

Difusión de prácticas para restringir la procreación: pautas para el debate

Guaraci Adeodato Alves de Souza

I. Momentos del proceso en que se generalizan las prácticas para restringir la procreación

A PARTIR DE LOS AÑOS SESENTA, cuando las tasas de fecundidad en Brasil comenzaron a descender rápida y sistemáticamente, las clases elevadas y amplios sectores de la población, sobre todo los urbanos —con un grado de escolaridad más alto y acceso a servicios médicos—, ya habían adoptado ciertas prácticas que utilizaban de manera rutinaria para limitar la procreación.

Entre las mujeres de Bahía, de 45 a 49 años de edad y con ocho o más años de estudio, se encontró un promedio de 3.22 hijos nacidos vivos en las áreas urbanas y 4.53 hijos en las áreas rurales en 1970, promedios que estaban muy por debajo de los del estado como conjunto. Bahía era uno de los estados con fecundidad más elevada en el país.

Por lo tanto, la práctica de restringir la población ya se había difundido en los grupos que la ejercían para formar progenies pequeñas. La píldora y otros anticonceptivos se empezaron a usar de manera masiva desde la mitad de los años sesenta, de modo que esas mujeres se valieron de medios tradicionales, muy eficaces, para llevar a cabo prácticas como retrasar el nacimiento del primer hijo, otorgar mayor espaciamiento entre los hijos y terminar con la vida reproductiva mucho antes de que se presentara la menopausia (menos de 35 o 30 años). En Bahía y otros estados de Brasil las mujeres con ocho o más años de estudios acostumbra(n) contraer matrimonio más tarde que las de baja escolaridad. En 1970, 20% de jóvenes entre 20 y 24 años de edad con la escolaridad mencionada vivían en alguna forma de unión, mientras que entre las que tenían menor escolaridad la proporción variaba desde 43 hasta 50 por ciento.

El modo como se llevó a cabo tal proceso parece distinto al obser-

vado a partir de los años sesenta, cuando se generalizó la limitación de la progenie en los grupos con menor escolaridad y poco acceso a servicios médicos. La diferencia se relaciona con el peso relativo de varios factores que cambiaban las circunstancias generales de vida en el país (que alcanzaban de diferente manera diversas regiones, clases o grupos sociales específicos), así como con el significado que tuvieron en las generaciones que vivían la experiencia de casarse, criar hijos y limitar la progenie en las distintas fases históricas. Lo anterior se debió a que las parejas o las mujeres de las generaciones pioneras de cada grupo social trataban de redefinir sistemas de práctica y estrategias sociales muy arraigados, caracterizados por la formación de progenies y descendencias numerosas, en un ambiente general donde dichos sistemas y estrategias eran dominantes y se encontraban apoyados en las prescripciones morales de la Iglesia y en los consejos de los médicos.

Las generaciones y grupos sociales que iniciaron el proceso de formación de familias a partir de la década de los sesenta, ya aceptaban y legitimaban varias técnicas para limitar la progenie, gracias a la creación de servicios médicos, especializados o no, y a la amplia difusión que distintas instituciones ensayaban respecto de las nuevas técnicas y de la necesidad de tener pocos hijos.

Algunos datos históricos dispersos indican que ese primer movimiento para reducir el número de hijos se inició en las clases altas en los albores del siglo XX. Las tasas de fecundidad total para Río de Janeiro en 1940 ya estaban por debajo de cinco hijos por mujer y correspondían al promedio de Brasil en 1980. Para São Paulo y Río Grande do Sul dichas tasas giraban en torno a más de cinco. En 1951, Hutchinson (1959) encontró en Bahía redes de parentesco entrecruzadas, formadas por descendientes directos de los "señores de ingenio" del Recóncavo,¹ en las que había parejas que procrearon, a finales del siglo XIX y principios del XX, progenies cada vez más pequeñas. En las generaciones más jóvenes predominaban parejas con uno a cuatro hijos. En 1951, Pío XII autorizó el método natural para el control de la prole, mismo que la medicina había legitimado a principios de los años treinta.

Además, se trata de un momento histórico particularmente importante que marcó grandes cambios estructurales activados por la abolición de la esclavitud en 1888, la proclamación de la república en 1889, y por el proceso desencadenado por la industrialización y urbanización. La primera llevó consigo grandes cambios en la organización de la pro-

¹ "Señores de ingenio" alude a los dueños de los grandes ingenios. Recóncavo es una región de Bahía (nota de las traductoras).

ducción y en las formas de contratar el trabajo. La segunda significó la reordenación del Estado y la separación de la Iglesia, además de establecer nuevas políticas que incidieron en la inmigración internacional, la educación y la salud.

