



HAL
open science

La transición demográfica en Mexico (1895-2010)

María Eugenia Zavala de Cosío

► **To cite this version:**

María Eugenia Zavala de Cosío. La transición demográfica en Mexico (1895-2010). Cecilia Rabell. Los mexicanos Un balance del cambio demográfico, Fondo de Cultura Economica, pp.80-114, 2014, Seccion de Obras de Sociologia, 978-607-16-1780-4. halshs-00968364

HAL Id: halshs-00968364

<https://shs.hal.science/halshs-00968364>

Submitted on 1 Apr 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**La transición demográfica en México
(1895-2010): ¿una transición original?**

María Eugenia Zavala

La transición demográfica en México	1
(1895-2010): ¿una transición original?	1
1. Varios modelos de transición demográfica	2
2. El inicio de la transición demográfica en América latina	5
3. Los componentes de la transición demográfica en México	8
La anterioridad del descenso de la mortalidad	10
El rol fundamental de la nupcialidad.....	16
Una fecundidad natural hasta finales de los años 1960.....	17
4. Más de cuatro décadas de control de la fecundidad en las uniones, a partir de 1975	18
La influencia de la urbanización y de la escolaridad	22
5. El envejecimiento de la población y el bono demográfico	27
6. Tres explicaciones de la transición demográfica en México.....	31
ANEXOS.....	34
A.1. Lista de las encuestas mexicanas utilizadas	34
A. 2. Tasas específicas de fecundidad según grupos de edad, 1976-2009	34
BIBLIOGRAFÍA.....	36

La transición demográfica en México, o sea el paso de una mortalidad y fecundidad elevadas a una mortalidad y fecundidad reducidas, es una transición tardía y sumamente veloz. En menos de un siglo (1930-2010), la población mexicana recorre un camino que tardó al menos dos siglos en Europa (Chesnais, 1986). Se observan altas tasas de crecimiento demográfico, entre 1940 y 1990, superiores al 2% anual (cuadro 4), culminando durante veinte años (1955-1975) en más de 3%, tiempo de un desfase entre el inicio del descenso de la mortalidad y la disminución posterior de la fecundidad (Zavala de Cosío, 1992 a). La población crece de 16 millones en 1930, a 34 millones en 1960, 81 millones en 1990 y 112 millones en 2010 (INEGI, 2012). O sea que, entre 1930 y 1990, la población se duplica en menos de treinta años. Las esperanzas de vida aumentan de 25 años en 1900, a 34 años en 1930, 58 años en 1960 y 71 años en 2010. La fecundidad disminuye de 7 a 2 hijos por mujer en apenas cuatro décadas (1970-2010).

Especificar las características de la transición demográfica mexicana y contrastarla con otros países es uno de los objetivos principales de este capítulo. Usamos el método de los componentes, analizando sucesivamente la mortalidad, la nupcialidad, la fecundidad. Las evoluciones de los factores demográficos en México son comparables internacionalmente en sus niveles pero hay diferencias en las modalidades y particularidades en los cambios.

Otro objetivo importante del capítulo es proporcionar series largas de los principales indicadores demográficos de mortalidad, natalidad, fecundidad y crecimiento poblacional, entre 1895 y 2010, ya que son datos de difícil acceso¹. Finalmente, queremos mostrar la originalidad de la transición de la fecundidad mexicana y los factores que la explican, poniendo énfasis en las pautas particulares de la nupcialidad.

1. Varios modelos de transición demográfica

Los trabajos pioneros de Alphonse LANDRY (1934), que denomina "revolución demográfica" a la modernización de la población y de la sociedad europeas, se basan en los procesos demográficos que se originan en Europa entre la segunda mitad del siglo XVIII y finales del siglo XIX. La intervención humana sobre procesos seculares de defunciones inevitables y de nacimientos sin control, es una emancipación para Landry (1934) y, para

¹ Cuando las series de datos nacionales nos parecen inconsistentes, analizamos los datos de la División de Población de las Naciones Unidas (ONU, 2011) y de CELADE (2012) que se basan en un trabajo de crítica internacional de la calidad de los datos.

Alfred Sauvy (1956), la liberación de la humanidad que se quita una “piedra sobre la cabeza”. La medicina moderna permite controlar las defunciones prematuras y las parejas pueden escoger el número de hijos que desean con métodos que limitan los nacimientos. Posteriormente, la transición demográfica europea es analizada en detalle por Festy (1979), Chesnais (1986), Coale y Cotts Watkin (1986), tanto en las evoluciones de los fenómenos demográficos como en los factores explicativos.

La primera transición demográfica surge en Francia a partir de 1750. Un siglo antes de los demás países europeos, las parejas francesas empiezan a controlar su descendencia al retrasar de manera importante su edad al primer matrimonio y al usar métodos tradicionales de limitación de los nacimientos (retiro, abstinencia periódica). La fecundidad disminuye poco tiempo después de que empieza la reducción de la mortalidad, la cual se debe a una mejor higiene, antes de la revolución médica ocurrida con los descubrimientos de Pasteur. En todos los otros países de Europa del Norte y del Oeste, la transición de la fecundidad empieza a partir de 1870, cuando, varias décadas después del inicio de la disminución de la mortalidad, la fecundidad se empieza a reducir de manera lenta y constante (Festy, 1979).

En cambio, en los países latinoamericanos, la mortalidad disminuye sólo a partir de 1930, pero muy rápidamente, provocando una “explosión demográfica” al elevarse significativamente las tasas anuales de crecimiento poblacional. En estos países, las transiciones demográficas son muy rápidas, tardías, y se apoyan en la medicina moderna y en los nuevos métodos de anticoncepción (píldora, DIU, esterilización).

Más recientemente, otros ejemplos llevan a poner en duda al modelo de la transición demográfica, por ejemplo en África, donde las familias desean tener muchos hijos para garantizar la ayuda económica entre las generaciones (Locoh, 1986; Tabutin, 1985), frenando la reducción de los niveles de fecundidad a pesar de varias décadas de baja de la mortalidad. Sin embargo, a principios del siglo XXI, la fecundidad de la mayoría de los países africanos ya empieza a disminuir.

La transición demográfica se teoriza, en un primer momento, como si fuera universal (Chesnais, 1986). Sin embargo, los diferentes procesos que tienen lugar durante el siglo XX (en Asia, América latina y África) muestran diferencias significativas con la primera

transición. De hecho, se pueden mencionar varios modelos de transición demográfica, en América latina y en otras regiones del mundo (Zavala de Cosío, 1992 a).

Se desmiente también la hipótesis de que las transiciones demográficas se explican con los mismos factores que en Europa - la escolarización, la urbanización y la industrialización (Chesnais, 1986) - ya que muchas transiciones se producen sin todas esas transformaciones. A las primeras variables explicativas, algunos autores suman la influencia de las instituciones (McNicoll, 1981), las consecuencias de la laicización, las dinámicas familiares, los valores, las normas sociales (Coale, 1973; Lesthaeghe, 1983). Un debate iniciado en los años 1970, entre los “culturalistas”, como Coale y Lesthaeghe, y los “economistas” (ONU, 1978) perdió su interés cuando se demostró que las dos explicaciones eran válidas y complementarias (Lesthaeghe, 1998). Por lo tanto, en este trabajo, adoptamos la posición de que cada transición demográfica es especial y se sitúa en un contexto particular, histórico, económico, social, cultural e institucional. Analizaremos de esa manera los rasgos propios a la transición demográfica mexicana.

A pesar de las variaciones en las evoluciones, el concepto de transición demográfica sigue siendo válido, ya que “la principal riqueza... es más bien epistemológica. Consiste en la proposición analítica de explicar las dinámicas demográficas a la luz de sus interrelaciones con las estructuras de las sociedades. Desde ese punto de vista, la mortalidad, la nupcialidad, la movilidad espacial y la fecundidad forman un sistema de reproducción demográfica, en el cual cada una de las variables poblacionales determina y responde a la vez a parámetros económicos, sociales y culturales. Las dinámicas demográficas de cualquier tipo de sociedad se pueden analizar como diferentes modelos de reproducción, cuyas características varían considerablemente según los contextos históricos y espaciales. La transición demográfica es un cambio en la composición del modelo” (Cosío Zavala, 1993).

El caso de México es a la vez específico, por su contexto histórico y cultural, pero comparte con los demás países latinoamericanos rasgos comunes que subrayamos a continuación. Por lo tanto, en la siguiente sección de este capítulo, situaremos a México en el movimiento general de las transiciones demográficas de América latina y el Caribe, señalando las semejanzas y diferencias, al comparar sus componentes demográficos con los de otros países.

2. El inicio de la transición demográfica en América latina

Desde finales del siglo XIX, la mortalidad se reduce en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños. Las transiciones de la mortalidad son, en regla general, tanto más aceleradas que empiezan más tarde. Las situaciones demográficas están positivamente relacionadas con las condiciones socio-económicas. En México, la baja de la mortalidad, a partir de 1930, es el primer momento de la transición demográfica.

Después de siglos de un ritmo demográfico lento, con mortalidad y natalidad elevadas, se empieza a acelerar el crecimiento poblacional debido a la disminución de la mortalidad. En esa primera etapa, la fecundidad se mantiene elevada y hasta aumenta con las mejoras en la salud materna e infantil. En un segundo momento, se reduce la fecundidad en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños. En el cuadro 1, al combinar los ritmos diferentes de la mortalidad y de la fecundidad, se observan varios modelos de transiciones demográficas en la región (Cosío-Zavala, 2011) y México se encuentra en una posición intermedia (cuadro 1).

Cuadro 1. Países de América latina según las transiciones de la fecundidad y de la mortalidad en 2005-2010

Transiciones de la mortalidad	Transiciones de la fecundidad				
	<i>Muy avanzada</i>	<i>Avanzada</i>	<i>Intermedia</i>	<i>Moderada</i>	<i>Incipiente</i>
<i>Avanzada</i>	Cuba	Argentina Chile Costa Rica Uruguay			
<i>Mediana</i>		Brasil	Colombia Ecuador México Panamá	Nicaragua	

			Perú República dominicana El Salvador Venezuela		
<i>En curso</i>				Honduras	Guatemala la Paraguay
<i>Inicial</i>					Haití Bolivia

Fuente: Cosío-Zavala, 2011

El cuadro 2 presenta las esperanzas de vida al nacer en 2005-2010, donde México se sitúa en un nivel mediano de mortalidad, después del grupo de los países más avanzados en las esperanzas de vida (Argentina, Cuba, Uruguay), y antes del grupo de los países de mortalidad más alta de América central (Guatemala, Honduras), de América del Sur (Bolivia, Paraguay) y del Caribe (Haití). Varios países tienen una evolución semejante a la mexicana, como Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela (cuadro 2). En ese grupo, en 2005-2010, la esperanza de vida femenina rebasa los 75 años, y en México alcanza los 79 años, con una tasa de mortalidad infantil de 17 por mil, o sea niveles bajos de mortalidad.

