



Estudios Demográficos y Urbanos
ISSN: 0186-7210
ceddurev@colmex.mx
El Colegio de México, A.C.
México

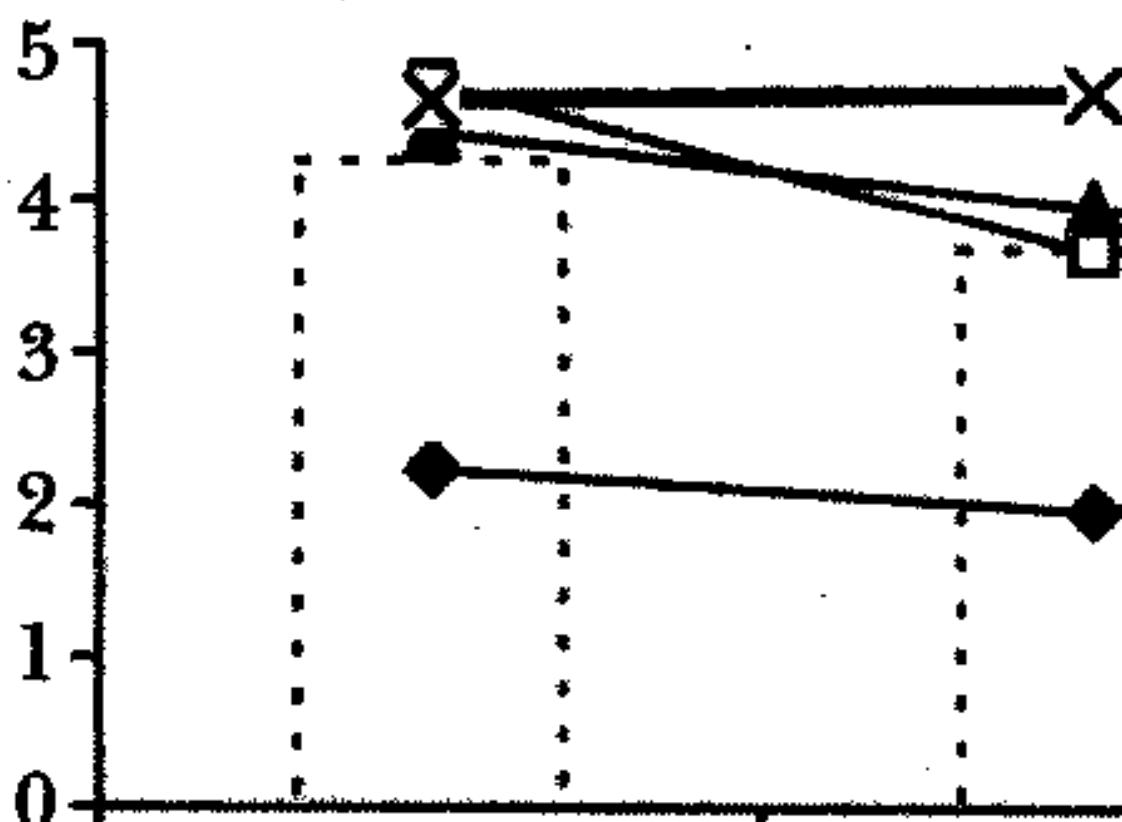
Salvatierra Izaba, Benito; Nazar Beutelspacher, Austreberta; Misawa, Takehiro; Martínez Saldaña, Tomás
Fecundidad, anticoncepción y contextos socioculturales. Un análisis de tendencias (1977-1996) en la
región Soconusco de Chiapas, México (parte b)
Estudios Demográficos y Urbanos, núm. 52, enero-abril, 2003, pp. 95-125
El Colegio de México, A.C.
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31205207>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