Tres de los grandes procesos iniciados en esa etapa influyeron de manera más directa en las condiciones de casamiento, procreación, preservación y sobrevivencia, así como en la salud y en la forma de crianza de los hijos. Ellos fueron: 1) *el proceso de medicalización*,* que en su inicio contribuyó a aumentar la progenie en virtud de la reducción de las muertes precoces y, después, abrió grandes posibilidades para redefinir la práctica de no controlar los nacimientos; 2) *el proceso de la democratización de la enseñanza*, que abrió espacios para mayores grados de escolaridad a una proporción creciente de jóvenes que provenían de las clases populares, atendiendo a las nuevas expectativas e intereses; y 3) *el proceso de la participación creciente de la mujer en el mercado de trabajo*, en especial en los sectores público y privado con base en la salarización de la mano de obra ocupada, que se expandió rápidamente a partir de los años sesenta.

Sin embargo, no fue sino hasta después de 1920 cuando, con base en las políticas del gobierno federal para el estado de Bahía, los tres procesos mencionados empezaron a incidir significativamente en la población. La abolición de la esclavitud y la proclamación de la República tuvieron en esa área consecuencias económicas, políticas, culturales y demográficas distintas a las observadas en el sureste y el sur del país; aceleraron el proceso que llevó al sector agrario de exportación del estado a la decadencia, pero sin crear actividades alternativas.

Con el deterioro de las actividades económicas basadas en la producción del azúcar, además de la contracción de otras ramas afines y su sostenido estancamiento, las élites se empobrecieron y debieron redefinir distintos *modus vivendi*, entre ellos la forma de incluirse en la producción y las modalidades de constitución de la familia.

En las clases medias y populares también se desencadenaron distintos tipos de movilidad social y de migración, procesos en general articulados con estrategias familiares de vida. Las migraciones llevaron a los habitantes de Bahía hacia las grandes ciudades o hacia regiones más prósperas de otros estados (Souza, 1978 y 1986).

Es importante destacar este punto por su relevancia sobre los modelos para restringir la procreación y organizar familias pequeñas. Los

* Medicalización: término recientemente utilizado por el enfoque de ciencias sociales en salud reproductiva para referirse a la ingerencia del sector salud en procesos no patológicos de la vida sexual y reproductiva de la población, desplazando algunas veces métodos tradicionales de atención (nota de las traductoras).

cambios surgidos a partir de esta época no fueron solamente el resultado de la mera importación de nuevos valores y normas que se afirmaban en Europa, ya que estuvieron también basados en los fenómenos indicados.

La “importación” de costumbres europeas relacionadas con la salud, normas de formación de la familia y crianza de la prole, tienen como base a los médicos y la Iglesia —entre otros agentes—, cuyas acciones fueron apoyadas por el estado de Bahía y principalmente por el gobierno federal. El gran debate sobre las cuestiones de salud, educación y los problemas cotidianos de las familias, ganaron el ámbito público y fueron marcados no sólo por una connotación política sino también por principios morales y éticos. Esto propició reinterpretaciones de costumbres y hábitos, acompañadas de transformaciones de mentalidad profundas.

II. Cambios en la práctica de tener “los hijos que Dios mande” y el inicio de la medicalización

La Iglesia difundía ampliamente en todos los grupos sociales de Bahía, por lo menos durante el siglo XIX, el mandato de tener “los hijos que Dios mande” desde el inicio del casamiento hasta que las madres-esposas llegaran a la menopausia. Durante varios siglos este mandato tuvo vigencia, pero con el tiempo ya no obtuvo los mismos resultados en las generaciones subsecuentes.

En un trabajo anterior (Souza, 1992) expongo que las élites económicas, políticas e intelectuales eran las que mostraban más apego a las normas que regían la constitución de familias grandes. Dichas élites tenían intereses y condiciones (de salud y riqueza) para procrear y criar muchos hijos (12, 15 o más). También mantenían lazos cercanos con los diferentes miembros de la jerarquía local y delimitaban las transiciones más importantes de su trayectoria individual y familiar en función de las prescripciones y ritos católicos (Azevedo, 1986).

Estos grupos tenían el poder suficiente para trasgredir ciertas prescripciones, o bien, para conseguir favores especiales del clero que significaban manipulaciones (con o sin conflictos) de normas instituidas. Es por su poder político por lo que las parejas de élite conseguían licencias especiales para casar a sus hijos con parientes próximos, tíos o primos, con lo que se entretejían sus prácticas endogámicas y de interrelación con otras familias ricas o de clase media intelectual. Debido al ejercicio de la autoridad familiar se lograba que algunos hijos (sobre todo las hijas de más edad), quedaran célibes para hacerse cargo de las progenies numerosas. Para el cuidado de los hijos se contaba con el apoyo de otras

mujeres “solteronas” de la red familiar, y de sirvientes que fungían como nodrizas.