Cuadro 2 – Esperanzas de vida al nacimiento y tasas de mortalidad infantil en América latina y México, 2005-2010

Pais	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Mortalidad infantil*
América latina y el Caribe	73.4	70.4	76.6	21,7
Argentina	75.2	71.6	79.1	13.4
Bolivia	65.5	63.4	67.7	45.6
Brasil	72.4	68.8	76.1	23.6
Chile	78.5	75.5	81.5	7.2
Colombia	72.8	69.2	76.6	19.1
Costa Rica	78.8	76.5	81.2	9.9
Cuba	78.2	76.2	80.4	5.1
Ecuador	75	72.1	78	21.1

El Salvador	71.8	68.8	74.9	21.5
Guatemala	70.2	66.7	73.8	30.1
Haití	60.6	59	62.4	48.6
Honduras	72.1	69.7	74.5	27.8
México	76.1	73.7	78.6	16.7
Nicaragua	72.9	69.9	76	21.5
Panamá	75.6	73	78.2	18.2
Paraguay	71.8	69.7	73.9	32
Perú	71.4	68.9	74	21.2
República dominicana	72.2	69.2	75.5	29.6
Uruguay	76.2	72.8	79.9	13.1
Venezuela	73.8	70.9	76.8	17

* Defunciones antes del primer aniversario por 1000 nacimientos vivos

Fuente: ONU 2011

Después de siete décadas de disminución de la mortalidad, las diferencias demográficas se cristalizan en función de los diferentes ritmos de reducción de la fecundidad. En México, la fecundidad empieza a disminuir rápidamente desde los años 1980, con la adopción de métodos modernos de limitación de los nacimientos por amplios sectores de la sociedad. La baja comienza entre las mujeres urbanas, las más escolarizadas, de los sectores sociales más privilegiados, para luego extenderse al conjunto de la población.

El cuadro 3 muestra la evolución de las tasas globales de fecundidad de los países latinoamericanos y caribeños entre 1960 y 2010. En 1960, todos los países superan los 6 hijos por mujer excepto cuatro países (Argentina [3.09], Chile [5.44], Cuba [4.68] y Uruguay [2.9]). México tiene una fecundidad alta en 1960-65 (6.75 hijos por mujer), que disminuye de 46% entre 1960 y 1985 y se reduce, en 2010, a 2.4 hijos por mujer (cuadro 3).

Cuadro 3. Tendencias de la tasa global de fecundidad en América latina y el Caribe (1960-2010)

Países	1960-1965	1970-1975	1985-1990	1995-2000	2000-2005	2005-2010*	Baja 1960-1985 en %
Países andinos							
Bolivia	6.63	6.50	5.00	4.32	3.96	3.50	24.59
Colombia	6.76	5.00	3.24	2.75	2.55	2.45	52.07
Chile	5.44	3.63	2.65	2.21	2.00	1.90	51.29

Ecuador	6.70	6.00	4.00	3.10	2.82	2.58	40.30
Perú	6.85	6.00	4.10	3.10	2.80	2.60	40.15
Venezuela	6.66	4.94	3.65	2.94	2.72	2.55	45.20
Países atlánticos							
Argentina	3.09	3.15	3.05	2.63	2.35	2.25	1.29
Brasil	6.15	4.72	3.10	2.45	2.25	1.90	49.59
Paraguay	6.45	5.35	4.77	3.88	3.48	3.08	26.05
Uruguay	2.90	3.00	2.53	2.30	2.20	2.12	12.76
América central							
Costa Rica	7.23	4.35	3.37	2.58	2.25	1.92	53.39
El Salvador	6.76	6.95	4.20	3.30	2.60	2.35	37.87
Guatemala	6.50	6.20	5.70	5.00	4.60	4.15	12.31
Honduras	7.42	7.05	5.37	4.30	3.72	3.31	27.63
Nicaragua	7.10	6.79	5.00	3.60	3.00	2.76	29.58
Panamá	5.92	4.94	3.20	2.79	2.70	2.56	45.95
México y Caribe							
Cuba	4.68	3.60	1.85	1.61	1.63	1.50	60.47
Haití	6.30	5.60	5.70	4.62	4.00	3.55	9.52
México	6.75	6.50	3.63	2.67	2.55	2.41	46.22
Rep. Dominicana	7.35	5.68	3.65	2.98	2.83	2.67	50.34
América Latina y el Caribe	5.96	5.02	3.42	2.73	2.53	2.30	42.62

Fuente: ONU 2011

3. Los componentes de la transición demográfica en México

Los primeros signos de la transición demográfica mexicana se aprecian en la aceleración del crecimiento de la población. El cuadro 4 y la gráfica 1 muestran las evoluciones de las tasas de crecimiento natural entre 1895 y 2010, a partir de datos censales. Después de los años de crisis demográfica de principios del siglo XX, entre 1895 y 1921, con la revolución mexicana de 1910, la epidemia de gripe española de 1918 y la inestabilidad pos-revolucionaria, las tasas de crecimiento se empiezan a acelerar a partir de 1930, culminando en 1950-1970 en más de 3 por ciento anuales, para luego bajar poco a poco (cuadro 4, gráfica 1).

Cuadro 4. México. Tasas anuales de crecimiento demográfico 1895-2010

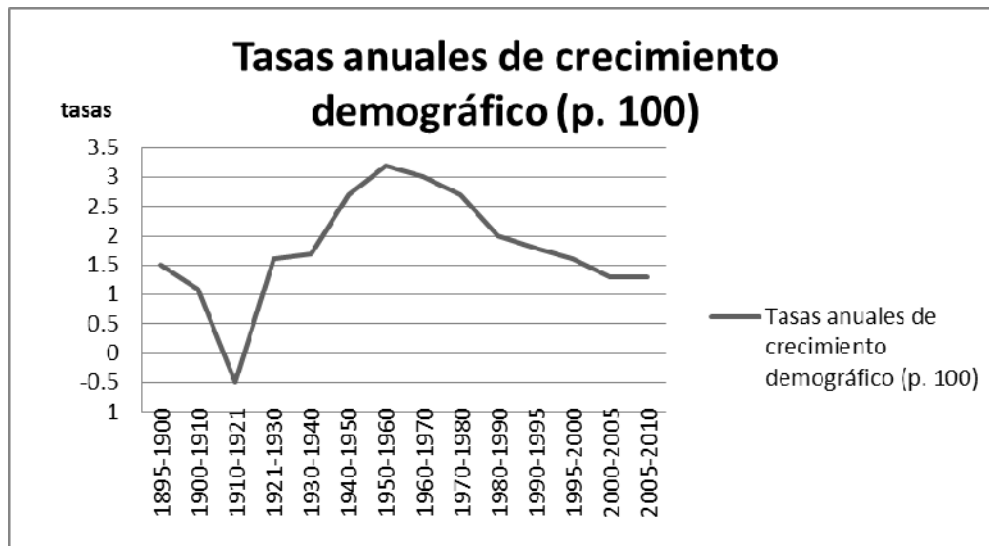
Año	Tasas anuales de crecimiento demográfico (p. 100)
1895-1900	1.5
1900-1910	1.1
1910-1921	-0.5
1921-1930	1.6
1930-1940	1.7
1940-1950	2.7
1950-1960	3.2
1960-1970	3.0
1970-1980	2.7
1980-1990	2.0
1990-1995	1.8
1995-2000	1.6
2000-2005	1.3*
2005-2010	1.3*

Fuentes: 1895-1990 Cosío-Zavala (1988, tomo 1), Celade 2012

*INEGI (2012) señala una tasa del 1% en 2000-2005 y de 1.8% en 2005-2010, a partir de los resultados del censo del 2010. Estos datos siguen aún en examen, en un ejercicio de conciliación censal, que no ha terminado en mayo del 2012.

La meta de una tasa de crecimiento del 1% en el año 2000, establecida en 1976 por el Programa Nacional de Población, fue rebasada en un 30 por ciento (1.3%). Esto se explica por la inercia demográfica, fenómeno que depende de las estructuras por edades jóvenes que no permiten una reducción más rápida de las tasas de crecimiento demográfico (Aguirre, 1986).

Gráfica 1. México. Tasas anuales de crecimiento demográfico, 1895-2010



Fuente: cuadro 4

La anterioridad del descenso de la mortalidad

En México, como en los otros países latinoamericanos, la transición demográfica empieza con una reducción de la mortalidad, en el primer tercio del siglo XX. Arriaga (1968) estima la esperanza de vida al nacimiento de 1895 en 24 años, 25.3 años en 1900 y 27.6 años en 1910, según los tres primeros censos (cuadro 5).

A partir de 1930, la reducción de la mortalidad se acelera de tal manera que, en tres décadas, se registran progresos en los niveles de las esperanzas de vida comparables a los que necesitaron 200 años en Europa (Chesnais, 1986). Las esperanzas de vida al nacimiento alcanzan 33.9 años en 1930, 38.8 años en 1940, 47.6 años en 1950 y 58.0 años en 1960 (Cuadro 5).

Cuadro 5

Esperanzas de vida en años censales, México, 1895-2010

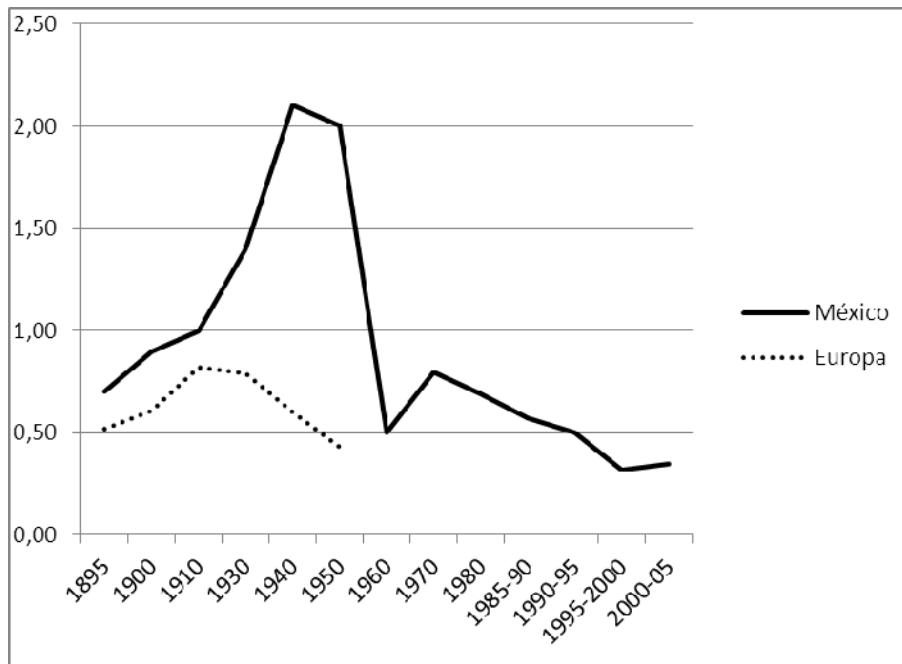
Año	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Incremento anual (%)
1895	24.3	24.5	24.4	0.7
1900	25.0	25.6	25.3	0.9
1910	27.3	27.9	27.6	1.0

1930	33.0	34.7	33.9	1.4
1940	37.7	39.8	38.8	2.1
1950	46.2	49.0	47.6	2.0
1960	56.4	59.6	58.0	0.5
1970	59.0	63.1	61.0	0.8
1980	63,2	69,4	66.3	0.7
*1985-90	66,76	72,98	69,8	0.6
*1990-95	69,03	74,62	71,8	0.5
*1995-2000	71,26	76,07	73,6	0.3
*2000-05	72,43	77,36	74,8	0.3
*2005-10	73,74	78,61	76,1	

Fuente: 1895-1960, Arriaga 1968; 1970-1980, Camposortega, 1989; *Celade 2012

Los mayores incrementos en las esperanzas de vida, más de 2 % anualmente, se observan entre 1940 y 1960 y son muy superiores a los europeos (gráfica 2). La mortalidad mexicana disminuye entonces aceleradamente al reconstruirse el Estado, la seguridad pública y las instituciones sanitarias, después de los trastornos revolucionarios. En los años posteriores a 1940, se llevan a cabo campañas de vacunaciones y de erradicación del paludismo y de la tuberculosis; se construyen redes de agua potable y de alcantarillado, centros de salud, clínicas, dispensarios y hospitales (Rabell y Mier y Terán, 1986; Zavala de Cosío, 1992 b).

