

Replanteamiento del descenso de la fecundidad en Brasil¹

Ana Maria Goldani

Introducción

DURANTE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO VEINTE LOS CAMBIOS demográficos en Brasil se suscitaron a una velocidad sin precedente, tan es así que el país entró en una nueva era donde la tasa de fecundidad global alcanzó niveles de remplazo. De acuerdo con los censos de población, el total de la población en Brasil era de 51.9 millones en 1950 y 169.6 millones en el año 2000. Esto refleja una tasa promedio de crecimiento anual alrededor de 3% a principios del periodo y de 1.5% en años recientes. En Brasil, la esperanza de vida al nacer para ambos sexos se incrementó de 44 a 68 años, mientras que la tasa de fecundidad global cayó en el mismo periodo de 6.2 a 2.3. Los cambios en la esperanza de vida y en la tasa de fecundidad total se fueron difundiendo y extendiendo, alcanzando a todos los estratos sociales, grupos étnico-raciales y regiones, transformando el curso “medio” de la vida de los brasileños y la estructura de sus familias. Aunque los componentes demográficos de estas transformaciones poblacionales son bien conocidos, actualmente no existen explicaciones integrales y convincentes que den cuenta del ritmo tan acelerado de estos cambios.

Uno de los mayores retos a los que se enfrentan los demógrafos brasileños al analizar los regímenes demográficos de su país a lo largo del tiempo, es la gran diversidad a nivel regional que ha caracterizado su desarrollo. La tendencia hacia tasas de fecundidad y mortalidad más bajas parecen haber

¹ Esta es una versión modificada de la ponencia presentada en la XXIV General Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP). Mesa sobre demografía brasileña, Salvador, Bahia, agosto de 2001.

estado presentes desde antes de 1930 en las regiones del sur y del sureste, en tanto que las tasas de fecundidad en la región noreste permanecieron altas hasta la década de 1960. La inmigración internacional contribuyó de manera diferencial a las distintas regiones, y se cree que tuvo una influencia sobre el inicio de los primeros cambios demográficos en el sur, así como un impacto que dio lugar a diferencias socioeconómicas entre norte y sur (Nadalin, 1997-1998; Merrick y Graham, 1979). Los recientes niveles y patrones de fecundidad de las áreas metropolitanas brasileñas revelan una extensa homogeneidad a pesar de las enormes diferencias socioeconómicas y tasas de fecundidad total metropolitanas que se encuentran por debajo del promedio nacional (Wong, 2001). Para el año 2000, las tasas de fecundidad total oscilaban entre 1.8 hijos en la zona metropolitana de Belo Horizonte y 2.2 en Curitiba, frente a la tasa promedio de 2.4 para Brasil. Cabe destacar que en algunas áreas metropolitanas la mortalidad infantil continúa siendo elevada, por lo que no corresponde a las tendencias de fecundidad. Por ejemplo, en 1991 la zona metropolitana de Salvador tenía uno de los índices más altos de mortalidad infantil, alrededor de 62 por cada mil y una de las tasas totales de fecundidad más bajas, 1.8 hijos. Una explicación de la homogeneización de la fecundidad en las zonas metropolitanas es la elevada utilización de prácticas anticonceptivas, sobre todo la esterilización. Siete de cada diez mujeres casadas en las zonas metropolitanas que utilizan alguna forma de anticoncepción, eligen para ellas mismas o para sus parejas la esterilización (Wong, 2001:4).

Históricamente y hasta el presente, la sociedad brasileña se ha caracterizado por sus elevados niveles de desigualdad social junto con una importante movilidad social. Aunque aparentemente contradictorios, estos fenómenos se incorporaron a explicaciones demográficas según las cuales se ha incrementado el control de la fecundidad como resultado de la modernización de la sociedad brasileña, la movilidad social ascendente, el crecimiento de una nueva clase media y la brecha cada vez mayor entre las aspiraciones y el consumo personal (Carvalho, Paiva y Sawyer, 1981). Así, se dio poca importancia a la persistente desigualdad en la sociedad brasileña que resulta del proceso general de movilidad, donde “muchos ascienden poco y pocos ascienden mucho” (Pastore y Silva, 2000). De hecho, ahora todo esto parece haber perdido relevancia para los demógrafos² frente al extendido y acelerado ritmo en el descenso de la fecundidad, atribuido en gran medida a la esterilización femenina. Ésta última se incrementó entre las mujeres brasile-

² Los estudios que tratan las diferencias por estrato social y los efectos de la rápida proletarización en la conducta de la fertilidad brasileña datan básicamente de los años ochenta (Carvalho y Wood, 1988; Paiva, 1984; Silva, Henriques y Souza, 1990).