GRÁFICA 2

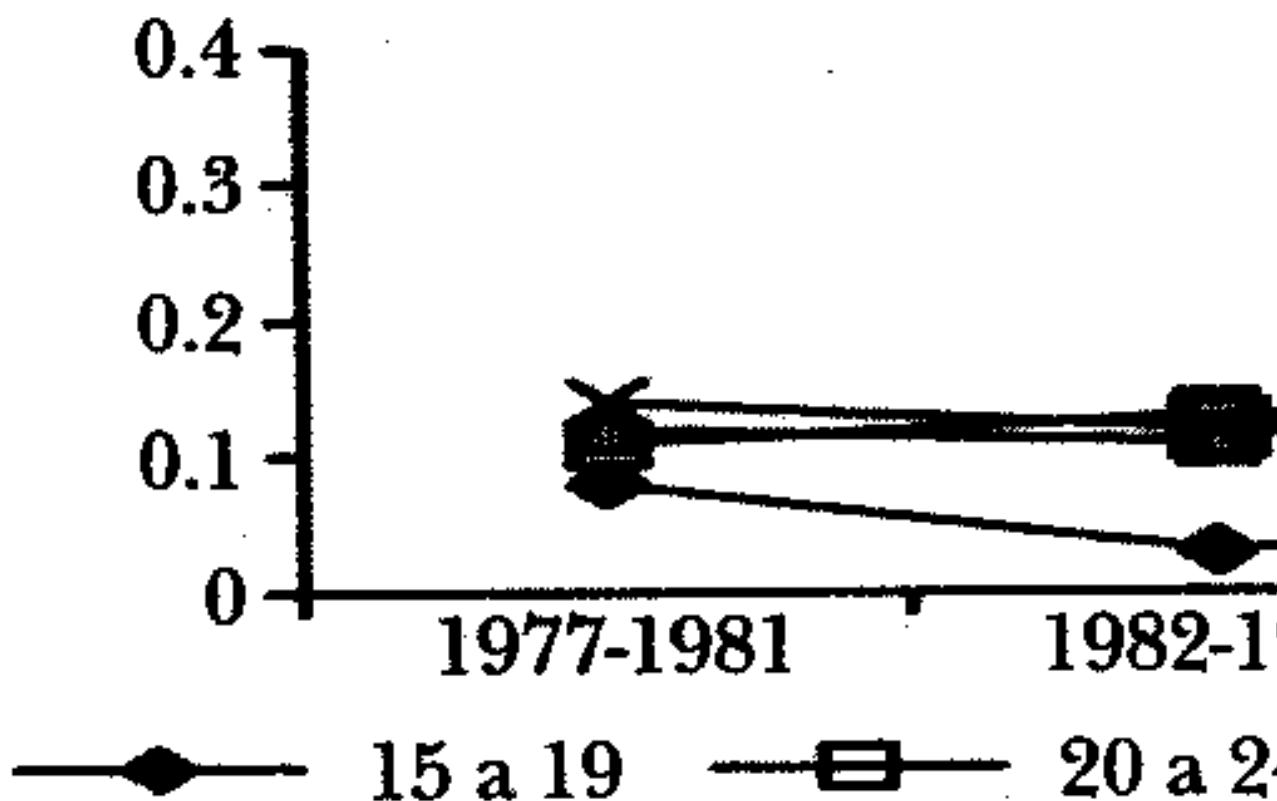
Tasa global de fecundidad (hasta 2000)
para el periodo 1977-1996. Municipios



FECUNDIDAD, ANTICONCEPCIÓN

GRÁFICA 3
Variaciones de la fecundidad por grupo socio-cultural para el periodo 1977-1981

3.1 Urbano medio



En el contexto *urbano* manejado se observó una tasa de 3.7 hijos por mujer en el período 1990-1994, que es ligeramente menor que la cifra de 3.8 hijos por mujer en promedio (gráfica 2). Igualmente, en el período 1995-1999 se observó un aumento en el número medio, en todos los grupos de edad. Sin embargo, en el caso de la fecundidad entre los jóvenes de 20 a 24 años, se observó un descenso notable, ya que en el período 1990-1994 la cifra era de 0.24, y en los otros grupos de edad se observaron cambios mínimos en ambos sentidos. En el período 1995-1999, se observó un importante descenso en la tasa especializada de 0.24 hijos por mujer de menor edad, a 0.16 hijos por mujer de mayor edad.

FECUNDIDAD, ANTICONCEPCIONES Y SALUD REPRODUCTIVA EN MÉJICO

contextos (0.11). La persistencia de la fecundidad entre las mujeres mayores de 25 años por edad es menor que en el caso de las mujeres menores de 25 años, con un TGF₁₅₋₃₄, el más alto entre los cuatro grupos de edad.

Como se puede observar, el comportamiento de las mujeres en el uso de anticoncepciones ha sido diferente en los distintos contextos. La persistencia de la fecundidad entre las mujeres mayores de 25 años por edad es menor que en el caso de las mujeres menores de 25 años, con un TGF₁₅₋₃₄, el más alto entre los cuatro grupos de edad. La persistencia de la fecundidad entre las mujeres mayores de 25 años por edad es menor que en el caso de las mujeres menores de 25 años, con un TGF₁₅₋₃₄, el más alto entre los cuatro grupos de edad. La persistencia de la fecundidad entre las mujeres mayores de 25 años por edad es menor que en el caso de las mujeres menores de 25 años, con un TGF₁₅₋₃₄, el más alto entre los cuatro grupos de edad. La persistencia de la fecundidad entre las mujeres mayores de 25 años por edad es menor que en el caso de las mujeres menores de 25 años, con un TGF₁₅₋₃₄, el más alto entre los cuatro grupos de edad.