Gráfica 2. Tasas anuales de incremento de las esperanzas de vida al nacer 1895-2010 (%)



Fuente: Cuadro 5

Como consecuencia inmediata de la baja de la mortalidad, las estructuras por edades se modifican. El aumento en la proporción de nacimientos sobrevivientes, consecutivo a la disminución de la mortalidad infantil, provoca hasta 1975 una reducción en la proporción de mujeres en edades fértiles, de 15-49 años de edad, que pasan de 47 % a 43 % de la población. Este cambio tiene un efecto reductor en los nacimientos y en las tasas brutas de natalidad, cuya baja no corresponde al alza de las tasas globales de fecundidad entre 1930 y 1970 (Cosío-Zavala, 1972 b).

Cuadro 6. Proporción de mujeres de 15-49 años de la población femenina total (%)

1950-2010

1950	47
1955	45
1960	44
1965	43
1970	43
1975	43
1980	45
1985	46
1990	50

1995	52
2000	53
2005	54
2010	54

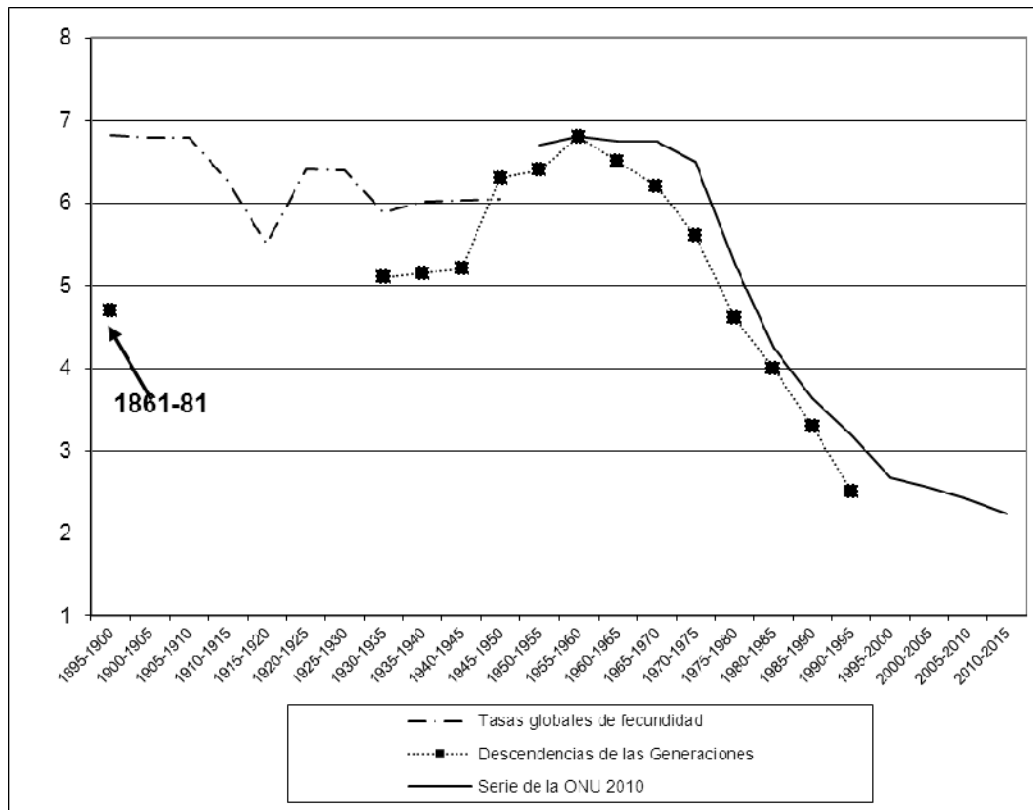
ONU, 2011

Debido a los efectos de las estructuras de edades sobre la natalidad y el crecimiento, y dados los cambios de calendario (rejuvenecimiento, envejecimiento) que sesgan las tasas globales de fecundidad, los mejores indicadores para medir las evoluciones de la fecundidad son los indicadores longitudinales, es decir las descendencias finales de las generaciones femeninas, clasificando a las mujeres según sus años de nacimiento (Henry, 1953). En los párrafos siguientes, si es posible con los datos disponibles, presentaremos indicadores longitudinales y descendencias finales de las generaciones. Aunque no son los más comunes, ya empieza a haber datos longitudinales en México.

En la gráfica 3 se representan las tasas globales de fecundidad desde 1895 a 2010, con datos de los censos generales de población para los años 1895-1950 (Cosío-Zavala, 1988), seguidos por la serie de tasas globales de fecundidad proporcionada por la revisión de 2010 del *World Population Prospects* de la División de Población de las Naciones Unidas, los más consistentes que encontramos (ONU, 2011). De hecho, los datos del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) y los del Consejo Nacional de Población (CONAPO) señalan variaciones extrañas en los indicadores, ya que los resultados del Censo del 2010 resultaron superiores a los montos proyectados por el CONAPO y que se trataron de ajustar².

Gráfica 3. Tasas globales de fecundidad y descendencias de las generaciones 1895-2010

² Se está verificando un ejercicio de conciliación censal entre INEGI, CONAPO e instituciones académicas que no ha terminado en mayo del 2012



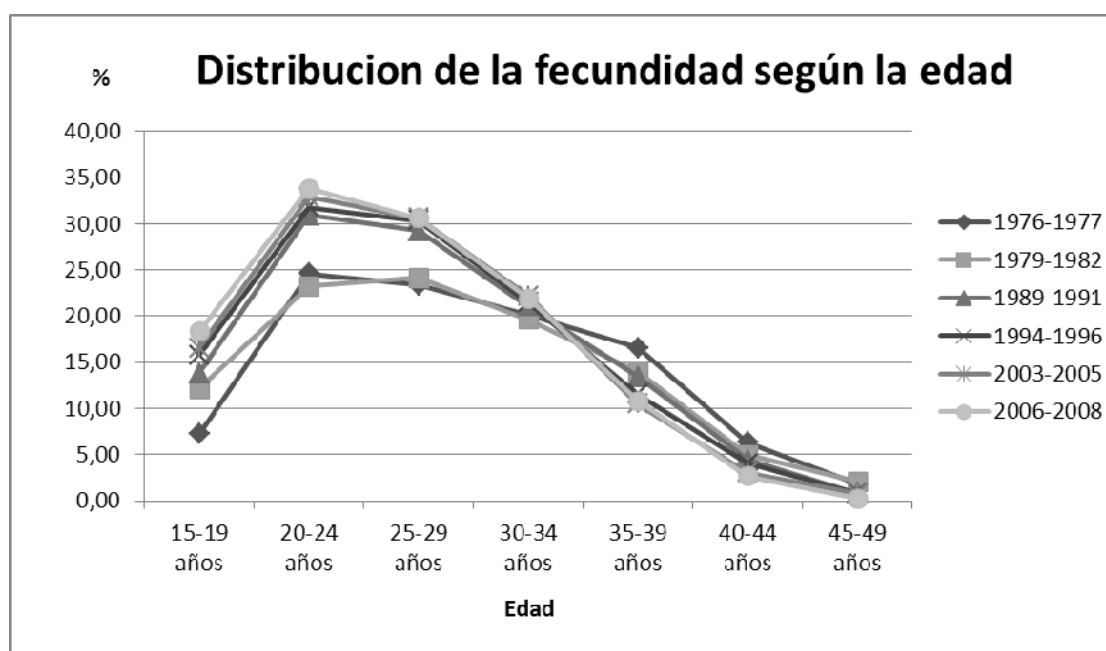
Fuentes: Cosio-Zavala, 1988, Zavala de Cosío, 1992; ONU 2011

Para la gráfica 3, estimamos las descendencias finales de las generaciones desde 1861 a 1971, que se colocan en el año correspondiente a la edad media a la maternidad, alrededor de los 30 años en todas las generaciones. Los efectos del rejuvenecimiento del calendario de la fecundidad son muy visibles en todos los periodos, ya que las curvas transversales superan a las curvas longitudinales. En un primer periodo, de 1930 a 1960, la fuerte reducción de la mortalidad y los adelantos significativos en la salud materna, junto con el rejuvenecimiento de la nupcialidad, contribuyen a un primer *baby boom*. Un segundo periodo de disminución acelerada de las tasas específicas de fecundidad, después de 1970, rejuvenece significativamente el calendario de la fecundidad y la tasa global de fecundidad se encuentra sobrestimada a pesar de que, en esos momentos, ya se reducen aceleradamente las descendencias de las generaciones (gráfica 3).

La gráfica 4 muestra el calendario de la fecundidad (en porcentaje) y el rejuvenecimiento de la distribución de la fecundidad según la edad. Ésta pasa de una cúspide tardía en 1976-77 a una cúspide temprana después de 1989, cada vez más concentrada en tres grupos de edades: 15-19 años, 20-24 años (valor modal) y 25-29 años de edad. A partir de 1989, las tres cuartas

partes de todos los nacimientos se producen antes de los 30 años de edad. Esto explica la dificultad que tiene la tasa global de fecundidad para bajar tanto como las descendencias finales de las generaciones (gráfica 3). Mientras perdure el rejuvenecimiento del calendario de la fecundidad, el valor de la tasa global de fecundidad estará por encima de la descendencias finales de las generaciones, o sea del nivel real de la fecundidad de las parejas. Además, en los niveles bajos de fecundidad, alrededor de los 2 hijos por mujer, las variaciones de las tasas globales de fecundidad dependen estrechamente de los calendarios de la fecundidad y ya no tanto de los cambios de intensidad medidos por las descendencias finales de las generaciones.

Gráfica 4. Distribución de la fecundidad según la edad (%), 1976-2006



Fuentes: EMF, END, ENADID 1992, 1997, 2006, 2009

El esquema general en México es de un rejuvenecimiento de la fecundidad, con una reducción generalizada después de los 25 años de edad, compensada por una disminución moderada de la fecundidad temprana, entro los 15 y los 24 años (ver gráfica 5). O sea es exactamente lo opuesto al retraso de calendario de la fecundidad observado en los países de baja fecundidad, por ejemplo en Europa, donde, en las últimas décadas, se produce una reducción generalizada de la fecundidad en las edades jóvenes, antes de los 30 años de edad, compensada por una elevación de la fecundidad tardía, después de los 30 años (Adveev et al., 2011).

Podemos también comparar con las tendencias recientes de la fecundidad en África del Norte (Argelia, Libia, Marruecos, Túnez), que tienen los mismos niveles de fecundidad que México, ya que la fecundidad disminuye también de 7 a 2 hijos por mujer entre 1970 y 2000. Pero en esos países del Magreb, el factor explicativo es radicalmente opuesto, ya que la baja se debe a una elevación de la edad media al matrimonio (de 22 a 30 años de edad) y por ende, a un envejecimiento del calendario de la maternidad. La sociedad magrebina prohíbe las relaciones sexuales de las mujeres antes del matrimonio, y como éste es cada vez más tardío, sobre todo por razones económicas y por la prolongación de la escolaridad femenina, se reduce automáticamente la fecundidad (Ouadeh-Bedidi et al., 2012).