A pesar de todas estas facilidades para la crianza de proles numerosas se buscaba la forma de regular el tamaño de la prole, que no siempre estaba conformada por 10, 12 o más hijos nacidos vivos. Esto ocurría no sólo por la esterilidad o pérdida espontánea del feto, sino también por otras circunstancias que evitaban la procreación. Por ejemplo, encontramos la práctica de la cohabitación del matrimonio sin que implicara convivencia sexual para las parejas casadas; además de la práctica de posponer la edad de matrimonio, entre otras.

Al final del siglo XIX las élites en Bahía ya contaban con un acceso a los servicios médicos, de modo que los mismos médicos se disputaban el lugar de “consejero familiar”, transmitiendo así sus conocimientos acerca del parto, puericultura, eugenesia y limitación de la prole.

En relación con la vida pública de esa época, entraron en escena fuertes debates entre padres de familia, médicos y familias católicas sobre la cuestión del aborto “terapéutico” o “humanitario”, según constata Mott (s.f.).² En este sentido, algunos discursos pregonaban el argumento de que la legitimidad del “aborto terapéutico” estaba dada por su objetivo de “evitar un daño mayor”, pues permitía conservar una de las dos vidas cuya existencia estaba en peligro (en el caso de la vida de la madre).

Incluso sin especificar el grado de difusión del aborto, el simple debate indica que era un recurso utilizado, sancionado por algunas mujeres y rechazado por otras. Muchas argumentaban que el médico no debía acatar la decisión de la mujer o de la familia en situaciones de riesgo porque “no tenían los elementos para avalar y juzgar un caso tan serio”. Fue precisamente a principios del siglo XX cuando el movimiento en favor de la eugenesia empieza a cobrar importancia con sus prescripciones dirigidas en especial a las madres, ya que se relacionaban con la crianza de los hijos, lo que originó, simbólicamente, que las responsabilidades de la “buena madre” fueran más fuertes.

Estos nuevos movimientos originados por los médicos difundieron no sólo nuevas ideas referidas a la salud materna e infantil, sino también crearon servicios de salud que, por un lado, atendían a las necesidades de las familias y, por otro, apoyaban la realización de nuevas prácticas de preservación de la sobrevivencia y de mantenimiento de la salud más eficaces. Tales movimientos influyeron sobre los resultados de la

² Algunas investigaciones y tesis elaboradas en la Escuela de Medicina de Bahía en la época, discuten la legitimidad y las circunstancias en las que el aborto debería o no ser realizado, condenando vehementemente lo que denominaban abortos efectuados por “manos criminales”.

práctica de "tener los hijos que Dios mande". De esta manera, se intensificaba la procreación y los hijos tendían a sobrevivir en mayor proporción, lo que ayudó a formar progenies más numerosas de lo esperado.

Tener muchos hijos en intervalos pequeños, criarlos y educarlos, significa un gran esfuerzo de mucho tiempo, de modo que el hecho pudo representar una presión para anticipar el control natal, en especial en un momento donde las ideas nuevas, las oportunidades del acceso a los servicios médicos y educación de los hijos implicaban más gastos y esfuerzos. Se constata que la necesidad de tener medios de control más efectivos que los conocidos aumentó a partir de ese momento.

Las mujeres jóvenes, saludables y con buena situación económica aceptaron de manera generalizada que se restringiera la procreación en su clase social como algo normal y natural, posición seguramente derivada de la práctica ya ejercida por ellas en tales situaciones. Ese factor permitió a las generaciones subsecuentes que avanzaran en el proceso de romper con las prácticas y valores antiguos, lo que las colocaba frente a las nuevas circunstancias de la vida. En Bahía, como en el resto del Brasil, se evidenció el hecho social de que cada generación nueva presentaba un número menor de hijos, según lo mostró Hutchinson (1959) en relación con las élites de Bahía. El que la definición de prole numerosa se refería cada vez más a un número menor de hijos ilustra precisamente este hecho. Por todo ello cabe indicar que las generaciones de las décadas de los veinte y treinta encontraron otras condiciones de vida debidas a las mayores facilidades de acceso a los servicios médicos.

Los modelos de procreación restringida conducentes a la existencia de familias de uno a tres hijos, así como la práctica del casamiento más tardío por parte de la mujer (25 años o más) se consolidan después de 1920, motivados por el acceso creciente de la mujer a una escolaridad prolongada y a una inserción más amplia en otros ámbitos de la vida social (Borbes, 1986; Azevedo, 1986; y Hutchinson, 1959).

