976 s'utilitzen ja les píndoles i cap a finals dels 80 es practica l'esterilització com a mètode principal. L'anticoncepció s'utilitza per a limitar la mida de les famílies més que per a l'espaiament entre naixements (MIER Y TERÁN, 1992). A les societats rurals, més tradicionalistes, costa d'introduir aquests mètodes, ja que encara es creu en la necessitat de tenir molts fills i filles per a treballar i sustentar als pares un cop vells. Tot i així, l'Estat posa èmfasi en aquestes zones per tal d'introduir-hi també de forma generalitzada l'ús de mètodes que permetin el control dels naixements. A la taula 4 es pot comprovar com, en els darrers anys, ha anat augmentant, fins a doblar-se, el percentatge de dones que fan ús dels anticonceptius.

**Taula 4.**  
**Usuàries d'anticonceptius a Mèxic, 1976-1999**

Any	Usuàries en percentatges
1976	30.2%
1979	37.8%
1982	47.7%
1987	52.7%
1990	58.0%
1995	59.3%
1999	62.6%

Font: Consejo Nacional de Población, 1989 i 1990

Aquests avanços, però, no han estat homogenis el que fa a tots els grups socials i regions del país. La cobertura a les comunitats rurals, encara que ha assolit augments importants, va arribar a una proporció de només un 33% a l'any 1987 contra el 59% de les àrees urbanes i el 65% de les tres principals àrees metropolitanes. Aquesta situació determina que una de les prioritats del Programa de Planificació Familiar sigui incrementar els programes d'educació i d'informació del medi rural i l'accés d'aquest segment de la població als mitjans de salut.

## Conclusions

Avui Mèxic es troba dins del grup de països en plena transició demogràfica, compta amb una fecunditat moderada i una mortalitat baixa. El més important a destacar és el descens de la fecunditat que es ve observant des de fa uns 25 anys. Però el fet que la població del país continui creixent és a causa de, per l'alta fecunditat del passat, la inèrcia produïda pel fort contingent de dones en edat de procrear, la qual cosa porta a un alt nombre de naixements malgrat observar-se un menor nombre de fills i filles per dona (CHACKIEL i RENATE, 1994). Segons MIER Y TERÁN (1992) és a partir dels anys 60 quan es comença a donar la transició de la fecunditat a algunes regions mexicanes, fet que coincideix amb l'augment de la participació de la dona en el món del treball.

La transició demogràfica tardana i diferent de la dels països occidentals que té lloc als països en vies de desenvolupament, influeix molt en el seu desenvolupament econòmic i social; és per això que una població que creix ràpidament, com ha succeït a Mèxic, porta a rendiments decreixents del treball i d'altres factors de producció, la qual cosa provoca l'empobriment; en canvi, la reducció de les dimensions familiars estimula la formació d'estalvi i inversió. Per un altre costat, la ralentització del creixement, que sembla que es comença a donar a Mèxic, comporta una major eficiència de la força de treball i un creixement de la productivitat.

Economistes i científics es pregunten si el creixement de la població amenaça enfonsar el creixement econòmic, com Malthus i altres varen creure. Però la simple raó per la qual en els països subdesenvolupats tenen famílies majors és perquè ells ho volen, per excel·lents raons socials i econòmiques. Malgrat tot, si la majoria de naixements no són planificats, la mida de la família sí que ho és.

Cal afegir que el desenvolupament porta una millora de la sanitat a Mèxic que es tradueix en una disminució de les taxes de mortalitat i un augment de l'esperança de vida. Però avui, i com a conseqüència també del desenvolupament, la crisi econòmica ha fet augmentar de nou, encara que de forma minsa, les taxes de mortalitat; i l'esperança de vida s'està estabilitzant, malgrat no haver arribat encara a ser tant alta com la dels països desenvolupats.

Per a concloure, s'ha de tenir en compte que països com Mèxic s'han trobat industrialitzats sense passar per una revolució industrial, amb tots els canvis socials que aquesta va comportar a Europa, i no es pot esperar que pel fet d'industrialitzar i d'urbanitzar un país els seus habitants canviïn de comportament de cop i volta i esdevinguin occidentals d'avui per demà. És per això que, a l'evolució de la transició demogràfica a Mèxic, el període transitori entre la disminució de la mortalitat i de la fecunditat s'ha allargat, donant lloc avui dia al problema de l'excés de població en les àrees urbanes, fenomen negatiu pel país ja que dificulta el seu desenvolupament en tots els aspectes.