En las siguientes secciones, analizamos en detalle las tendencias de la fecundidad en México así como las variables intermedias que las explican, principalmente la nupcialidad y el uso de métodos anticonceptivos.

El rol fundamental de la nupcialidad

En las diferentes fases del modelo clásico de la transición demográfica, después de una primera etapa de reducción de la mortalidad, el segundo momento consiste en el retraso de la edad a las primeras uniones y el alza del celibato definitivo con el fin de controlar los nacimientos. Esto, que se propone como una regla universal de la transición demográfica a partir del ejemplo europeo (Chesnais, 1986), no se verifica ni en América latina en general, ni México en lo particular. Al contrario, se observa un alza de la nupcialidad durante el siglo XX. A partir de los años 1950, se produce un verdadero *marriage boom*, con una nupcialidad que empieza a edades cada vez más precoces y una reducción de las proporciones de mujeres y hombres soltero(a)s definitivo(a)s (Camisa, 1971). Hay que subrayar que ese *marriage boom* se produce en la misma época que en Europa y en América del norte.

En México, las mujeres de las 25 generaciones nacidas en 1927-1951 mantuvieron una nupcialidad elevada y precoz (Zavala de Cosío, 1992 b). Con un enfoque longitudinal, las Encuestas Demográficas Retrospectivas (EDER, 1998 y 2011) muestran que las edades medianas a la primera unión de las mujeres alcanzan apenas los 21 años de edad, o sea que el calendario de la nupcialidad sigue siendo temprano en promedio (cuadro 7).

Cuadro 7. Edad mediana a la primera unión de las generaciones femeninas (1936-1980)

Generaciones femeninas	Edad mediana a la 1ª. unión (años)
1936-1938	18
1951-1953	19
1966-1968	20
1978-1980	21

Fuente: Encuestas demográficas retrospectivas EDER-1998 y EDER 2011

En México, la nupcialidad no es un freno para limitar los nacimientos. La reducción de la fecundidad, desde su inicio, es dependiente del uso de los métodos modernos de anticoncepción.

Una fecundidad natural hasta finales de los años 1960

En trabajos anteriores, observamos claramente que las mujeres nacidas antes de 1936 no experimentan cambios de la fecundidad marital, que se mantiene a un nivel de 8.4 hijos por mujer unida en ausencia de mortalidad (Zavala de Cosío, 1992 b). Las mujeres con una primera unión antes de los 20 años de edad tienen los mismos niveles de fecundidad marital que las mujeres no maltusianas del antiguo régimen en Europa y Quebec (Henry, 1953). Los elementos que permiten afirmar este resultado, en las generaciones 1920-1936, son características típicas de las poblaciones con una fecundidad *natural* según la definición de Louis Henry : una tendencia lineal de la descendencia final en función de la edad a la primera unión, probabilidades de crecimiento superiores a 90 por 100 hasta el sexto nacimiento, curvas convexas hacia abajo de las tasas específicas de fecundidad que son independientes de la edad a la primera unión y de las variables socio-económicas como la escolaridad y el tamaño de la localidad de residencia (Zavala de Cosío, 1992 b).

A partir de las generaciones nacidas en 1937, cambian los patrones de fecundidad. Empiezan a ampliarse las diferencias entre la fecundidad rural, urbana y metropolitana. Las mujeres más escolarizadas tienen menos hijos que las poco escolarizadas en todas las edades y las curvas de fecundidad empiezan a ser cóncavas hacia arriba, claramente relacionadas con la edad a la primera unión. En estas generaciones transicionales, las mujeres unidas a partir de los 20 años

de edad presentan tasas de fecundidad inferiores a las mujeres unidas a los 15-19 años de edad (Zavala de Cosío, 1992 b).

Podemos aplicar a la sociedad mexicana la definición de Norman Ryder de dos modelos de transición demográfica, que en este caso coexisten: “uno aplicable a las sociedades que inventaron la modernización, otro aplicable a las (sociedades) en las cuales la modernización se impuso en cierto grado” (Ryder, 1983). Hay 15 años de diferencia entre los inicios de la transición de la fecundidad entre las mujeres de las grandes ciudades y más escolarizadas, que encabezan el cambio (*las pioneras*) a partir de la segunda mitad de los años 1960, y la gran mayoría de las mujeres mexicanas, que empiezan a controlar sus nacimientos después del pleno desarrollo del programa oficial de planificación familiar en los años 1980 (Juárez et al., 1996).

Esta dualidad se explica por las diferencias en el rol social de las mujeres, cuya transformación empieza en las zonas urbanas más importantes, con la escolaridad, la entrada al mercado del trabajo, cambios en el valor social de los hijos (de mayor calidad y menos cantidad) y evoluciones en las normas y representaciones de género. El segundo modelo se observa en las zonas menos desarrolladas del país, entre las mujeres menos educadas, donde no cambian tanto los modelos familiares tradicionales y las desigualdades sociales y de género. El Programa Nacional de Planificación Familiar se implementa a partir de 1977 y difunde los métodos modernos de anticoncepción entre los grupos sociales que no hubieran cambiado tan masivamente sus comportamientos reproductivos si no hubiera existido el programa, con lo cual se extiende la reducción de la fecundidad en México a nivel nacional (Zavala de Cosío, 1992 b).

4. Más de tres décadas de control de la fecundidad en las uniones, a partir de 1975

La fecundidad empieza a disminuir a partir de las generaciones 1937-1941, que tienen en promedio 37 años de edad en el año 1976, cuando se empieza a aplicar la Ley General de Población proclamada el 11 de diciembre de 1973. Estas generaciones empiezan a limitar sus nacimientos antes de ese cambio legal y de la elaboración de los programas de planificación familiar (Zavala de Cosío, 1992 b). Las tasas globales de fecundidad se reducen notablemente a partir del periodo 1975-1980 (gráfica 3). Esto corresponde a las generaciones femeninas

transicionales, que son las nacidas entre los años 1940 y 1950. El cuadro 8 muestra sus descendencias finales.

Cuadro 8. Descendencias finales
de las generaciones femeninas (1932-1966)

Generaciones	Descendencias finales
1932-36	6.8
1937-41	6.2
1942-46	5.6
1947-51	4.6
1952-56	4.0
1957-61	3.3
1962-66	2.5

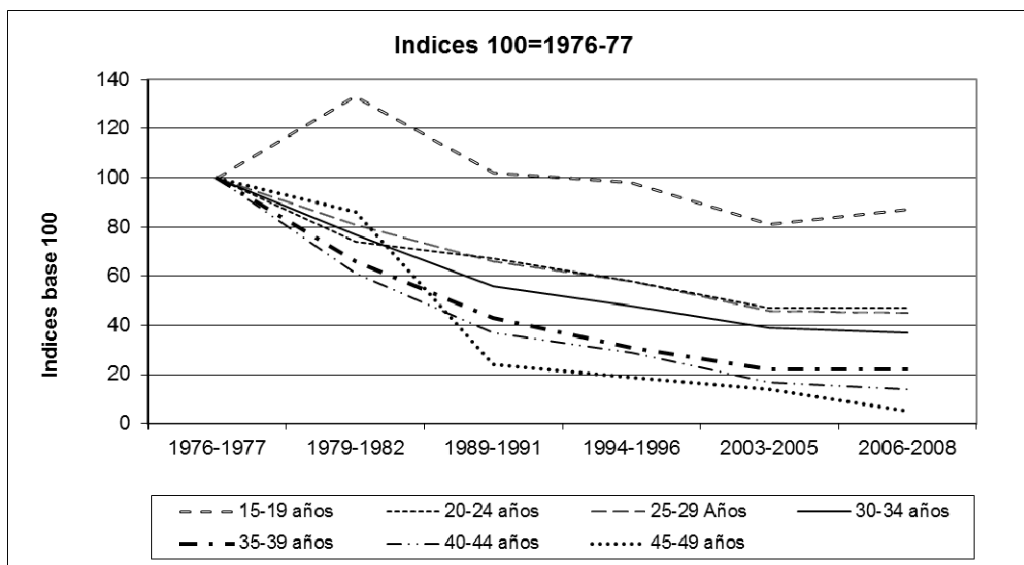
Fuente: Zavala de Cosío, 1992 a, Eder 1998 y 2011

En su promulgación, la Ley General de Población (1973), el Reglamento (1976) y el Plan Nacional de Planificación Familiar (1977), tienen como objetivo una tasa anual de crecimiento demográfico del 1% en el año 2000. De allí se calculan cuántas usuarias de métodos anticonceptivos son necesarias. Se encarga su reclutamiento a los médicos y al sector salud, con la distribución de píldoras hormonales, DIU y la realización de esterilizaciones femeninas. El programa mexicano de planificación familiar es muy eficiente en esa tarea y se dirige ante todo a mujeres al final de su vida reproductiva, para evitar las familias numerosas. Los métodos definitivos (la esterilización femenina) se utilizan ampliamente, muchas veces como primer o segundo método en la vida fértil (Brugeilles, 2005 y 2011). Las mujeres unidas con hijos son las clientas favoritas de los servicios de planificación familiar, que les proporcionan los métodos anticonceptivos y realizan las esterilizaciones. Aunque existen varios programas específicamente dirigidos a las y a los jóvenes, mujeres y hombres célibes sin hijos, éstos tienen pocos resultados. Se comprueba con algunos datos, como por ejemplo con el hecho de que en la primera relación sexual, 80% de las mujeres en edades fértiles no usan métodos anticonceptivos (ENADID, 2009).

En el grupo 15-19 años, la fecundidad femenina no se reduce de manera comparable a los grupos de mujeres de más edad, como lo muestra la gráfica 5. Calculamos índices a partir de las tasas específicas de fecundidad, tomando como punto de referencia el año 1976-1977 igual a 100. Los índices para el grupo de edades 15-19 años van de 100 a 81 con una pendiente moderada, cuando todos los demás grupos de edades están muy por debajo. Entre los 20 y los 34 años, los índices pasan de 100 en el año inicial (1976-1977) a alrededor de 40; y después de los 35 años de edad, de 100 a menos de 20. Las tasas específicas de fecundidad disminuyen muy rápidamente después de los 35 años de edad, lo que genera el rejuvenecimiento del calendario de la fecundidad (gráfica 5).