III. Aumento de las condiciones de sobrevivencia, del tamaño de las progenies en las clases populares y la difusión amplia de prácticas de control natal

Según lo muestra Mattoso (1988), en el seno de los grupos pobres de la ciudad de Salvador, capital de Bahía, durante el siglo XIX los matrimonios pobres eran menos prolíficos que los de estratos medios y elevados. Lo cual, seguramente, se derivaba de las enormes dificultades que enfrentaban para casarse, mantener una unión por varios años, generar hijos nacidos vivos y garantizar su sobrevivencia. De acuerdo con la auto-

ra, la mayoría de la población era muy pobre y la proporción de celibatos, elevada. Las condiciones de higiene y salud eran precarias, la mortalidad tan alta producía la ruptura de muchas uniones y los casos de esterilidad definitiva y transitoria eran frecuentes, así como las pérdidas fetales y muertes de hijos. Mattoso calcula que 60% de los matrimonios perdía la mitad de los hijos (en distintas edades), aun antes de la muerte de alguno de los cónyuges.

En una situación de crisis que se agravaba, las condiciones de vida se deterioraban y, con ello, las tasas del promedio anual de crecimiento en las ciudades empezaron a descender desde finales del siglo XIX hasta 1940.³ Fue después de ese año cuando estas tasas volvieron a aumentar.

El hecho de que la inmigración forzada de africanos disminuyera y más tarde se eliminara con la abolición de la esclavitud, y además con un crecimiento vegetativo bajo, permite que la tendencia mencionada anteriormente gane fuerza, porque en 1920 la inmigración y emigración en la ciudad no era tan evidente como lo llegó a ser después de 1940. Fue hasta 1920 y 1925 cuando en Bahía empezaron a observarse los efectos positivos de los programas y campañas de salud pública, apoyados por el gobierno federal (Castro Santos, 1987) para la sobrevivencia y salud, lo que originó además un aumento de la fecundidad en Salvador y en el resto del estado de Bahía (Souza *et al.*, 1977; Souza, 1987).

No obstante lo anterior, la esperanza de vida al nacer en 1940 en Salvador aún era de casi 33 años para los hombres y 37 para las mujeres. Los efectos positivos de la sobrevivencia infantil, en principio se concentraron en el estrato de 0 a 15 años de edad, a lo que se añadieron mejores condiciones de vida para las mujeres en edad reproductiva, como sucedía en todo Brasil. Ello originó que la procreación se intensificara, porque aumentaba el número de hijos nacidos vivos y la proporción de los que sobrevivían en los primeros años de edad, junto con el incremento de las mujeres que tenían por lo menos un hijo nacido vivo (Souza, 1987).

Durante las primeras décadas del siglo XX aumentaron las tasas de crecimiento vegetativo y de fecundidad, hecho que reveló que en amplios sectores de las clases populares los sistemas de formación de grandes proles y descendencias se ampliaban conforme descendía la mortalidad. Por ejemplo, en el censo de 1950 se observa que las madres nacidas entre 1905 y 1910, y las que vivieron los momentos más importantes de su vida reproductiva entre 1920 o 1925 y 1950, procrearon en ese periodo 7.02 hijos como promedio. Este hecho contrasta con la generación

³ Las cifras al respecto son las siguientes: 1872/1880 - 1.66 por ciento; 1890/1900 - 1.65; 1900/1920 - 1.53; y, 1920/1940 - 0.20 por ciento.

anterior (de 1895 a 1900) que tenía entre 40 y 44 años en el censo de 1940 y había procreado un promedio de 6.94 hijos. Tal hecho se acentúa sistemáticamente en las generaciones sucesivas de 1940 a 1970. Por lo mismo, muchas mujeres en el rango de 35 a 39 años ya habían procreado más hijos en 1970 (en promedio 6.57 hijos) que las de la misma edad en 1940 (cuyo promedio era de 6.16). Sin embargo, el incremento promedio de hijos por mujer de la misma generación, después de los 30 años de edad, se redujo sistemáticamente, lo que implicaba un rejuvenecimiento en la curva de las tasas específicas por edad (Souza, 1987).

Ese largo proceso hizo que se invirtiera totalmente el perfil de diferencias sociales implicadas en los modelos de sucesión de las generaciones o de formación de descendencia. Pero no fue sino hasta después de los años cuarenta cuando este fenómeno se hizo visible socialmente.

El aparato institucional difundía, además de ideas y conocimientos, conductas y relaciones sociales nuevas. Los servicios que prestaba respondían a problemas y necesidades concretas de los individuos y familias, los que ampliaban su propia demanda y generaban nuevas necesidades siguiendo las prescripciones y propuestas en relación con los más diversos aspectos del proceso de formación de progenes y descendencia. Esto se muestra en el cuadro 1.