Variaciones en el uso de métodos anticonceptivos

Este aumento se ha producido en la cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva que se inició en el programa de planificación familiar en la escuela secundaria chula desde 1979. Es importante mencionar que las mujeres que asisten a estos cursos cuentan con mayor escolaridad que las demás, lo cual favorece la aceptación de los métodos anticonceptivos.

Una posible explicación para este aumento es que las mujeres que asisten a estos cursos tienen una menor edad de unión y el incremento en el uso de los métodos anticonceptivos con una menor edad.

En este contexto cuatros factores

FECUNDIDAD, ANTICONCEPCIONES

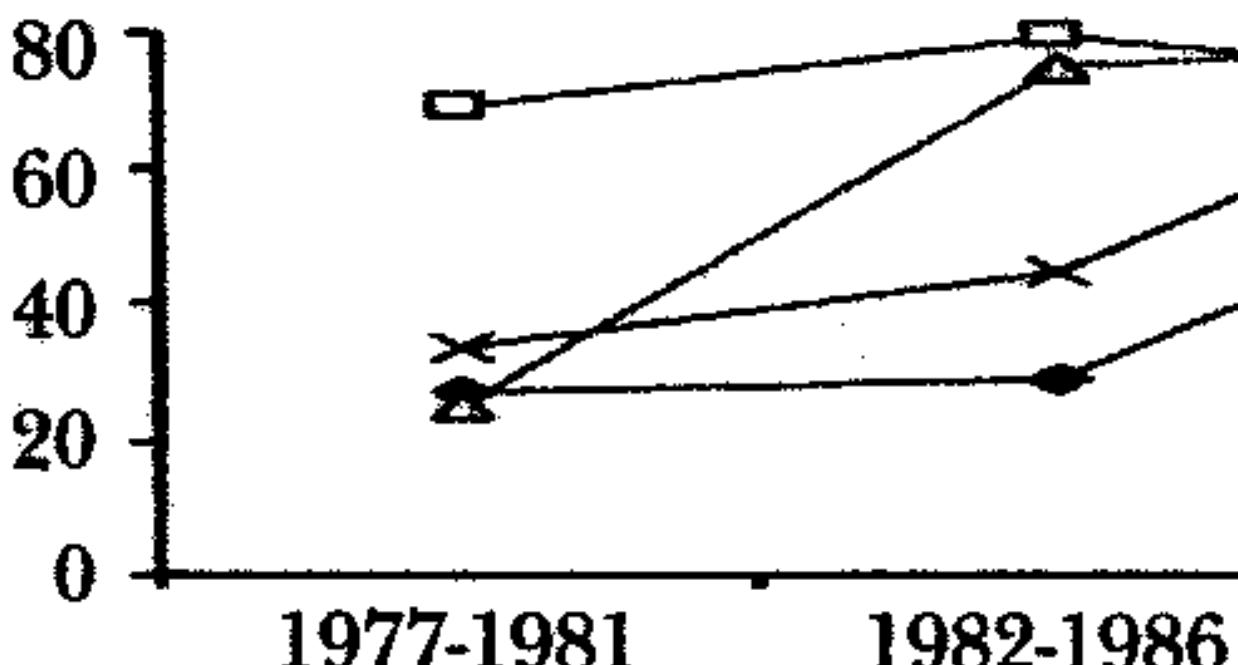
CUADRO 2

Porcentaje acumulado de la edad a contextos socioculturales. Municipio

<i>Contexto</i>	
	25-29
<i>Urbano medio</i>	
Antes de los 16 años	5.2
Antes de los 17 años	10.3
Antes de los 18 años	12.9
Antes de los 19 años	18.0
Antes de los 20 años	33.4

GRÁFICA 5
Variaciones de la prevalencia del uso
según contexto sociocultural para el
Municipio de Tapachula, Chiapas