Gráfica 5. Índices de evolución de las tasas específicas de fecundidad 1976-2008

100 = 1976-1977



Fuentes: EMF, END, ENADID 1992, 1997, 2006, 2009

A partir de 2003, en los últimos cinco años observados con las encuestas de fecundidad mexicanas, se estabilizan las tasas específicas de fecundidad entre los 15 y los 40 años de edad, bloqueando la reducción de la fecundidad (gráfica 5). Mier y Terán (2011) al analizar el periodo 1999-2009 con datos censales, observa que “las grandes reducciones ocurren en las edades mayores. Entre las mujeres de 35 a 39 años, la paridad media disminuye de 4.1 a 2.5 hijos y entre las de 50 a 54 años de 6.1 a 3.7. En cambio, las reducciones en los grupos jóvenes son limitadas o nulas. El grupo de 15 a 19 años tiene una fecundidad acumulada relativamente baja (0.2 hijos) pero llama la atención que prácticamente no descienda en estos veinte años analizados. En las edades de 20 a 24 años, la paridad media sólo baja de 1.0 en

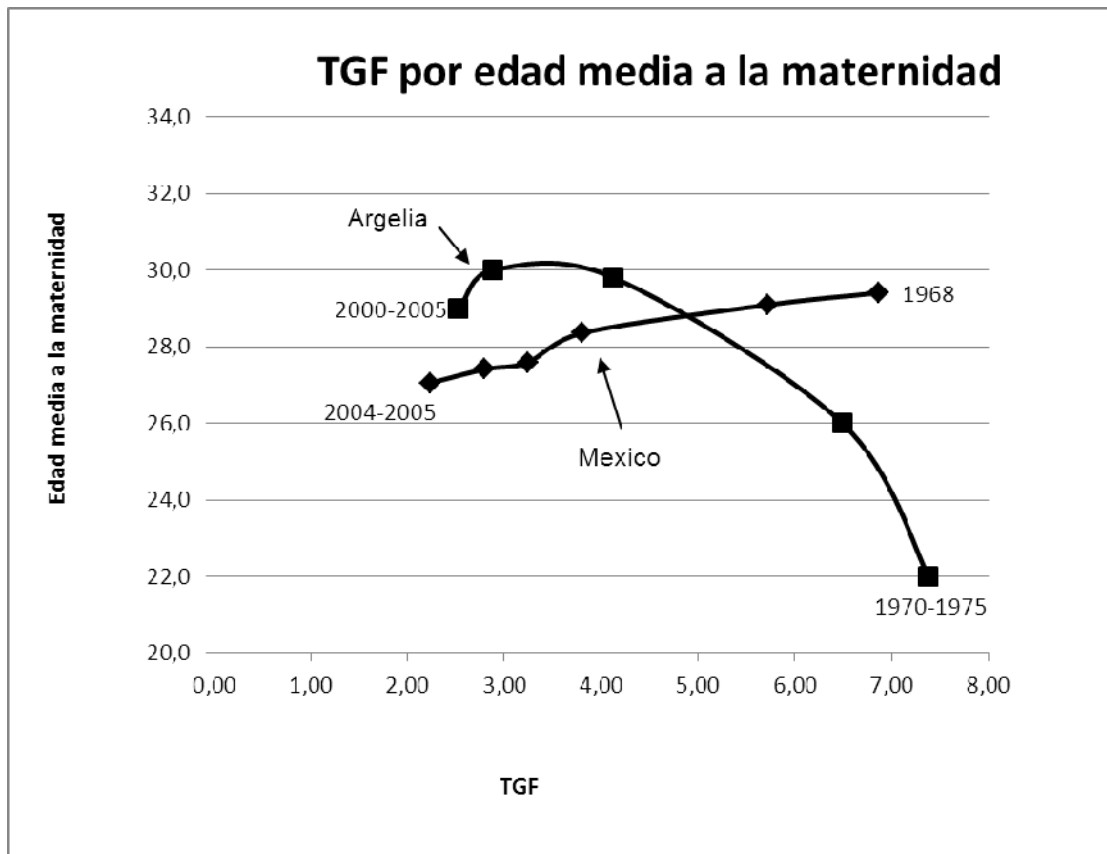
1990 y a 0.8 en 2000, y permanece constante en la última década. Incluso en el grupo de 25 a 29 años, el descenso es muy limitado en la última década (1.7 a 1.5 hijos)” (Mier y Terán, 2011, p. 59).

Mier y Terán señala igualmente que la tasa global de fecundidad “es de 2.78 en 1999 y 2.36 en 2009, lo que refleja un descenso de 1.6 % anual, inferior al observado en los años anteriores, pero no despreciable, dados los niveles relativamente bajos en los que se encuentra la fecundidad del país” (Mier y Terán, 2011, p. 60).

En resumen, durante todo el proceso de la transición de la fecundidad en México representado en la gráfica 3, el rejuvenecimiento de calendario frena la reducción de las tasas globales de fecundidad que llegan a 2.4 hijos por mujer en 2009 (Mier y Terán, 2011). Sin embargo, las descendencias finales disminuyen regularmente a partir de las generaciones femeninas nacidas en 1947 (Zavala de Cosío, 1992 a). Se concentran cada vez más los nacimientos en los tres primeros grupos de edad, con una cúspide a los 20-24 años (gráfica 4). El rejuvenecimiento constante de la fecundidad mexicana es un rasgo muy particular, en comparación a la mayoría de los países con fecundidad cercana al nivel de reemplazo, ya que, en regla general, éstos retrasan significativamente su nupcialidad y fecundidad.

En México, con la baja de la tasa global de fecundidad, disminuye la edad media a la maternidad (gráfica 6) o sea una tendencia inversa a la evolución en África del Norte (Ouadah-Bedidi et al., 2012) y en Europa (Avdeev et al., 2011). En la gráfica 6, comparamos México con Argelia, ya que estos dos países conocen una reducción semejante en las tendencias de la fecundidad, entre 1975 y 2005, al pasar de más de 7 a casi 2 hijos por mujer. La gráfica 6 revela que las edades medias a la maternidad evolucionan en sentido inverso: una reducción en México (de 29 a 27 años) y un aumento en Argelia (de 22 a 30 años). Se confirma la singularidad de la nupcialidad mexicana.

Gráfica 6. Tasas globales de fecundidad y edad media a la maternidad, 1975-2005



Fuente: Welti, 2010; Ouadah-Bedidi et al., 2012

La influencia de la urbanización y de la escolaridad

En México, la transición demográfica comienza en las grandes ciudades y entre las categorías sociales con mayor escolaridad femenina, revelando la heterogeneidad interna de la población (Zavala de Cosío, 1992 b) que separa las localidades urbanas de las rurales (cuadro 9) y los diferentes niveles de escolaridad (gráfica 7). Los cambios no se realizan al mismo ritmo en cada grupo de la población.

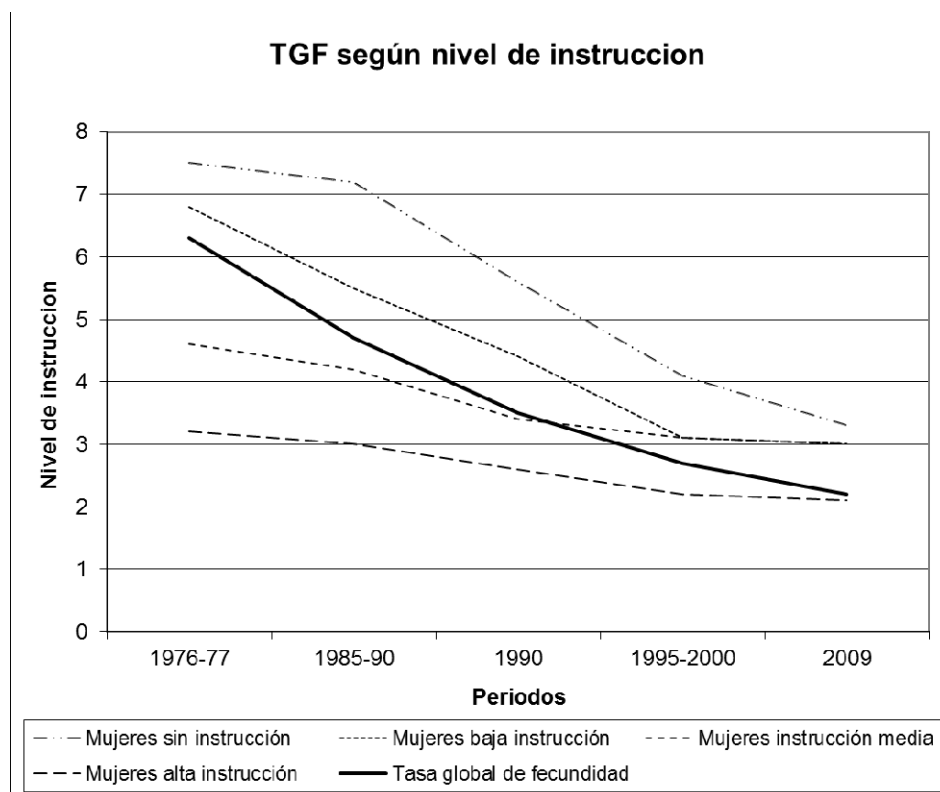
Cuadro 9. Evolución de la tasa global de fecundidad según el tamaño de localidad 1976-2008

Tasa global de fecundidad	Periodos						
	1976-77	1986	1991	1996	2002	2005	2008
Rural	7.6	6.0	4.5	3.7	3.3	3.1	2.8
Urbano	5.6	3.5	2.8	2.5	2.2	2.2	2.1
Nacional	6.3	4.2	3.2	2.8	2.5	2.3	2.2

Fuente: Encuestas de fecundidad EMF, ENFES, ENADID, ENSAR

El cuadro 9 señala que la baja de la fecundidad es del 63 por ciento entre 1976 y 2008, en las localidades menores a 2 500 habitantes (de 7.6 a 2.8 hijos por mujer), casi igual al 62.5 por ciento de reducción de las localidades urbanas (de 5.6 a 2.1 hijos por mujer en el periodo 1976-2008).

Gráfica 7. Evolución de la tasa global de fecundidad según el nivel de instrucción, 1976-2009



Fuente: EMF, END, ENADID

En cambio, son las mujeres sin instrucción y con baja instrucción, que experimentan las mayores reducciones de fecundidad (56% entre 1976 y 2009), determinando el ritmo de disminución de las tasas globales de fecundidad a nivel nacional en los años más recientes (gráfica 7). Las mujeres con instrucción alta (34% de reducción entre 1976 y 2009) que alcanzan niveles bajos de fecundidad desde los años 1990, ya casi no reducen su fecundidad al final del periodo. En 2009, las mujeres sin instrucción y de baja instrucción todavía tienen un hijo más que las de alta instrucción, pero convergen los niveles en una sociedad en la que se difunde poco a poco el ideal de familia de alrededor de tres hijos por mujer (cuadro 10).

Aunque el número ideal de hijos varía según el nivel de instrucción, las diferencias se reducen entre las mujeres sin escolarización y las más escolarizadas desde 1976, cuando la diferencia es de 1.5 hijos, y 2003 con una diferencia de 0.8 hijo (cuadro 10). Los nacimientos no deseados hacen la diferencia entre los grupos, ya que las mujeres con poca instrucción tienen más hijos no deseados que las mujeres con instrucción media y alta (Wong, 2011).

Sin embargo, “si bien las necesidades [no satisfechas de anticoncepción] han disminuido (...), las mujeres del estrato socioeconómico muy bajo, con ninguno o pocos años de escolaridad; las que habitan en zonas rurales, las que hablan alguna lengua indígena, o viven en entidades de muy alta y alta marginación muestran las mayores NNSA” [necesidades no satisfechas de anticoncepción] (Aparicio, 2007). Estos datos confirman la heterogeneidad interna del proceso de transición de la fecundidad en México.