Tanto las dimensiones y composición de las familias como el ritmo de su constitución, que marcan las trayectorias reproductivas de las mujeres y de las parejas, son consecuencia de un sistema de prácticas y estrategias sociales. Así como se observan cambios en estos niveles, surgen igualmente nuevos modelos de formación de prole y descendencias desde luego diferenciados.

Es importante resaltar que hasta 1970 los sistemas de ayuda mutua que han predominado entre las familias de las clases populares de Bahía, constituían sistemas de solidaridad difusa que se daba entre parientes, amigos y vecinos, del tipo de "una mano ayuda a la otra" (Woortman, 1987). Tales sistemas, de los cuales la mujer era la principal articuladora, tuvieron históricamente amplia difusión.

La expansión urbana, la falta de viabilidad en las actividades estructuradas en la base del trabajo familiar o individual de tipo autónomo, así como la creciente actividad asalariada de la mujer fuera del hogar, imponían presiones para que las estrategias de solidaridad difusa se transformaran en una solidaridad restringida de reciprocidad más inmediata o en la mercantilización de tal reciprocidad. Los ejemplos relativos se encuentran en los casos de las *crecheiras*⁴ (Machado Neto, 1984); de

⁴ El término refiere a las mujeres que cuidaban los hijos menores de vecinas o parientes a cambio de una remuneración (nota de las traductoras).

Cuadro 1

Sucesión de generaciones o proceso de producción de las descendencias efectivas de las parejas: mecanismos y momentos

<i>Mecanismos combinados</i>	<i>Prácticas y estrategias relativas a</i>
Primer momento Casamiento/Ejercicio de la sexualidad (continuado)	Fundación de un nuevo núcleo familiar Constitución de una pareja con identidad propia
Segundo momento Procreación y preservación de la salud y de la sobrevivencia de los hijos y de la pareja	Expansión de la familia* Producción de los hijos nacidos vivos para constituir progenies y preservar la sobrevivencia de los hijos y dar continuidad existiendo la descendencia
Tercer momento Crianza/socialización de los hijos Preservación de la salud y la sobrevivencia (de los hijos y de la pareja)	Manutención de la familia* Preparación de los hijos que han sobrevivido para la vida adulta, mediante su participación en las actividades domésticas y extradomésticas.
Cuarto momento Preservación de la salud y sobrevivencia de las parejas y de sus hijos Casamiento o cambio de residencia de los hijos	Dispersión de la familia* Hijos adultos reinician su ciclo de reproducción Muerte de uno de los cónyuges, o de ambos
Productos finales: hijos sobrevivientes y socializados al inicio de su vida adulta	

* Familia: Vista como grupo conyugal o nuclear, distinto de grupo doméstico o red de parentesco.

las “lavanderas” que lavaban ropa a parientes y vecinos mediante una remuneración (Agier, 1989); y, de las “escuelas alternativas de barrio” (Navarro de Britto, Gomes, Almeida y Carvalho, 1978). Para los contextos rurales y sobre todo en las zonas de *boias-frias*⁵ (Oliveira, 1981), en el estado de Sao Paulo encontramos también ejemplos importantes de

este fenómeno. Tal tendencia hizo más difícil, día con día, que las madres pudieran hacerse cargo de la crianza de proles numerosas.

A pesar de ello es probable que las generaciones pioneras que vivieron la situación de tener una familia numerosa en momentos de destrucción de sus formas tradicionales de apoyo, hayan sufrido serios problemas y conflictos para evitar tener hijos y, en especial, para encerrar en etapas tempranas su vida reproductiva. El ejercicio de prácticas para restringir el número de hijos implicaba la utilización de medios técnicos que en ocasiones significaban no sólo trasgredir ciertas costumbres y normas morales, sino también enfrentar métodos no del todo deseables (en los casos de abortos por ejemplo), o incluso correr los riesgos que conllevaba el uso de anticonceptivos ineficientes. El método natural o el condón, al implicar la cooperación del hombre, alteraba el tenor de la relación conyugal en relación con lo sexual.

El aborto provocado —que aumentó en los años sesenta— era uno de los medios tradicionales más difundidos y, en especial, utilizado por mujeres solteras. En un hospital para las clases populares (Farias *et al.*, 1972) se observó que la mayoría de las mujeres que abortaban (47.9%) eran solteras menores de 25 años, y se trataba de su primer aborto. Otra parte importante de las que abortaban estaba constituida por mujeres casadas (44.2%). Entre éstas, para el 21.5% era su segundo aborto y para el 10.7%, el tercero. Entre las razones más recurrentes encontramos: estar en crisis económica o conyugal, y tener una descendencia numerosa (lo que significaba seis o más hijos vivos). Este recurso técnico tradicional estaba relativamente incorporado en las costumbres y, por ello mismo, las mujeres (sobre todo del sector popular) que abortaban dominaban técnicas caseras como las de tomar infusiones o medicamentos específicos y usar sondas (61.5% de los casos). Sin embargo, las casadas tenían problemas de diversa índole con el método de abortos sucesivos, lo que originó que muchas buscaran otros medios. Este movimiento suscitó resistencias, miedos y conflictos, aunados a los problemas derivados de la desigualdad de oportunidades en el acceso a los servicios precarios de salud.