ñas casadas de 41 a 52% en el periodo de 1986 a 1996, mientras que el uso de anticonceptivos orales se mantuvo como el único método anticonceptivo moderno alternativo, aunque decayó de 25 a 21% en el mismo periodo (Bemfam, 1997).

En ocasiones, los demógrafos brasileños presentan el descenso de la fecundidad como el fenómeno social de mayor relevancia, en especial por sus efectos de envejecimiento en la estructura de la población y sus implicaciones en las reformas de seguridad social. Al analizar el fenómeno, algunos autores sugieren que a mediano plazo el contexto demográfico actual favorece la resolución de los serios problemas sociales de Brasil, pues permite que se establezcan mejores políticas de salud, educación y empleo de carácter general (Carvalho, 1997-1998; Carvalho y Wong, 1995; Simões, 1995). Otros autores sostienen que en realidad esta asociación es mucho más compleja y debe incorporar la dinámica de la economía, la capacidad de inversión del Estado, las definiciones políticas de las prioridades nacionales y la lucha por el poder entre diversos grupos e instituciones sociales (Roque *et al.*, 1996; Medeiros y Camarano, 1996; Goldani, 1999).

Varios autores han discutido la multiplicidad de factores que subyacen en el acelerado descenso de la fecundidad en Brasil, y la mayoría de las reseñas sobre dichos estudios coinciden en su mayor parte en que al margen de la importancia de las contribuciones, aún se carece de una comprensión cabal del fenómeno (Rios Neto, McCracken y Rodrigues, 1991; Silva, Henriquez y Souza, 1990; Martine, 1996). Como concluye Martine, “la mayoría de los estudios existentes sólo son una muestra representativa o tienen puntos de referencia espacio-temporales limitados”. Además, “pocos estudios se han ocupado sistemáticamente de los papeles de los actores e instituciones sociales” y “gran parte de la atención se ha enfocado en el ‘*establishment* poblacional’” (Martine, 1996:48-55). La estimación de Martine de los estudios sobre el descenso de la fecundidad brasileña apunta a un consenso según el cual varios actores institucionales como son el Estado, la Iglesia Católica, los movimientos de las mujeres, el *establishment* poblacional y los profesionales del sector salud, ejercen significativas influencias, las cuales han sido en lo general imprevistas y no intencionales. También hace notar que dichos estudios se han enfocado en el impacto de la “modernización” y suelen confirmar que la relación entre fecundidad, ingresos y educación es inversamente proporcional, aunque no son muy claros acerca del impacto de la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo (Martine, 1996:61). Finalmente, Martine mismo arguye que el proceso de urbanización fue un factor importante que contribuyó a acelerar el descenso de la fecundidad, “pues se asocia con un amplio espectro de cambios sociales, económicos y

políticos que transformaron al país durante la última mitad del siglo” (Martine, 1996:70).

Las feministas brasileñas denuncian que tales explicaciones demográficas pasan por alto el elevado precio pagado por las mujeres en la transición de la fecundidad, que incluye el alto índice de esterilización femenina, la gran cantidad de cesáreas y el significativo número de abortos clandestinos.³ Dichas críticas son ahora una parte sustancial de las discusiones actuales y estimulan a los demógrafos a buscar nuevas explicaciones que den cuenta de los mecanismos del descenso de la fecundidad, particularmente la tan difundida práctica de la esterilización (Avila y Corrêa, 1989, 1999; Berquó, 1993, 1999, 1999a; Corrêa, 1993; Corrêa y Reichmann, 1994). De ese modo, una nueva generación de estudios demográficos en los años noventa buscó dar explicaciones más detalladas de las políticas de población de Brasil y los patrones para el suministro y la práctica de métodos anticonceptivos. Estos estudios han sido de gran importancia para replantear explicaciones sobre el reciente descenso de la fecundidad (Rocha, 1992; Fonseca, 1993, Potter y Caetano, 1998; Cavenaghi, 1997; Hopkins, 1998; Potter, 1999; Caetano, 2000). Los resultados empíricos de estos demógrafos, a los que me referiré más adelante, muestran cómo se involucraron diversos actores en la toma de decisiones sobre fecundidad, lo cual apoya hipótesis y narraciones anteriores de los estudios sobre la salud y los derechos reproductivos de la mujer (Corrêa y Reichmann, 1994; Corrêa, 1993; Barroso, 1991; Avila y Corrêa, 1999). Para resumir, muestran que la adopción de nuevas tecnologías anticonceptivas en Brasil no resulta de decisiones individuales basadas en razones prácticas, sino que las decisiones son el resultado de “procesos colectivos” (Potter, 1999).