Cuadro 10. Número ideal de hijos según nivel de instrucción 1976-2003

Nivel de instrucción	1976	1987	1997	2003
Sin escolaridad	5.0	4.3	4.1	3.7
Primaria incompleta	4.8	3.6	3.8	3.8
Primaria completa	3.9	3.1	3.3	3.4
Secundaria y más	3.5	2.7	2.7	2.9

Fuente: Menkes Bancet et al., 2007

Entre las variables intermedias de la fecundidad que explican su reducción acelerada, es muy importante el uso de los métodos anticonceptivos modernos. En 1987, la prevalencia de uso es de 53 % con 45 % de métodos modernos. Diez años después, estas proporciones aumentan respectivamente a 68 y 56%. En 2006, alcanzan 71 % y 65 % respectivamente (cuadro 11).

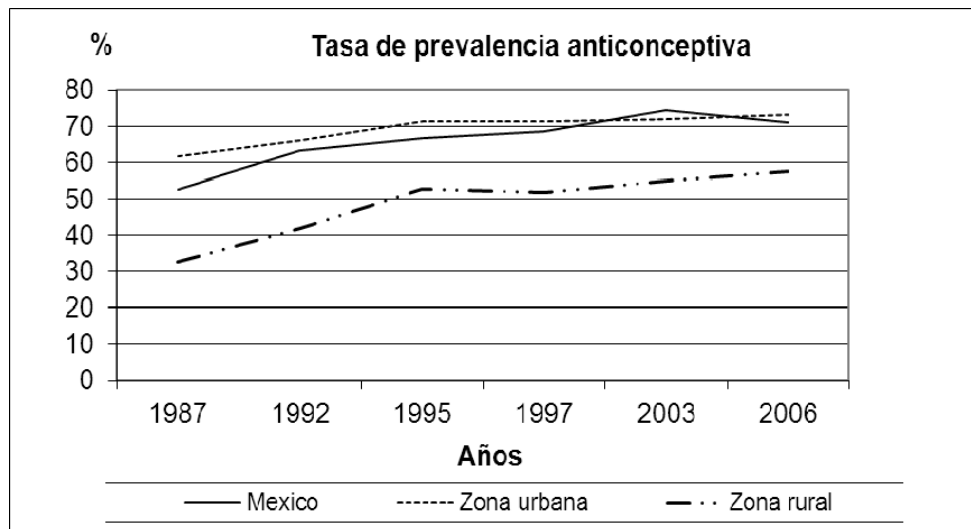
Cuadro 11. Prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos tradicionales y modernos, 1987-2006

	1987	1992	1997	2003	2006
Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos	53	63	68	75	71
Uso de método tradicional	8	8	12	5	5
Uso de método moderno	45	54	56	65	65

Fuente: CELADE, 2012; ENSAR, 2003.

El tamaño de la localidad de residencia y el nivel de instrucción diferencian claramente el uso de la anticoncepción. Las mujeres urbanas son las primeras en usar intensivamente los métodos con 62% de usuarias en 1987. Sin embargo, las mujeres rurales aumentan sus tasas de prevalencia de uso de anticonceptivos a un ritmo mucho más veloz, pasando de 33 por ciento en 1987 a 52% en 1997. En 2006, las tasas de prevalencia son respectivamente de 73% entre las mujeres urbanas y 58 % entre las mujeres rurales (gráfica 8).

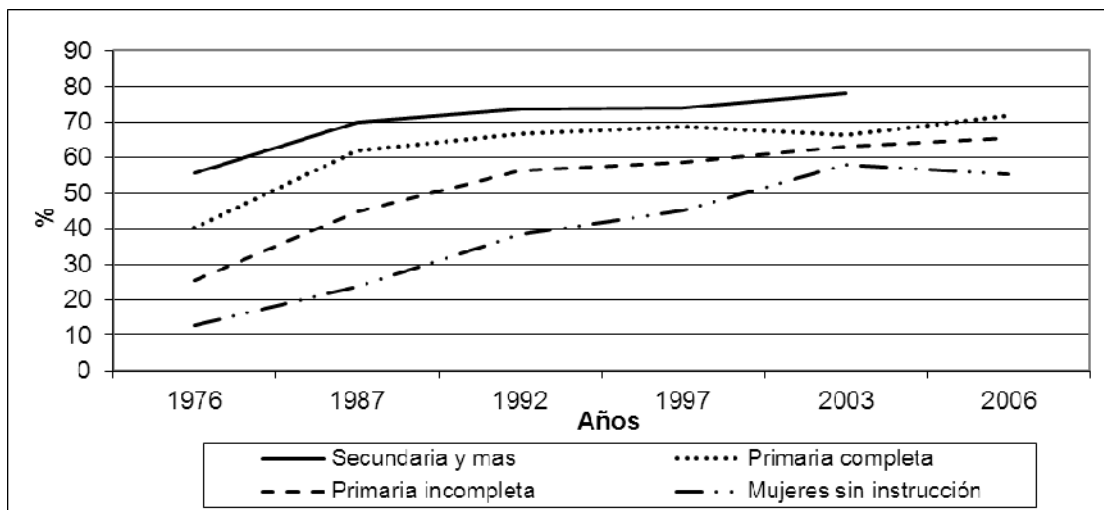
Gráfica 8. Prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos según residencia urbano o rural, 1987-2006



Fuente: elaboración propia a partir de datos de CELADE 2012

La gráfica 9 muestra una fuerte asociación positiva entre las tasas de prevalencia anticonceptiva y el nivel de instrucción: mientras mayor el nivel de instrucción, mayor la tasa de prevalencia de uso anticonceptivo. Sin embargo, la pendiente de las curvas es más acentuada conforme disminuye el nivel de instrucción en todo el periodo 1987-2006, prueba de que son las mujeres de poca instrucción las que modifican más el uso de métodos anticonceptivos. En el año 2003, hay una clara convergencia en el comportamiento anticonceptivo de las mujeres de diferentes niveles de instrucción. Se reducen las diferencias en la prevalencia anticonceptiva entre las mujeres sin instrucción (58%), con primaria completa (67%) y con secundaria y más (78%). El emparejamiento de los comportamientos reproductivos en México, entre los diferentes sectores sociales, explica la convergencia en los niveles de fecundidad (gráfica 7).

Gráfica 9. Prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos, según el nivel de instrucción, 1987-2006



Fuente: Chávez Galindo et al., 2007, p.121.

5. El envejecimiento de la población y el bono demográfico

Las evoluciones de la mortalidad y de la fecundidad observadas en los párrafos anteriores tienen consecuencias significativas en las estructuras y en los efectivos de la población, en el pasado, el presente y el futuro. Uno de los resultados más importantes de la reducción de la fecundidad es el envejecimiento previsible de la población.

Cuadro 12. América latina y Caribe, México. Población mayor de 65 años
1950-2050. Proyección media.

Años	AL y Caribe Efectivos (miles)	Porcentajes (%)	México Efectivos (miles)	Porcentajes %
1950	5875	3.5	966	3.5
1955	6722	3.5	1043	3.2
1960	7998	3.6	1259	3.3
1965	9689	3.8	1575	3.5
1970	11587	4	1933	3.7
1975	13727	4.2	2263	3.8

1980	16171	4.5	2651	3.9
1985	18540	4.6	3021	4.0
1990	21712	4.9	3647	4.3
1995	25707	5.3	4414	4.8
2000	30109	5.8	5293	5.3
2005	35057	6.3	6142	5.8
2010	40658	6.9	7201	6.3
2015	48047	7.7	8445	7.0
2020	58307	8.9	10463	8.3
2025	70510	10.4	12946	9.9
2030	85002	12.1	15826	11.7
2035	99484	13.8	19107	13.8
2040	114075	15.5	22935	16.2
2045	128860	17.3	26133	18.3
2050	143445	19.1	28697	19.9

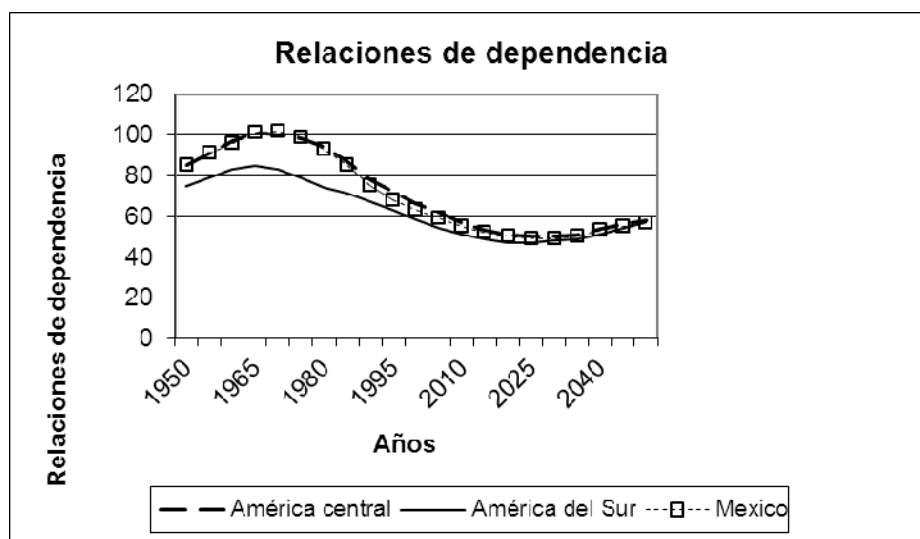
Fuente: ONU, 2011

Las transiciones demográficas en América latina en general, y en México en lo particular, significan cambios importantes en las estructuras por grupos de edades. En un primer momento, la reducción de la mortalidad hace aumentar el grupo de menores de 15 años, rejuveneciendo las poblaciones. En un segundo momento, la reducción de la fecundidad hace disminuir rápidamente la proporción de niños de 0 a 14 años de edad. El porcentaje de personas mayores de 65 años, inferior al 10%, todavía no es muy importante y se prevé que alcance ese porcentaje después del año 2025 en México (ONU, 2011). El grupo de población que aumenta más, durante la transición demográfica, son los adultos entre 15 y 59 años. A estas transformaciones de las estructuras de edades se le denomina “el bono demográfico”, y es el periodo de duración limitada durante el cual las poblaciones dependientes disminuyen con relación a las edades activas, o sea que se reducen las relaciones de dependencia.

El cuadro 12 muestra que los efectivos de latinoamericanos y caribeños de 65 años y más rebasan los 40 millones de personas en 2010, efectivos que se duplicaron en 20 años (21 millones en 1990) y que se duplicarán una vez más en 20 años, en el 2030 (con 85 millones

proyectados). En 2050, se estima en 142 millones a la población mayor de 64 años de edad en América latina y el Caribe, casi la quinta parte de la población (cuadro 12). Para México, las evoluciones son muy semejantes: 3.6 millones en 1990, 7.2 millones en 2010 (se duplica) y 15.8 en 2030, duplicándose una vez más poco antes de esa fecha. En 2050, se estima que habrá 28.7 millones de personas de 65 años y más de edad, la quinta parte de la población total del país (ONU, 2011).

Gráfica 10 Evolución de las relaciones de dependencia en 1950-2050 en México, América central y del Sur



Fuente: ONU, 2011

Estas cifras hacen resaltar el enorme impacto de las transiciones demográficas sobre el crecimiento de la población y las estructuras por edades. Además de ser un fenómeno universal e ineluctable, también tiene consecuencias mayores desde el punto de vista económico y social. La relación de dependencia³ aumenta mucho durante la fase de reducción de la mortalidad (rejuvenecimiento de la población), con una cúspide entre 1965 y 1975, para luego disminuir significativamente durante la fase de reducción de la fecundidad (gráfica 9) y el periodo de bono demográfico. A partir de 2030, la relación de dependencia empieza a aumentar nuevamente, como consecuencia del envejecimiento de la población, la fase final de la transición demográfica.