A lo largo de la nueva etapa de medicalización, los médicos que cuentan con un aparato teórico y práctico cada vez más refinado y eficaz, se presentan a la población (y por ella son vistos) como personas que curan enfermedades, salvan vidas y evitan el sufrimiento. Quienes tienen acceso a los servicios médicos empiezan a sentirse cada día más

⁵ Se denominan así los trabajadores y trabajadoras agrícolas temporales de ciertas regiones de Brasil (nota de las traductoras).

incapaces de resolver sus problemas de salud por sus propios medios, deviniendo cada vez más “pacientes”. Lo mismo ocurre con las mujeres en relación con el embarazo, parto, puerperio, problemas ginecológicos, cuidados con los recién nacidos y el control del número de hijos (Boltansky, 1989; Ramos, 1984; Souza, 1990).

La etapa de una difusión más amplia de prácticas para restringir la procreación entre las clases populares con nuevas técnicas anticonceptivas comienza precisamente después de 1960. La costumbre de limitar la descendencia entre las clases medias y los grupos sociales dominantes ya estaba más consolidada.

Entre éstos, el significado de la procreación y de la progenie en esa etapa ya era de otro tipo. Lo que devino normal y racional era tener pocos hijos y terminar, en los siguientes años, la vida reproductiva con el fin de dar la mejor educación posible a los hijos. El comportamiento de estas mujeres las hizo comprender que la familia estaba bajo su control y que podían escoger con cierta libertad el número de hijos que quisieran tener. El ejercicio de prácticas para restringir la procreación entre las nuevas generaciones ya no causaba grandes cuestionamientos éticos. Más bien, las dudas y conflictos morales se refieren a la libertad sexual de la mujer.

La procreación intensa de los pobres, antes considerada *natural y espontánea*, pasa a ser vista como algo antinatural e irracional. Desde este nuevo enfoque se empiezan a generar problemas sociales: el control natal se transforma en una cuestión de salud pública y en un tema a ser resuelto mediante la participación del Estado. Se establece un gran debate público y privado sobre la cuestión de la “explosión demográfica” de los pobres, cuyas causas —según algunas opiniones— podrían ser la irresponsabilidad del pobre, su ignorancia o falta de previsión o bien, la falta de “planeación familiar”.

Este momento coincide con nuevas redefiniciones del Estado, nuevas políticas y perspectivas institucionales y económicas. Se estructura una gran red de servicios médicos especializados que cuenta con el apoyo del Estado, de empresarios, de entidades de “planeación familiar”, de instituciones filantrópicas y de instituciones extranjeras. Aun cuando la Iglesia rechaza esos métodos, establece una línea de trabajo pastoral para enseñar el “método natural” y las ventajas de la descendencia pequeña. En el plano personal, los sacerdotes aconsejaban a sus fieles buscar un médico cuando se enfrentaran con algún problema más difícil en este campo. Todas las fuerzas sociales se movilizaban cada vez más para encontrar las soluciones más adecuadas. Se multiplicaban las políticas de “planeación familiar” relacionadas con las diversas propuestas existentes, así como con los diversos tipos de servicios; lo que abría grandes

oportunidades para unos grupos, aunque no para todos. El movimiento feminista en ese momento cobraba una importante presencia.

Es en este contexto, desde los años sesenta hasta la actualidad, cuando el uso de diversas técnicas anticonceptivas gana legitimidad efectiva dentro de la sociedad como conjunto. Sin embargo, dos técnicas aún eran ilegales tanto en el código de la ética médica como en el civil: el aborto y la esterilización. El uso cada vez más difundido de nuevas técnicas hizo que fueran relativamente más aceptadas en las clases populares y que los conflictos, resistencia y desconfianza se fueran disolviendo de manera gradual. Los abortos provocados aumentan cada día más a partir del surgimiento de medicamentos abortivos.⁶

Entre 1970 y 1984, la TFT (Tasa de Fecundidad Total) descendió de 7.55 a 5.21 hijos por mujer en el conjunto de Bahía. En 1986 el PNAD (Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar*) observaba que cerca de 62% de las mujeres expuestas al riesgo de embarazo ya evitaba los hijos, inclusive por haberse esterilizado (aproximadamente 40% de ellas). El concepto de familia excesivamente numerosa correspondía a la de cuatro, cinco o más hijos. La edad del término de la vida reproductiva de las mujeres, incluidas las que acudieron a la esterilización, se redujo sistemáticamente entre las de escolaridad baja; el número de esterilizadas a los 25 años o menos es significativo. En Bahía, al igual que en otros estados, aumenta de manera acelerada el número de cirugías de ese tipo. Hasta 1974 se observaban 15 619 casos. Entre 1975 y 1979, se dieron 51 712 casos, es decir, un promedio de 10 342 casos por año y, entre 1983 y 1986, esta cifra se elevó a 150 099, la que correspondía a un promedio anual de 37 524 esterilizaciones. Tal cifra creció en más de tres veces del primer periodo (1975-1979) al segundo (1983-1986).