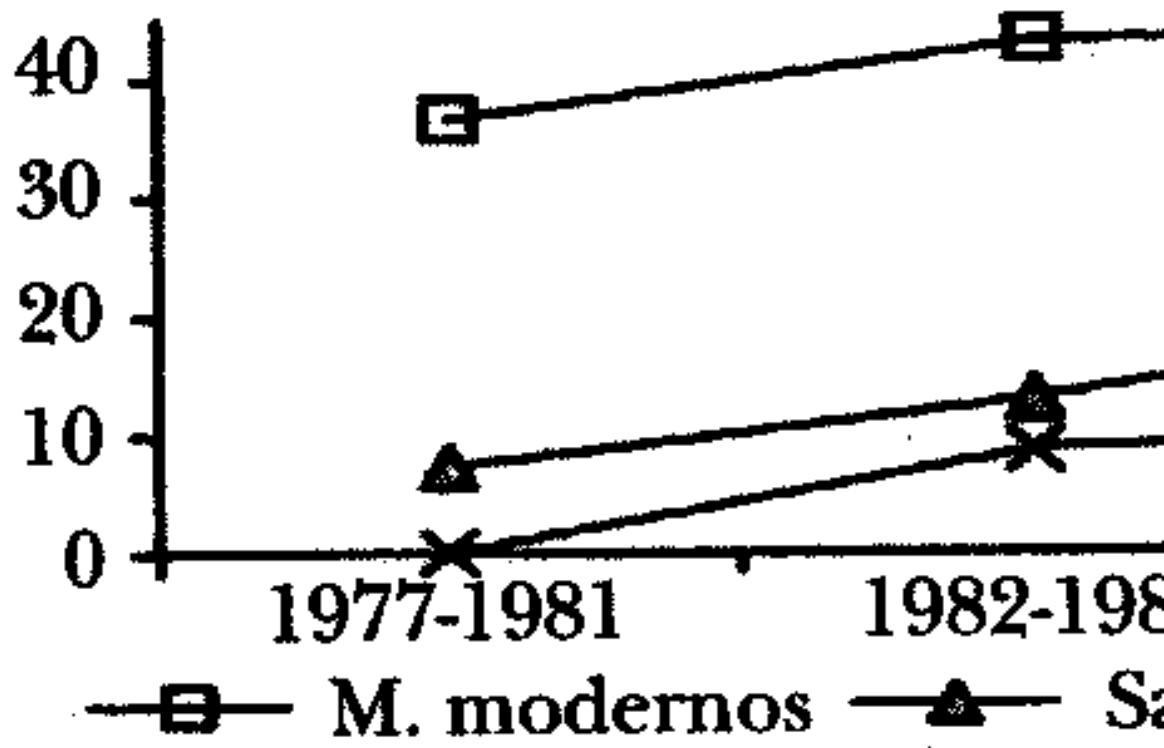
5.1 Urbano medio



FECUNDIDAD, ANTICONCEPCIÓN

GRÁFICA 6
Variaciones de la prevalencia del uso de anticoncepción en el contexto sociocultural. Municipio de

6.1 Urbano medio



res de mayor edad para limitar los, y entre las más jóvenes del primer hijo, aunado a la crecimiento proporcional de nacimientos de cumplir 20 años, podría didad en este grupo de población.

En el contexto *urbano* nació un hijo en promedio por mujer, cifra elevada (3.7), mucho más que en el *rural* (2.0), aunque con prevalencia conceptivos, que se incrementa alrededor de 1.1.

FECUNDIDAD, ANTICONCEPCIÓN

mento comparado con los otros países, mientras que la prevalencia de esas técnicas aumentó de 6.7 a 13.5% (aumento de 101.5%), inferior a la registrada para los países del resto de Europa (gráfica 6.2).

La utilización de los dos anticonceptivos más comunes varía en los grupos de edad donde ocurren las diferencias. Esto podría explicar en parte el descenso en la tasa de fecundidad, ya que la proporción de mujeres que se quedan embarazadas es menor, como anotamos previamente, en este contexto corresponde a la cifra de 13.5%.

condiciones de vida porque de aplicación.

Es en el contexto *rural* donde se observó un descenso de la TGF₁₅₋₃₄, pues se observó una disminución de la fecundidad entre las mujeres de 15 a 34 años entre 1990 y 1996. La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos aumentó de 51.4 a 69.0%, con una mayor tendencia a la utilización quirúrgica, cuyas cifras se incrementaron de 1990 a 1996 como con los incrementos, a pesar de la menor tendencia a utilizar métodos modernos temporales. Sin embargo, se observó una tendencia a utilizar métodos anticonceptivos en el contexto urbano medio.