Un consenso generalizado, explícito en la mayor parte de los estudios brasileños, es que a diferencia de la experiencia europea clásica, el descenso de la fecundidad en Brasil no se debe a aquellos “factores tradicionales” que explican la mayor parte de los conocidos procesos de la “primera” y la “segunda” transiciones demográficas. Tampoco resulta de políticas explícitas de población que hayan buscado controlar el crecimiento de la población, como es el caso de algunos países en desarrollo. Brasil nunca tuvo una política nacional de población o programas privados de planificación familiar

³ Se estima que los abortos en Brasil en 1996 oscilaron entre 800 000 y 1.1 millones. Cerca de 262 300 recibieron atención médica en hospitales públicos (sus) debido a complicaciones posteriores al aborto, lo cual representó la quinta causa de hospitalización obstétrica. Cabe destacar que las complicaciones por abortos representan 9% de la mortalidad materna y 25% son causa de esterilización (Formiga, 1999:160).

cuyo objetivo fuera controlar el crecimiento de la población. El aborto y la esterilización han sido los principales determinantes inmediatos responsables del vertiginoso descenso.⁴ Por otra parte, el descenso de la fecundidad no puede atribuirse al rápido y sostenido crecimiento económico de Brasil. De hecho, el descenso de la fecundidad comprende tanto a los periodos de rápido crecimiento económico como los de crisis económica (Martine, 1996).

Los hechos anteriormente descritos suelen atribuir al caso de Brasil la condición de “anómalo” o al menos la de una transición de la fecundidad “*sui generis*”. Podría aducir que el considerar a Brasil como un “caso que se aparta de la norma” sólo se aplica en relación con el modelo tradicional de la Teoría de la Transición Demográfica (TTD). Esto se sigue de críticas previas a una única transición demográfica para el caso de Brasil o el uso del modelo de la TTD como la referencia principal para entender la dinámica histórica de población en Brasil (Patarra y Oliveira, 1984, 1986; Patarra, 1993; Souza, 1993). De hecho, la experiencia brasileña reafirma las conclusiones de Mason, según las cuales “si la demografía como disciplina ha aprendido algo sobre la transición de la fecundidad en los últimos veinte años, es porque existen muchas vías para que se dé un descenso de la fecundidad, donde cada una refleja las condiciones singulares a nivel sociocultural, económico e histórico a las que se enfrenta una población dada, y no sólo la de un ‘caso que se aparta de la norma’” (Mason, 1995).

Las discusiones teóricas y metodológicas sobre los desarrollos en la demografía, que se enfocan en su mayor parte en las controversias sobre la teoría de la transición demográfica, sirven como antecedentes de este escrito. Sin embargo, no expondré el prolongado debate ni los diversos enfoques que se hallan en los estudios sobre este tema; los trataré sólo en la medida en que nos ayuden a comprender el fenómeno de la fecundidad en Brasil. En particular, busco evitar las aproximaciones monoparadigmáticas al considerar la revisión teórica y las críticas a varias perspectivas en el estudio de la fecundidad (Greenhalgh, 1990, 2001; Szreter, 1993; Caldwell, 1998; Bongaarts y Watkins, 1997; Bledsoe, Banja y Hill, 1998). Asumo que el descenso de la fecundidad forma parte de amplios cambios sociohistóricos, acompañado de cambios ideológicos, donde lo ideológico se concibe como un producto cotidiano de las relaciones sociales y de las experiencias vividas más que como un aspecto suplementario o como un aspecto poco claro de la vida,

⁴ En comparación con otros países en desarrollo que han puesto en marcha intensos programas de planificación familiar durante algunos años, Martine muestra que el descenso de la fecundidad brasileña es más rápido que el de México, India y Bangladesh y más lento con respecto al de China y Tailandia (Martine, 1996:49).

el cual, una vez identificado, puede eliminarse por "falso" (Stephan, 1991). De este modo, el cambio social se asocia con un enfoque orientado hacia los actores, que asume que las variaciones de la forma organizacional y los patrones culturales son en gran medida resultado de las distintas maneras en las que los actores sociales, a nivel organizacional y cognitivo, tratan de enfrentar situaciones problemáticas y se adaptan a las circunstancias cambiantes.