Parecía ser, según pudo observarse, que la esterilización se había convertido en la técnica preferida para terminar con el proceso de formación de progenies. Ésta competía con la píldora el lugar de método contraceptivo más utilizado (Berquó, 1989). La proporción de madres esterilizadas aumentó para aquellas que contaban con tres hijos nacidos vivos, reduciéndose en el caso de las madres con proles menores.⁷ Se observó además que la mayor parte de las cirugías (57%) se hicieron cuando las mujeres tenían entre 25 y 34 años de edad.

⁶ Cabe indicar que algunas mujeres pobres percibían que tales medios quizá no fueran tan dañinos para su salud, porque de lo contrario las mujeres ricas no los utilizarían.

⁷ Las cifras que apoyan este argumento sobre la esterilización femenina son: 1.3% con un hijo; 11.64 con dos hijos; 32.06 con tres hijos; 24.28 con cuatro y 21.39 con cinco hijos o más.

* Investigación Nacional de Muestra de Hogares.

Un buen número de madres prolíficas que se enfrentaron a dificultades materiales y morales para limitar su prole, aconsejaban a sus hijas “ligarse” o “estrangularse”.⁸

Las mismas mujeres esterilizadas constituyen agentes importantes de difusión de la nueva técnica, así como las enfermeras y ayudantes de los puestos de salud. No es difícil encontrar mujeres en los barrios populares de Salvador, Bahía, o en algunas áreas del interior del estado dispuestas a hablar del asunto, incluso a confesar la existencia de lugares donde se puede acudir a la cirugía. En algunos testimonios se encuentran afirmaciones tales como “ligarse es lo más fácil”, “una se quita el problema de una buena vez” (Reis *et al.*, 1992).⁹

No se ignoraba la referencia de que las mujeres ricas “así lo hacían”. Tener acceso a un médico o a una cirugía como la cesárea, o a métodos para “ligarse” era un modo de mostrar que se tenía más conocimiento sobre lo que los médicos dominaban. La esterilización era tomada por las mujeres como una intervención que otra persona con autoridad legítima —o sea, el médico— realizaba en su cuerpo y que equivalía formalmente a un parto natural, o a una cesárea efectuada por un médico. Según las percepciones de las mujeres la esterilización tiene dos ventajas. Por un lado no tener más hijos, y por otro, no ir al médico ni a los servicios de salud con frecuencia, o ejercer controles por su cuenta durante muchos años.

En esta fase de la medicalización, en la cual los médicos valoran las intervenciones más profundas sobre el cuerpo de las pacientes, la esterilización se difundió ampliamente en especial cuando se trataba de mujeres pobres. En efecto entre las causas esgrimidas para la esterilización encontramos: tener 30 o más años; dos o tres hijos; ruptura del perineo; hipertensión o várices; con una o dos cesáreas en su haber; ser muy pobre o ignorante, a lo que se añadía la hipótesis de no saber usar la píldora. La esterilización “humanitaria” que pregonan los partidarios de la eugenesia se lleva a cabo ampliamente en la actualidad.

Para finalizar me gustaría puntualizar que la “transición de la fecundidad”, por ser un proceso histórico complejo, hace inadecuada la demarcación de su inicio con el descenso de las tasas de fecundidad globales para un país, región o ciudad. Cuando las tasas descienden, el proceso

⁸ Términos populares para referirse a la esterilización femenina (nota de las traductoras).

⁹ Estos comentarios se fundamentan en entrevistas efectuadas a médicos que prestan sus servicios en instituciones de “planeación familiar” y de la SESAB (Secretaría de Saúde do Estado da Bahia*), en el estado de Bahía.

* Secretaría de Salud del estado de Bahía.

de cambio ya está avanzado y más bien refleja un momento de profundización de los cambios en el plano macrosocial. También me parece que en lo analítico no es correcta la contradicción que se acostumbra establecer entre la naturaleza *puramente objetiva* de la “fecundidad” y la naturaleza *puramente simbólica* (ideológica o cultural) de los determinantes más importantes, mismos que los medios de difusión se encargan de propagar.