## Bibliografia

- ALBA, F. (1989). *La Población de México, evolución y dilemas*. Mèxic DF: El Colegio de México
- BAJRAJ, R.J.; BRAVO, J. (1994). «Una visión sintética de ajuste económico y sus consecuencias demográficas en América Latina». A: *Notas de Población*, núm. 59, pp. 51-72.
- BENÍTEZ, J.; QUILODRAN, J. (1983). *La fecundidad rural en México*. Mèxic DF: El Colegio de México-UNAM.
- BRONFMAN, M.; GÓMEZ DE LEÓN, J. (1988). *La Mortalidad en México*. Mèxic DF: El Colegio de México.
- CASAS TORRES, J.M. (1982). *Población, Desarrollo y Calidad de Vida*. Madrid: Rialp.
- CEDEM (1995). *Transición de la Fecundidad*. Cuba.
- CELADE (1993). «América Latina y el Caribe: Dinámica de Población y Desarrollo. Un perfil sintético». A: *Notas de Población*, núm. 58, pp. 265-294.
- CHACKIEL, J.; RENATE, P. (1994). «América Latina: Tendencias demográficas con énfasis en la mortalidad». A: *Notas de población*, núm. 60, pp.11-46.
- CLARKE, J.L.; TABAH, L. (1995). *Population, environment, development interactions*, Laxemburg (Àustria): CIRED.

- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (1982). *México Demográfico, breviario, 1980-81*. Mèxic DF.
- (1989). *Proyecciones de la población de México, 1980-2025*. Mèxic DF.
- (1990). *Informe sobre la situación demográfica de México*. Mèxic DF.
- COOK, S.F.; BORAH, W. (1974) *Ensayos sobre historia de la población: México y el Caribe*. Mèxico DF: Siglo XXI.
- CORONA, A.; JIMÉNEZ, R.; MINUJÍN, A. (1981). *La mortalidad en México*. Mèxic DF: Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM.
- COSIO-ZABALA, M.E. (1994). *Changement de fécondité au Mexique et politiques de population*. París: L'Harmattan-IHEAL.
- DE MIGUEL, A. (1983). *Ensayo sobre la población en México*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- FINDLAY, A.; FINDLAY, A. (1987). *Population and Development in the Third World*. Londres: Methuen.
- FRENK, J.; LOZANO, R.; BOBADILLA, J. L. (1994). «La transición epidemiológica en América Latina». A: *Notas de Población*, núm. 60, pp. 79-102.
- GARCÍA, J.F. (1980). *Algunos diferenciales de Fecundidad en México*. Mèxic DF: Jefatura de Servicios de Planificación Familiar-IMSS.
- GARCÍA, J.F.; MOJARRO, O. (1980). *Algunos efectos de desarrollo en la mortalidad de la niñez en México, 1980*. Mèxic DF: Jefatura de Servicios de Planificación Familiar-IMSS.
- GRUSHKA, L.O. (1995). «La mortalidad adulta en países en desarrollo: una visión general». A: *Notas de población*, núm. 61, pp 79-110.
- HARRIS, M.; ROSS, E.B. (1987). *Muerte, Sexo y Fecundidad. La regulación demográfica en las sociedades preindustriales y en desarrollo*. Madrid: Alianza Editorial.
- INFORME DEL SEMINARIO (1990). *Crecimiento de la población en el Tercer Mundo: ¿Bendición o Maldición?*. Amsterdam.
- JEFATURA DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (1981). *Fecundidad y uso de métodos anticonceptivos en México*. Mèxic DF.
- KASUN, J. (1993). *La Guerra contra la Población*. Madrid: Arias Montario.
- LIVI-BACCI, M. (1990). *Historia mínima de la población mundial*. Barcelona: Ariel.
- LOYO, G. (1963). *Población y desarrollo económico*. Mèxic DF: PESA.
- MAHADEVAN, K. [ed.] (1986). *Fertility and Mortality*. Nova Delhi.
- MARTÍNEZ MANAUTON, J. [ed.] (1982). *La Revolución demográfica en México, 1970-1980*. Mèxic DF: Instituto Mexicano del Seguro Social
- MIER y TERÁN, M. (1992). «Descenso de la fecundidad y participación laboral femenina en México». A: *Notas de Población*, núm. 56, pp. 143-172.
- MIRÓ, A.C.; POTTER, J.E. (1980). *Población y desarrollo*, Mèxic DF: El Colegio de México.
- QUILODRAN, J. (1991). *Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México*. Mèxic DF: El Colegio de México.

- RAMOS, P. (1977). *El peso de la tradición en la explosión demográfica*. México DF: Pax México.
- SÁNCHEZ-ALBORNOZ, N. (1985). *Población y mano de obra en América Latina*. Madrid: Alianza América.
- SOLSONA, M. (1986). «La transición de la fecundidad en Chile (1960-1984): Análisis de algunas fluctuaciones». A: *Papers de Demografia*, núm. 13.
- VALLIN, J. (1995). «Causas de defunción de adultos en países en desarrollo y desarrollados con bajas tasas de mortalidad». A: *Notas de Población*, núm. 60, pp.147-176.
- ZABALA DE COSÍO, M.E. (1992) «La Transición Demográfica en América Latina y en Europa». A: *Notas de Población*, núm. 56, pp. 143-172.