El vínculo común entre el cambio de ideología y de la fecundidad en Brasil se ha visto básicamente a través de la influencia de fuerzas internacionales (gobiernos, agencias privadas, movimientos de planificación familiar) y la relación entre políticas y/o las acciones de instituciones privadas que buscan reducir el crecimiento de la población. Aunque esta dimensión es de gran importancia y está muy relacionada con nuestra discusión (dadas las relaciones históricas, políticas, económicas y culturales, y la "dependencia" de Brasil) no constituye el principal interés de este escrito. Más bien, ejemplifico sus efectos en las enconadas discusiones sobre la esterilización en Brasil. En este trabajo, preferí enfatizar las conexiones históricas de la conducta reproductiva con los aspectos políticos e ideológicos del desarrollo de este país durante el siglo xx.

La sugerencia de Caldwell de que "la transición de la fecundidad global era inevitable y que la presión demográfica estaba entrelazada con ideas, ideologías y el concepto de la asistencia organizada tanto de la Europa del siglo diecinueve como de los países en desarrollo en la segunda mitad del siglo veinte" (Caldwell, 1997:808), representa un reto para los demógrafos que tratan de explorar los componentes ideológicos de la transición de la fecundidad. Aportando datos históricos, concluye que existían apuntalamientos intelectuales e ideológicos para argumentar a favor de la intervención gubernamental en los países pobres y con alta fecundidad con el fin de reducirla.⁵ Algunos autores sugieren con respecto a esto que Brasil fue uno de los prin-

⁵ Caldwell también hace notar que "el movimiento de la posguerra para apoyar y motivar los programas de población en el Tercer Mundo fue encabezado por los norteamericanos, donde Frank Notestein y su grupo, en la Oficina de Investigación sobre Población de Princeton (Princeton's Office of Population Research), tuvieron un papel clave". Es posible que en una atmósfera tan competitiva como la de la guerra fría, el Programa de los Cuatro Puntos (Point Four Program), así como la ayuda técnica de manera más amplia, hayan reducido también y con mayor rapidez la mortalidad en el Tercer Mundo que como habría ocurrido de otra forma, propiciando a través del tiempo un problema de elevadas tasas de crecimiento de la población. También es cierto que los cambios en el sistema impositivo estadounidense y las actitudes tradicionales apoyaban el establecimiento de fundaciones privadas que permitirían el surgimiento del Population Council a mediados de los años cincuenta y la incursión de la Fundación Ford en este campo a finales de los años cincuenta" (Caldwell, 1997:808).

cipales objetivos de los esfuerzos internacionales durante los años sesenta y setenta (Fonseca, 1993; Rocha, 1992), pero otros señalan que esta clase de influencia sólo afectó de modo indirecto el descenso de la fecundidad (Martine y Faria, 1988). En particular, la discusión sobre la “esterilización masiva” es la que mejor refleja la relación existente entre la ideología y la intervención extranjera en la conducta reproductiva de Brasil.⁶ Por ejemplo, el movimiento de mujeres brasileñas y en especial las mujeres negras (Geledés, 1991), denunció que la esterilización era parte de una conspiración internacional premeditada, respaldada por las élites nacionales y los intereses médicos para controlar el crecimiento de la población pobre y no blanca. De este modo el debate sobre la esterilización adquiere mayor ímpetu en 1992 con el *Comissão Parlamentar de Inquerito* (CPI o en español, Comité de Investigación Parlamentaria), dispuesto por el Congreso Nacional. El CPI representa no sólo el reconocimiento oficial de la potencial relación de poder entre las dinámicas de la población brasileña y los factores ideológico-políticos, sino que además representa un momento decisivo⁷ en la legalización de la esterilización.⁸

Metodológicamente, la capacidad de la teoría de la transición demográfica (TTD) para predecir las tendencias demográficas resulta crítica para considerar el futuro de la fecundidad. La TTD reconoce de manera general que habrá una reducción sostenida de las tasas de fecundidad hasta que alcancen

⁶ Berquó cree que la asistencia internacional contribuyó a que se recurriera a la esterilización femenina con mayor frecuencia que a otros métodos.