En este trabajo he intentado mostrar —mediante la revisión de una abundante literatura— que las dimensiones materiales y simbólicas están involucradas tanto en el ejercicio de la procreación y preservación de la sobrevivencia como en los nexos de tales ejercicios con el casamiento y la crianza de los hijos; instancias que, al otorgar especificidad a la procreación humana, constituyen mediaciones directas y decisivas.

La experiencia histórica de Brasil y de Bahía me convencieron de que, aun cuando la teoría de la transición demográfica (TTD) sea una gran metáfora, su hipótesis más importante es extremadamente contundente, además de que tiene un amplio apoyo empírico e histórico; es decir, parece que los fundamentos culturales, ideológicos, socioeconómicos y políticos de las sociedades industriales y urbanas son incompatibles con los regímenes de procreación intensa y de formación de proles numerosas. Como existe una política predominantemente de antinatalidad, en términos ideológicos y prácticos ella orienta buena parte del aparato institucional para, por una parte, preservar los patrones de procreación restringida y de longevidad de sus miembros en ámbitos sociales distintos a los que ya están constituidos y, por otra, inducir, generalizar y transformar en rutina las conductas restrictivas de la procreación y la lucha contra las muertes precoces.

Traducción del portugués de
GRACIELA SALAZAR Y VÂNIA SALLES

Bibliografía

- Agier, M. (1989), “Le sexe de la pauvreté: hommes, familles dans une ‘avenida’ à Salvador de Bahia”, Salvador, Bahía, Centro de Recursos Humanos, mimeo.
- Azevedo, T. (1986), *As regras do namoro à antiga*, São Paulo, Ática.
- Berquó, E. (1989), “Esterilização feminina no Brasil hoje” en *Encontro Internacional Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado*, Brasília, CNDM.

- Boltansky, L. (1989), *As classes sociais e o corpo*, 2 ed., tradução de Regina A. Machado, Rio de Janeiro, Graal (Biblioteca de Saúde e Sociedade, 5).
- Borges, D. (1986), "The Family in Bahia, Brasil, 1870-1945", Tesis de doctorado, Departamento de Historia, Comité de Estudios Graduados de la Universidad de Stanford.
- Castro Santos, L. A. (1987), "Power, Ideology and Public Health in Brazil, 1888-1930", Harvard: Tese (Doutorado Phd)-Departamento de Sociología da Universidade de Harvard.
- Farias, F. et al. (1972), *Aborto provocado: condicionantes sócio-econômicos e culturais*, Salvador, Bahía, UFBA/Fundação Ford.
- Hutchinson, C. J. A. (1959), "Notas preliminares ao estudo da familia no Brasil", en *Reuniao Brasileira de Antropología*, Rio de Janeiro, Anais, pp. 261-274.
- Machado Neto, Z. (1984), *Mulher: dimensão de sobrevivência/dimensão de existência. Um estudo de caso com mulheres faveladas*, Salvador, Bahía, NEIM/UFBA.
- Mattoso, K. Q. (1988), *Família e sociedade na Bahia no século XIX*, Brasília, Corruptio/CNPq.
- Mott, M. L. B. (s.d.), "O aborto terapêutico no pensamento médico baieno" (monografia inédita).
- Navarro de Britto, L., Gomes, C., Almeida, F. Carvalho, I. (1978), "Educação e populações de baixa renda em áreas periféricas urbanas da RMS", Informe de investigación, Salvador, Bahía, CRH-UFBA/SUDENE/CNRH-IPEA.
- Oliveira, M. C. F. A. de (1981), "A produção da vida", USP: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, tese (doutorado em Sociologia), São Paulo.
- Reis, A. P., Santiago, J., Araujo, M. (1992), "Esterilização femmina nos setores populares de Salvador", Projeto de graduação em Sociologia, Salvador, Universidade Federal da Bahia, Depto de Sociologia.
- Ramos, S. (1984), *Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular*, Buenos Aires, CEDES.
- Souza, G. A. A. de (1987), "Redução da fecundidade e do tamanho da prole" en *Informe Conjuntural*, Salvador, voi. 7, núm. 9/12, pp. 118-138, set/dez.
- (1990), "Deixar vir os filhos. A produção de proles numerosas", en *Cuaderno CRH*, Salvador, núm. 13, pp. 5-37, jul/dez.
- (1992), "Procriação intensa na Bahia: uma 'naturalidade' socialmente construída", en *Cuaderno CRH*, Salvador, núm. 17, pp. 35-36.
- Souza, G. A. A. de, et al. (1977), *Evolução demográfica de Salvador (1940-2000)*, Salvador, OCEPLAN-PMS/PLANDUR (Série Estudos Exploratórios, 1).
- Woortmann, K. (1987), *A família das mulheres*, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro/CNPq.