FECUNDIDAD, ANTICONCEPCIÓN

La salpingooclasia ha favorecido la fecundidad. La tasa de fecundidad pasó de 1.2 a 7.1% (un incremento de 5.9%), entre los métodos modernos y tradicionales. Los métodos tradicionales presentan las mismas cifras, al pasar de 9.3 a 7.1%. Los métodos conceptivos modernos (un aumento de 8%) presentan una menor tasa que los tradicionales (un descenso de 2.2%).

En el contexto rural indígena, las mujeres se casan más temprano y tienen sus primeras relaciones sexuales más temprano. Un 50.5% de las mujeres rurales indígenas se casan antes de cumplir 18 años, en comparación con un 38.5% de las urbanas. El promedio de edad a la primera relación sexual es de 16.5 años para las rurales indígenas y de 17.5 años para las urbanas. La probabilidad de tener relaciones sexuales antes de cumplir 16 años es de 30.5%;

De los resultados presentados se observa que la implementación del programa de planificación familiar en el Perú ha tenido como resultado el incremento de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, éste no necesariamente se traduce en una disminución de las cifras de natalidad. La explicación para este fenómeno puede ser que el incremento en el uso de métodos anticonceptivos se deba en parte al efecto placebo, ya que el efecto real de la planificación familiar es menor que el efecto placebo. De acuerdo con el informe de la Comisión Interamericana de Población (CIP) sobre la situación demográfica en América Latina y el Caribe en 1985, el efecto placebo de la planificación familiar es de 1.5% al año, lo que significa que el efecto real es menor que el efecto placebo. El efecto placebo es mayor en los países con menor nivel de desarrollo económico y social, como es el caso del Perú. El efecto placebo es menor en los países con mayor nivel de desarrollo económico y social, como es el caso de Estados Unidos y Canadá. El efecto placebo es menor en los países con menor nivel de desarrollo económico y social, como es el caso del Perú. El efecto placebo es menor en los países con mayor nivel de desarrollo económico y social, como es el caso de Estados Unidos y Canadá.

FECUNDIDAD, ANTICONCEPCIÓN

pranas de las mujeres (con tendencias a la fecundidad más alta que en el resto de México), donde se esperaría un efecto mayor.

Consideramos que la complejidad de las estrategias de计划生育 en el interior de cada contexto social y cultural es fundamental para su éxito, así como la coordinación entre los sistemas de salud y programas gubernamentales para promover la salud reproductiva y la calidad de vida en toda la región. Una apuesta por la salud reproductiva debe ser complementada con una estrategia integral que incluya la promoción de todos anticonceptivos, como en el caso de la población rural de Chiapas, solamente puede ser efectiva si se consideran las variaciones en los diferentes contextos y las necesidades de las personas en su interior.

- (1978), "A Framework for
Fertility", *Population and Development Review*, vol. 4, pp. 1-20.
- Cain, M. (1982), "Perspectives on
Fertility in Developing Countries", *Population Studies*, vol. 36, pp. 1-20.
- Caldwell, J. (1997), "The Global Fertility Decline: A Reinterpretation of the Fertility Theory", *Population and Development Review*, vol. 23, pp. 803-813.
- , P. H. Reddy y Pat Caldwell (1985), "Women's Status and Fertility Change in Rural South India: A Cross-Cultural Comparison", *Population Development Review*, vol. 8, núm. 4, pp. 611-634.
- Cleland, J. y G. Wilson (1987), "Demographic Transition Theory: An Iconoclastic View", *Population and Development Review*, vol. 13, pp. 1-20.
- Cochrane, W. C. (1985), *Técnicas de Estimación de la Tasa de Fecundidad*, Ed. Limusa, México.

FECUNDIDAD, ANTICONCEPCIÓN

- Keyfitz, N. (1972), "Population Theory," en N. Keyfitz y W. Petersen (ed.), *Population Theory and Practice*, Nueva York, Macmillan, pp. 41-69.
- McNicoll, G. (1980), "Institutional Population Policies," *Population and Development Review*, vol. 6, pp. 1-20.
- Miró, C. (1993), *América Latina: Tránsitos y contracorrientes en la política*, vol. 1, México, UNAM/Editorial Porrúa.
- Nazar Beutelspacher, A. (2000), *Políticas de población en tres contextos rurales de Chiapas*, Tuxtla Gutiérrez, Comisión Nacional para el Desarrollo del Desarrollo Rural, Monografía.
- Notestein, F. W. (1953), "Economic Factors in Population Control," *Population Studies*, 7(1), pp. 1-12.