⁷ El cambio de dirección del gobierno de Brasil hacia una política de población más formal debería ser contemplado a través de la historia de los programas de salud reproductiva de las mujeres como el PPGAR (1997) (Programa Prevenção da Gravidez de Alto Risco), el PREV Saúde (1980) (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde) y el PAISM (1987) (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher) y las recomendaciones del CPI en 1992 y la legalización de la esterilización por ley (Corrêa, 1993; 1999).

⁸ La ley de esterilización fue aprobada en agosto de 1997 y establece que: 1. La esterilización es un derecho para los hombres y las mujeres mayores de 25 años; 2. Las personas que busquen la esterilización mediante el sistema público tendrán que esperar 60 días a partir de su petición, periodo durante el cual serán asesoradas sobre las diversas opciones de métodos anticonceptivos y los posibles efectos secundarios de la esterilización; 3. Las esterilizaciones posparto (dentro de las 48 horas después del alumbramiento) se autorizarán sólo si existe una indicación médica sobre un historial de múltiples cesáreas. El Ministerio de Salud aplicó una legislación reguladora que provee los servicios de esterilización en hospitales públicos, al incorporar las intervenciones quirúrgicas dentro de la lista de tratamientos médicos reembolsables y al dar a los estados y municipios la responsabilidad para otorgar licencias a instalaciones de sistemas públicos para realizar la ligadura de trompas y la aplicación de la ley. De modo que los hospitales con licencia son las únicas unidades autorizadas para recibir un pago por los procedimientos de esterilización (Ministério da Saúde, 1997).

un nivel estable. Sin embargo, la TTD no aclara en qué nivel han de estabilizarse las tasas de fecundidad. Asimismo, su idea implícita de homogeneidad en las tendencias de los niveles de fecundidad, es decir, la aparición del diferencial de la fecundidad entre grupos sociales y sociedades con características étnico-raciales particulares, y de ahí la sugerencia del fin de la transición demográfica, no ha logrado consenso entre los demógrafos. Las críticas sobre el poder de predicción de la teoría de transición demográfica puede resumirse en palabras de McNicoll: “Ésta es para la demografía su propia visión del ‘fin de la historia’ — una estabilidad sin fin de los altos niveles de consumo, baja mortalidad y niveles de fecundidad cercanos al remplazo” (McNicoll, 1992:411).

En este escrito, sugiero que el descenso de la fecundidad brasileña se comprende mejor como parte de un “régimen demográfico” más que mediante la teoría de la transición demográfica. El concepto de “régimen demográfico”, que se encuentra en los orígenes de la demografía, se concibe como “un sistema de relaciones entre fecundidad, mortalidad, nupcialidad y migración que interactúan entre sí y con las instituciones sociales para ir conformando el cambio poblacional a largo plazo” (Wilson y Airey, 1999; Cleland, 2001; Kreager, 1986). Una pregunta clave desde esta perspectiva es si el descenso de la fecundidad en Brasil es de una importancia estructural fundamental o si meramente indica la existencia de múltiples direcciones, es decir, “variaciones en la elección entre diversos caminos aceptados que conducen hacia fines previamente determinados” (Kreager, 1986). La idea implícita es hacer del concepto de decisión una propiedad de una estructura social y un conjunto de valores particulares, y buscar las maneras particulares en que las restricciones y las oportunidades demográficas son importantes en diversas sociedades (Kreager, 1986:132).

¿Qué tanto comprendemos los patrones actuales de la fecundidad en Brasil? Las “verdades demográficas brasileñas”

Al revisar los estudios sobre fecundidad, y apoyándome preponderantemente en la evaluación más reciente, completa y crítica sobre las investigaciones y enfoques para explicar la transición de la fecundidad en Brasil durante el periodo de 1965 a 1995 hecha por Martine (1996), argumento que una visión compartimentada de la dinámica demográfica a través de sus componentes (fecundidad, mortalidad, nupcialidad y migración) y la falta de una perspectiva histórica más amplia no sólo impiden una mejor explicación del actual descenso de la fecundidad sino que perpetúan también las llamadas “verda-

des inciertas” o “*certezas equivocadas*” (como se dice en Brasil⁹). Dado que virtualmente han alcanzado el estatus de verdades, estas explicaciones circulan ampliamente y frecuentemente paralizan los esfuerzos por buscar otras explicaciones. Éste parece ser el caso de la explicación de la fecundidad. En particular, señalo dos de estas “verdades demográficas”, que aparecen sistemáticamente en los estudios sobre el tema y se divulgan ampliamente entre el público. Se trata de las siguientes:

- 1) El inicio del descenso de la fecundidad en Brasil se da a mediados de los años sesenta, y su futuro será el descenso irreversible, la homogeneización y la estabilidad.
- 2) El descenso de la fecundidad se explica sobre todo a partir de una serie de “resultados no anticipados” de la acción de actores institucionales y de las “consecuencias no intencionales” de las “políticas públicas”.