³ Es la relación entre el efectivo de la población « dependiente » (menores de 15 años y mayores de 60 años) entre la población de edad activa (adultos de 15-59 años de edad)

Cuadro 13. América latina. Años de inicio y final de la reducción de las relaciones de dependencia*

País	Año de valor máximo	Año de valor mínimo
Argentina	1989	2032
Bolivia	1974	2041
Brasil	1964	2007
Chile	1966	2011
Colombia	1965	2017
Costa Rica	1965	2014
Cuba	1974	1991
Ecuador	1965	2025
El Salvador	1968	2028
Guatemala	1988	2050
Haití	1970	2039
Honduras	1972	2040
México	1966	2022
Nicaragua	1965	2035
Panamá	1968	2020
Paraguay	1962	2038
Perú	1967	2017
Rep. Dominicana	1965	2027
Venezuela	1966	2020

* Relación entre los niños menores de 14 años y las personas de 60 años y más

Fuente: CELADE, proyecciones 2012.

El cuadro 13 señala el tiempo necesario para que la relación de dependencia pase de su máximo a su mínimo, diferente según las características de la transición demográfica en cada país. En México, empieza el cambio en 1966 y termina en 2022 según las proyecciones de las

Naciones Unidas, o sea que se realiza en poco más de medio siglo (56 años). Con respecto a otros países, se observan grandes variaciones en la duración de ese periodo, 76 años en Paraguay comparado a 17 años en Cuba (cuadro 13). Algunos países ya terminaron (Cuba desde 1991) otros lo terminarán dentro de varias décadas (como Guatemala en 2050).

La Comisión Económica para América latina (CEPAL) menciona que el bono demográfico es uno de los motores del combate contra la pobreza en América latina y el Caribe, junto con el crecimiento económico y las transferencias sociales. Contribuye a la reducción de la pobreza en el periodo 1990-2002 junto con el ingreso *per cápita*, procedente de los ingresos laborales, que aumenta de manera regular al reducirse las relaciones de dependencia, el tamaño medio de los hogares y la fecundidad. Este efecto se va a borrar poco a poco a medida del envejecimiento de la población, sobre todo entre 2010 y 2050 (CEPAL, 2009).

6. Tres explicaciones de la transición demográfica en México

¿Cómo se explican las modalidades de la transición demográfica en México, entre 1930 y 2010, y las características de la fecundidad cercana al nivel de reemplazo? ¿son éstas originales o se insertan en un conjunto de países con evoluciones semejantes?

Proponemos tres tipos de explicación, que no son excluyentes una de la otra, en base a las observaciones de la transición hacia fecundidades bajas que han tenido lugar en otras épocas y en otras regiones.

Una primera explicación es que las políticas de población y los programas de planificación familiar han facilitado el acceso a los métodos modernos de anticoncepción, para todos los grupos sociales, aunque algunos queden aún al margen (Aparicio, 2007), pero sin afectar el nivel general. Sin embargo, como lo muestra Irène Théry, los cambios legislativos acompañan los cambios en los comportamientos “sin que los unos sean las consecuencias de los otros” (Théry, 2000).

Es así como, en México, las mujeres “pioneras” empiezan a limitar sus descendencias varias décadas antes de la nueva Ley de Población de 1973 (Zavala de Cosío, 1992 b). La idea de una fecundidad controlada se generaliza en México por varios conductos que no son únicamente legislativos e institucionales, tanto en los grupos urbanos y escolarizados, donde las normas maltusianas se relacionan con el progreso social, como en los grupos vulnerables,

donde prevalece el malthusianismo de pobreza (Zavala de Cosío, 1992 b). Esto quiere decir que los cambios económicos, sociales y culturales tienen mucho peso, independientemente de las políticas.. Se observa que en Brasil, donde no se ha llevado a cabo una política de población sistemática, las evoluciones de la fecundidad son muy similares a las mexicanas. Como escribe Jacques Vallin, “es más importante tomar las medidas necesarias para adaptar nuestras sociedades y nuestras economías a los cambios demográficos que tratar de impedir éstos”⁴ (Vallin, 2011, p. 345)

Un segundo tipo de explicación se basa en los cambios de roles de género. Las mujeres son fundamentales en las transformaciones demográficas y sociales, ya que la limitación de los nacimientos se basa en los métodos femeninos de anticoncepción (píldora, DIU, esterilización femenina). La participación femenina en la actividad económica aumenta significativamente. También los niños y niñas asisten cada vez más a la escuela. Pero los roles de madre y esposa y las formas familiares no se transforman en profundidad en México, ya que para la mayoría de las mujeres mexicanas, la primera etapa de entrada a la vida adulta es la primera unión (Coubès et al., 2005), siendo central la familia para las mujeres. Esto explica en gran parte porqué persiste una fecundidad temprana con edades jóvenes de entrada en unión.

El modelo de la familia mexicana no propicia, por el momento, el individualismo y la autonomía personal, como por ejemplo en Francia a partir de los años 1960 (Bonvalet, 2011). Sin embargo, la vida reproductiva se acaba pronto, ya que la operación femenina se banaliza en las uniones “como primer método, aún entre las jóvenes con pocos hijos” (Brugeilles, 2005, p.141). Esos comportamientos contribuyen a la construcción de un modelo joven de formación familiar en México, con una nupcialidad precoz en promedio, pocos hijos y una fecundidad que se termina tempranamente. Nos podemos preguntar sí esta situación va a perdurar o si los roles de género van a cambiar en profundidad. No hay todavía señales de que esto vaya a ocurrir muy pronto.

Finalmente, un tercer tipo de explicación es el de los modelos de transición de la fecundidad. Festy propone la idea de que hay dos tiempos en la reducción de la fecundidad hacia los niveles más bajos, en base a un análisis sobre las evoluciones de los países europeos y de los Estados Unidos (Festy, 1979). En un primer tiempo, la baja de la fecundidad acaba con las

⁴ « Il est peut être plus important de prendre les mesures susceptibles d’adapter nos sociétés et nos économies aux changements démographiques que de chercher à contrecarrer ces derniers »

familias numerosas y se concentra la fecundidad en las edades jóvenes. Después sigue una segunda fase de las etapas finales de la disminución de la fecundidad, donde un retraso en los nacimientos provoca el envejecimiento del calendario de la fecundidad, o sea una elevación en la edad a la maternidad (Festy, 1979). A niveles de reemplazo de la fecundidad, datos recientes de los países europeos muestran que se registran constantemente cambios en los calendarios de la fecundidad, debidos a coyunturas diversas, que hacen fluctuar las tasas globales de fecundidad, por encima o por debajo del nivel de las descendencias finales de las generaciones que son más estables (Adveev et al., 2011). Además, “en los años recientes, el aumento sensible de la fecundidad en Suecia y en diferentes países en el oeste del continente [europeo] sugiere que el movimiento de elevación de las edades a la maternidad ha alcanzado sus límites” (Adveev et al, 2011, p. 31).

Esta hipótesis determinista sugiere que México está todavía en la primera fase de su transición de la fecundidad y que el segundo tiempo va a llegar posteriormente. Las tres hipótesis de explicación no son incompatibles entre sí, ya que las tres significan que no se ha acabado la transición demográfica en México y que los cambios se van a prolongar junto con evoluciones a venir en los campos institucionales, de género y demográficos. De hecho, ya hay indicios de que el retraso a la primera unión y al nacimiento del primer hijo existen en algunos sectores de la población, aunque son minoritarios. Tenemos que esperar para saber si esas evoluciones se van a generalizar o no.

En conclusión, la transición demográfica mexicana es original, con el efecto principal de la nupcialidad temprana. Sin embargo, se inscribe dentro de los patrones de evolución de varios países latinoamericanos, que, comparativamente, son cercanos a México. Hay grandes diferencias con los ejemplos europeos y magrebinos a pesar de niveles ahora comparables de baja fecundidad. Podemos hablar de similitudes culturales, económicas y sociales que emparejan las evoluciones en América latina y el Caribe, pero cada transición demográfica, entre ellos la mexicana, tiene sus características propias. La transición mexicana se distingue claramente por la nupcialidad temprana que perdura hasta esta segunda década del siglo XXI.

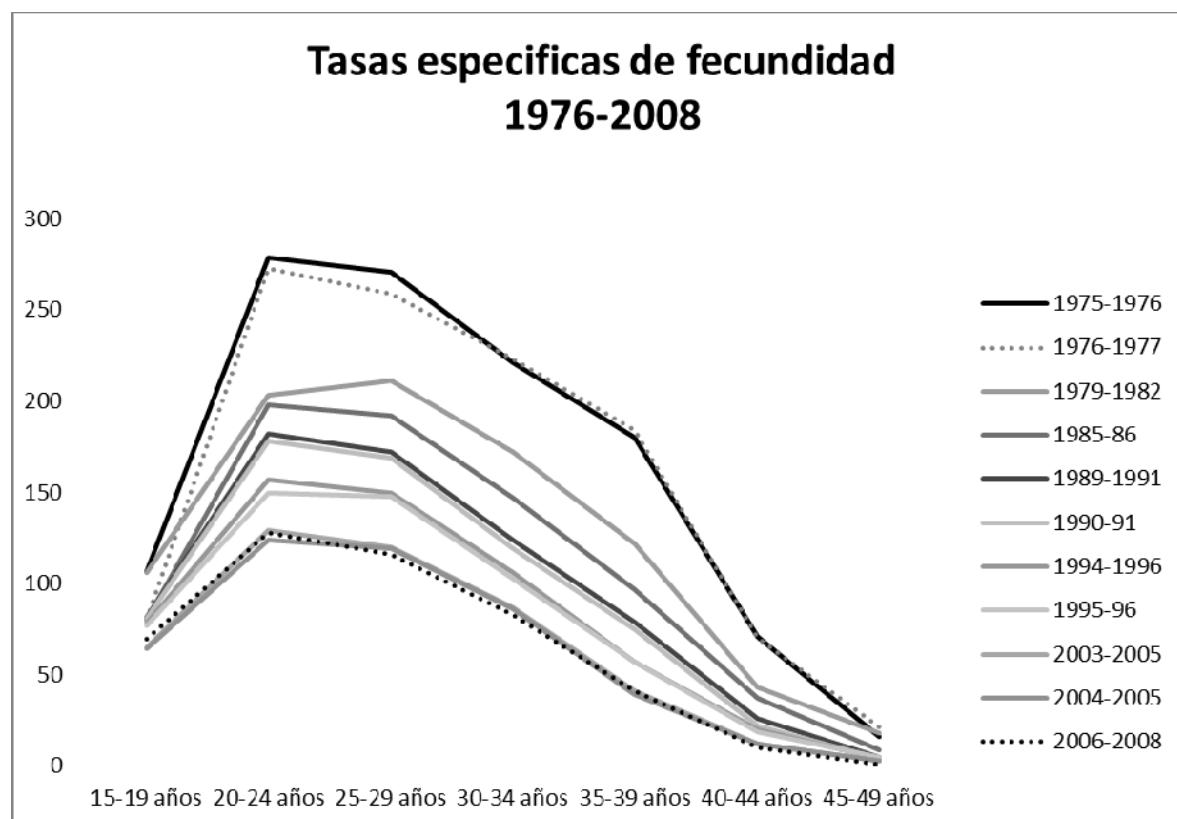
ANEXOS

A.1. Lista de las encuestas mexicanas utilizadas

EMF 1976-77, Encuesta mexicana de fecundidad
END 1982, Encuesta nacional demográfica
ENFES 1987, Encuesta nacional de fecundidad y salud
ENADID 1992, Encuesta nacional de la dinámica demográfica
ENADID 1997, Encuesta nacional de la dinámica demográfica
ENSAR 2003, Encuesta nacional de salud reproductiva
ENADID 2006, Encuesta nacional de la dinámica demográfica
ENADID 2009, Encuesta nacional de la dinámica demográfica
EDER 1998, Encuesta demográfica retrospectiva
EDER 2011, Encuesta demográfica retrospectiva

A. 2. Tasas específicas de fecundidad según grupos de edad, 1976-2009

Gráfica A.1. Tasas específicas de fecundidad 1976-2008



Fuente: Conapo, Principales Indicadores de Salud Reproductiva, 2012 y Welti 2010

Cuadro A.1. Tasas específicas de fecundidad 1976-2008

Edad	EMF 1976-1977	END 1979-1982	ENADID 1989-1991	ENADID 1994-1996	ENADID 2003-2005	ENADID 2006-2008
15-19 años	80	106	81.4	78	64.8	69.5
20-24 años	273	203	182	157	129	128
25-29 años	259	211	172	150	120	116
30-34 años	223	172	124	106	87	83
35-39 años	184	122	79	57	41	41
40-44 años	70	43	26	20	12	10
45-49 años	21	18	5	4	3	1

Fuente: Conapo, Principales Indicadores de Salud Reproductiva, 2012

Edad	1975-1976	1985-86	1990-91	1995-96	2004-2005
15-19 años	107	80	81	77	64
20-24 años	279	198	178	150	124
25-29 años	271	192	169	148	119
30-34 años	221	147	119	103	86
35-39 años	180	97	75	57	39
40-44 años	71	37	22	19	12
45-49 años	16	9	4	5	3

Fuente: Welte, 2010

BIBLIOGRAFÍA

1. ADVEEV, A. et al. (2011), "Populations et tendances démographiques des pays européens (1980-2010)" *Population*, vol. 66, núm. 1, pp. 9-133.
2. AGUIRRE, Alejandro (1986), "Tasa de crecimiento poblacional de 1% en el año 2000: una meta inalcanzable", *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 1, núm. 3 (3), pp. 443-474.
3. APARICIO, R. (2007), "Necesidades no satisfechas de anticoncepción. Un análisis de la Ensa 2003", en Ana María Chávez Galindo, Patricia Uribe Zúñiga y Yolanda Palma Cabrera, *La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*, México, Secretaria de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, pp. 133-143.
4. ARRIAGA, E. (1968), *New life tables for Latin American populations in the nineteenth and twentieth centuries*, Berkeley, University of California, pp. 324.
5. ARRIAGA, E. (1970), *Mortality Decline and its demographic effects in Latin America*, Berkeley, University of California, pp. 232.
6. BONVALET; C. (2011), *Réinventer la famille, l'histoire des baby-boomers*, C. Clément y J. Ogg co-autores, Paris, PUF, Collection le Lien social, 373 p.
7. BRUGEILLES, C. (2005), "Tendencias de la práctica anticonceptiva en México: tres generaciones de mujeres", en Coubès Marie-Laure, Maria Eugenia Zavala de Cosío y René Zenteno (dir.), *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX: Una perspectiva de historias de vida*, México, M. A. Porrúa/El Colegio de la Frontera Norte, pp. 121-157.
8. BRUGEILLES, C. (2011), "Révolution contraceptive au Mexique. De la volonté divine à celle du médecin?", en Charton L. y Lévy J. J. (dir.), *La contraception: enjeux médicaux et sociaux*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, pp. 121-147.
9. CAMISA, Z. (1971), *La nupcialidad femenina en América Latina durante el período intercensal 1950-1960*, San José de Costa Rica, CELADE, pp. 44.
10. CAMPOSORTEGA, S. (1989), "La evolución de la mortalidad en México, 1940-1980", *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 4, núm. 2, p. 229-264.
11. CASTERLINE, J. B. y M. J. A. ADAMS (2009), *Unwanted Fertility in Latin America: Historical Trends, Recent Patterns*, Documento presentado a la reunión anual de la Population Association of America, Detroit, 30 de abril al 2 de mayo.

12. CELADE, 2012. Indicadores para el seguimiento regional del Programa de Acción del CPID,
<http://celade.cepal.org/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=ELCAIRO&MAIN=WebServerMain.inl> consultado el 28 de abril de 2012
13. CEPAL (2009), *Panorama Social de América Latina, 2009* , Santiago de Chili,
<http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/37839/P37839.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt> consultado el 28 de abril de 2012
14. CHACKIEL, J., “América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad” (Susana Schkolnik, co-autora) in Cosío-Zavala, M.E. (dir.) y Susana Schkolnik (2004), *La fecundidad en América latina Latina: ¿transición o revolución?*, CERPOS, Université de Paris X-Nanterre y Centro latinoamericano de Demografía (CEPAL-CELADE), Santiago de Chili, 41 p.
15. CHÁVEZ, A. M. et al. (2007), *La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*, México, Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, pp. 264.
16. CHÁVEZ, A. M. y MENKEL, Bancet C. (ed.) (2010), *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la Enadid 2006*, México, Secretaría de Salud/CRIM-UNAM/Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva, pp. 577.
17. CHESNAIS, J.C. (1986), *La transition démographique, étapes, formes, implications économiques*, Paris, PUF/INED, pp. 580.
18. COALE, A. J. (1973), “The demographic transition”, *International Population Conference*, Liège, UIESP, pp. 53-71.
19. COALE, A.J. y COTTS, S. (1986), *The decline of fertility in Europe*, Princeton, Office of Population Research, pp. 184.
20. CONAPO, 2012, México en Cifras, Salud reproductiva, Principales Indicadores de Salud Reproductiva Enadid 2009
http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=67&Itemid=197 consultado el 28 de abril de 2012
21. COSÍO-ZAVALA, M.E. (1988), *Changements de Fécondité au Mexique el Politiques de Population*, Paris, Université de Paris V, 2 tomes, pp. 637.
22. COSÍO-ZAVALA, M.E. (1993), “La transición demográfica en América Latina”, *Papers de demografia*, núm. 82, pp. 21.

23. COSIO-Zavala, M.E. (2011), « Demografía, pobreza, desigualdades », Capítulo 2, in *Los desafíos del desarrollo en América latina. Dinámicas socioeconómicas y políticas públicas*, Carlos Quenan et Sébastien Velut coord., Paris, Institut des Amériques (IA) y Agence Française de Développement (AFD), Coll. A savoir, n° 04, septiembre 2011, pp. 83-110 (traducción al español)
24. COUBES M. L., (2005), M.E. Zavala de Cosío y R. Zenteno (dir.), *Cambio demográfico y social en el México del siglo XX: Una perspectiva de historias de vida*, México, M. A. Porrúa/El Colegio de la Frontera Norte, 522 p.
25. FESTY, P. (1979), *La Fécondité des Pays Occidentaux de 1870 à 1970*, Paris, PUF/INED, pp. 398.
26. HENRY, L. (1953), *Fécondité des mariages, nouvelles méthodes de mesure*, Paris, INED/PUF, pp. 180.
27. INEGI (2012). *Censos de Población y Vivienda, 1895-2010*.
<http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo148&s=est&c=29192>.
Consultado el 30 de abril de 2012.
28. JUÁREZ, F. et al. (2009), “Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006?”, *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, Número Especial, pp. 1-14.
29. LANDRY, A. (1934), *La révolution démographique, Etudes et essais sur les problèmes de population*, Paris, Sirey, pp. 231.
30. LESTHAEGHE, R. (1983), “A century of demographic and cultural change in Western Europe”, *Population and Development Review*, núm. 9(3), pp. 411-435.
31. LESTHAEGHE R., 1998, *Ready, willing and able, A conceptualization of transitions to new behavioral forms*, (co-autora C. Vanderhoeft), Vrije Universiteit, Brussels
32. LOCOH, T. (1986), “Transitions de la fécondité et changements sociaux dans le Tiers Monde”, en *Les changements ou les transitions démographiques dans le monde contemporain en développement*, Paris, ORSTOM, p. 205-233.
33. MENKES BANCET, C. y MOJARRO, O. (2007), “Preferencias reproductivas en el último tramo de la transición demográfica” en Chávez A.M. et al. *La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*, México, Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, pp. 107-113
34. MIER Y TERÁN, M. (2011), “La fecundidad en México en las últimas dos décadas. Un análisis de la información censal”, *Coyuntura demográfica*, núm. 1, p. 57-61.

35. MC NICOLL, G., Institutional Determinants of Fertility Change, *Population and Development Review* 6, 3, 1980, pp. 441-462
36. ONU, Naciones Unidas, 1978. *Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas*, volumen 1, New York, pp. 116-121
37. ONU, Naciones Unidas, 2011. World Population Prospects, Revision 2011. Consultado en línea <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>, 19 de abril de 2012.
38. OUADAH-BEDIDI, Z., VALLIN, J. y BOUCHOUCHA I. (2012), “La fécondité au Maghreb: Nouvelle surprise”, *Populations et sociétés*, núm. 486, pp. 4.
39. RABELL, C. y MIER Y TERÁN ROCHA, M. (1986), “El descenso de la mortalidad en México de 1940 a 1980”, *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 1, núm. 1 (1), pp. 39-72.
40. RODRÍGUEZ WONG, L. (2011), “La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo – 1994”, *Serie Población y Desarrollo*, núm. 102, pp. 67.
41. RYDER, N. (1983), “Fertility and family structure”, in ONU, *Proceedings of the expert group on fertility and family*, New Delhi, p. 279-319.
42. SAUVY, A. (1956), *Théorie générale de la population*. Paris, PUF, Volume 1, 370 p.
43. TABUTIN, D. (1985), “Les limites de la théorie classique de la transition démographique pour l’Occident du XIX siècle et le Tiers actuel”, Florence, in UIESP, *Congrès International de la Population*, (4), p. 357-371.
44. THERY, I. (2000), « Les transformations des années 60-70 », in M. Chauvière et al. (dir.), *Les implicites de la politique familiale. Approches historique, juridique et politique*, Paris, Dunod, 291 p.
45. VALLIN, J., dir. (2011), « Faut-il une politique de population ? » in *Dictionnaire de Démographie et des Sciences de la Population*, co-dir. F. Meslé, L. Toulemon y J. Véron, Paris, A. Colin, pp. 340-346
46. WELTI, C. (2010), “Estimaciones de la fecundidad con la Enadid 2006”, en CHÁVEZ, A. M. y MENKEL BANCET, C. (ed.), *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la Enadid 2006*, México, Secretaría de Salud/CRIM-UNAM/Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva, pp. 166-200.
47. ZAVALA DE COSÍO, M.E., JUÁREZ, F. y QUILODRÁN, J. (1996), *Nuevas pautas reproductivas en México*, México, El Colegio de México, pp. 232.

48. ZAVALA DE COSÍO, M.E. (1992 a), "La transición demográfica en América Latina y en Europa", *Notas de Población*, vol. 20, núm. 56, pp. 11-32.
49. ZAVALA DE COSÍO, M.E. (1992 b), *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*, México, FCE y El Colegio de México, 326 p.