Yo argumentaría que existe en general una conexión entre ambas “verdades” dada la íntima relación entre las aproximaciones teóricas y metodológicas utilizadas en la mayor parte de los estudios brasileños. Ciertamente la complejidad del descenso de la fecundidad y la diversidad de estudios sobre el tema no pueden circunscribirse en estas dos “verdades demográficas”, si bien representan una estrategia debida a la necesidad de simplificar la discusión.

Verdad 1): El inicio del descenso de la fecundidad en Brasil se da a mediados de los años sesenta y el futuro será su descenso irreversible, la homogeneización y la estabilidad.

Para examinar la primera “verdad demográfica” brasileña, sostengo que la falta de una adecuada serie histórica de datos, una visión compartimentada de las variables y la falta de interés por una perspectiva histórica más amplia sobre las dinámicas de población brasileñas ha constreñido la medición y el entendimiento adecuados de la temporalidad precisa del cambio, la velocidad y los mecanismos del descenso de la fecundidad. Para ilustrar este pun-

⁹ El término viene de Felicia Madeira, quien llama la atención sobre el hecho de lo fácil que circulan las “*certezas equivocadas*” en Brasil. Como ejemplo, recuerda que se creía comúnmente que los fracasos en el sistema educativo brasileño se debían a que las familias pobres mandaban a sus hijos a trabajar. Sin embargo, estas familias señalaban que la formación ética y moral, la solidaridad con la familia y la protección contra la violencia son aspectos de mayor importancia que la potencial contribución monetaria de los hijos al presupuesto familiar, que tiende a ser muy baja (Madeira, 1998).

to, examino algunas dificultades sobre la variación en la medición de la fecundidad a través del tiempo y en resultados recientes de mediciones de la fecundidad brasileña por cohortes. Siguiendo la misma línea, paso a explorar los supuestos comunes sobre el futuro de la fecundidad.

El inicio de la fecundidad y sus mediciones. La trayectoria del descenso de la fecundidad en Brasil se ha rastreado en su mayoría mediante cálculos indirectos de la tasa de fecundidad total (TFT) y con otras mediciones por periodo. Estas mediciones sugieren que el descenso de la fecundidad comenzó a mediados de los años sesenta. No obstante, algunos autores reconocieron, desde hace algún tiempo, que las tendencias de fecundidad y mortalidad parecen haber estado presentes en las regiones sur y sureste ya antes de 1950 (Wood y Carvalho, 1988; Carvalho, Paiva y Sawyer, 1981; Merrick y Graham, 1979), y las mediciones por cohorte muestran que las reducciones en la fecundidad comenzaron aún antes en el siglo xx (Carvalho y Frias, 1994; Horta, Carvalho y Frias, 2000; Camarano, 1999; Goldani, 1989). De hecho, los tipos de métodos estadísticos necesarios para hacer mediciones relativamente finas de la fecundidad apenas han estado disponibles y, hasta ahora, sólo un estudio nacional (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios, PNAD, 1984) ha recogido historias completas de nupcialidad y fecundidad de las mujeres. Así, mediciones directas de la fecundidad pueden obtenerse para unas cuantas cohortes de mujeres brasileñas: aquellas nacidas entre 1930 y 1939, quienes comenzaron sus vidas reproductivas entre 1945 y 1954 (Goldani, 1989).

Como resultado de esto, el debate demográfico sobre el valor de las aproximaciones por periodo y por cohorte¹⁰ no había interesado a los demógrafos brasileños sino hasta épocas recientes (Frias y Carvalho, 1994; Horta, Carvalho y Frias, 2000; Camarano, Araujo y Carneiro, 1999; Goldani, 1989). Resulta interesante que las implicaciones de las nuevas estimaciones por cohorte para explicar las tendencias de fecundidad aún no hayan sido exploradas, de modo que las explicaciones del cambio en la fecundidad basadas en mediciones por periodo permanecen intactas.

Al cuestionar la idea de cuando comenzó el descenso de la fecundidad en Brasil, creo que los estudios basados en la tasa de fecundidad total (TFT) y otras mediciones por periodo conducen a conclusiones equívocas. La tasa de fecundidad total es una acumulación sintética de tasas, que no es más que un mecanismo útil que comprime en una sola cifra aquello que de otra manera es la incómoda pluralidad de un conjunto de tasas (Bhrolcháin, 1992:614).¹¹

¹⁰ El supuesto común es que una visión por cohorte da cuenta del cambio a largo plazo mientras que un enfoque por periodo se asocia con cambios a corto plazo.

¹¹ Específicamente, Bhrolcháin nota que hay dos tipos de problemas con respecto a las

En otras palabras, la tasa de fecundidad total no representa adecuadamente lo que ocurre en un periodo. Por ejemplo, una tasa de fecundidad total de 2.5 en 1996 no describe nada experimentado realmente por la población femenina brasileña durante un año o periodo. Para reforzar esta idea, Wong señala que el potencial abultamiento artificial de las tasas de fecundidad totales del periodo se debe al proceso de rejuvenecimiento¹² de la fecundidad en Brasil. En la medida en que sucesivas cohortes comienzan a dar lugar a nacimientos al mismo tiempo, hay un traslape de nacimientos en un mismo periodo (Wong, 2000:8).¹³ De modo que el continuo énfasis de que a mediados de los años sesenta se dio el inicio del descenso de la fecundidad en Brasil parece estar más relacionado con la visibilidad posterior del fenómeno ofrecida por la tasa de fecundidad total y las mediciones por periodos, más que con verdaderas tendencias que yo creo están mejor representadas por las mediciones por cohorte.

Horta, Carvalho y Frias (2000) presentan la serie más completa de tasas de fecundidad por cohortes y generacionales, calculadas indirectamente a partir de los censos decenales desde 1940 para Brasil y sus regiones geográficas, para mujeres que iniciaron sus vidas reproductivas (15 años de edad) desde 1901. Aunque los autores reportan que la fecundidad se estabilizó para las generaciones que comenzaron sus vidas reproductivas antes de 1933, mi lectura de tales resultados es que la fecundidad comienza a descender entre las mujeres que comenzaron sus vidas reproductivas en el periodo de 1901 a 1905. El cuadro 6 de su artículo muestra que estas mujeres, que habían completado su descendencia a principios de los años treinta, tienen una

mediciones convencionales de la tasa de fecundidad total según la edad y según periodos: la medición y su uso equivocado. En términos de medición, la convencional tasa de fecundidad total basada en la edad se estandariza de manera incompleta, lo que provoca una distorsión cuando se comparan los diferentes periodos. Esto se debe a que las mediciones por periodo deberían estandarizarse para establecer la paridez, de manera que se pueda tomar en cuenta la fecundidad de años anteriores. La tasa de fecundidad total se construye sobre líneas sintéticas por cohorte, lo que "implícitamente ensarta secuencias de sucesos que en tiempos de cambio se sabe que no ocurren" (Bhrolcháin, 1997:613).

¹² El "proceso de rejuvenecimiento" de la fecundidad por la edad tiene que ver con el elevado descenso de la fecundidad entre las mujeres mayores de 35 años y por el hecho de que el riesgo de que las mujeres jóvenes (15-19) tengan hijos sigue siendo prácticamente el mismo desde los años sesenta. La elevada tasa de esterilización también contribuye a este proceso (Wong, 2000:12).

¹³ De acuerdo con la sugerencia de Bongaarts (1998), Wong ha observado también que debido al proceso de envejecimiento se espera que siga bajando aún más la fecundidad en Brasil. El proceso de envejecimiento disminuye la TFR, pues cohortes sucesivas tomarán relativamente más tiempo para producir nacimientos (cf. Wong, 2000:8).

tasa de fecundidad total de 6.95, con un lento pero consistente descenso en cohortes sucesivas (5.88 para la cohorte de 1933, la cual alcanza su descendencia completa a principios de los años sesenta). Considerando el valor y las limitaciones de este tipo de cálculo indirecto, sugiero la siguiente periodización histórica del descenso de la fecundidad basada en la experiencia de diferentes generaciones, reunida en la tasa de fecundidad total de Horta, Carvalho y Frías (2000) y en los años en que las mujeres comenzaron sus vidas reproductivas.

- 1) 1903-1918, el modelo entre siete y seis hijos. Las mujeres comenzaron sus vidas reproductivas en el periodo donde la tasa de fecundidad total varía de 6.95 a 6.10 hijos;
- 2) 1923-1953, el modelo de seis a cinco hijos. Las mujeres comenzaron sus vidas reproductivas en el periodo donde la tasa de fecundidad total varía de 5.93 a 5.38;
- 3) 1958-1963, el modelo de cinco a cuatro hijos. Las mujeres comenzaron sus vidas reproductivas en el periodo donde la tasa de fecundidad total varía de 4.91 a 4.24;
- 4) 1968-1973, el modelo de cuatro a tres hijos. Las mujeres comenzaron sus vidas reproductivas en el periodo donde la tasa de fecundidad total varía de 3.64 a 3.09;
- 5) 1978-1983, el modelo de tres a dos hijos. Las mujeres comenzaron sus vidas reproductivas en el periodo donde la tasa de fecundidad total varía de 2.68 a 2.46;
- 6) 1988 en adelante. El modelo de dos hijos a uno. Las mujeres comenzaron sus vidas reproductivas en el periodo en que la T_{FT} varía de 1.9 a un nivel incierto por debajo de las tasas de remplazo.

Las tasas de fecundidad total a nivel nacional obtenidas para varias generaciones se basan en una diversidad regional de experiencias de fecundidad a través del tiempo. Utilizando los resultados de Horta, Carvalho y Frías (2000), dos regiones, la noreste y la sur, ejemplifican las extremadas diferencias socioeconómicas. Por otro lado, parten de niveles similares de fecundidad, alrededor de siete hijos por generación en 1903, pero la trayectoria de fecundidad acabó siendo completamente distinta en estas dos regiones. En el noreste, considerada como la región más pobre del país, la tasa de fecundidad total osciló entre 6.6 y 7.2 hijos entre las mujeres que comenzaron sus vidas reproductivas en 1903 y 1948, respectivamente. Las tasas de fecundidad sólo inician su tendencia consistente hacia el declive en esta región entre las mujeres que comenzaron sus vidas reproductivas en 1963, quienes acumu-

laron 5.5 hijos. Desde entonces, un continuo y acelerado descenso sugiere que las mujeres que comenzaron sus vidas reproductivas en 1988 tendrán una tasa de fecundidad total de 2.3. En contraste, en la región desarrollada del sur la tasa de fecundidad total bajó sistemáticamente de 7.0 hijos a 5.2 entre las generaciones de 1903 y 1953. Desde entonces, un acelerado descenso muestra que la generación de mujeres de 1963 tiene una tasa de fecundidad total de 3.9 hijos y las mujeres que iniciaron su periodo fértil en 1988 alcanzaron una fecundidad por debajo de la de reemplazo con una tasa de fecundidad total calculada en 1.9 hijos.

Los cálculos indirectos a nivel nacional y regional de Camarano de las tasas de fecundidad total marital por cohorte, basados en datos de los censos, sugieren que a pesar del descenso generalizado desde principios del siglo xx, esta tendencia no era monótona y su intensidad variaba. Para Brasil, la tasa de fecundidad total bajó de 6.2 hijos entre las mujeres nacidas en el periodo de 1890 a 1895 a 2.5 hijos para aquellas que nacieron entre 1970 y 1975. (Camarano, 1999:96). El descenso de la fecundidad por cohorte no fue homogéneo ni por edades ni por zona geográfica. Las mujeres de las regiones sur, sureste y norte del país fueron las primeras que comenzaron a ejercer un control deliberado de su fecundidad, con toda probabilidad mediante la abstinencia sexual, coito interrumpido, lactancia e incluso abortos. Las estimaciones sobre el control deliberado de la fecundidad ("m")¹⁴ fueron consistentes con las tendencias de la descendencia completa como fue medida por cohortes que nacieron entre 1890 y 1975. Los resultados sugieren que a partir de 1940-1945, si no es que antes, las mujeres brasileñas concluían su periodo fértil cada vez más pronto en sus vidas (Camarano, Araujo y Carneiro, 1999:10-11).

Las mediciones directas por cohorte del comportamiento reproductivo de las mujeres brasileñas, obtenidas por Goldani a partir de la reconstrucción de historias de nupcialidad y fecundidad de la encuesta nacional sobre hogares de 1984 (PNAD, 1984), indican una tendencia hacia una menor fecundidad antes de los años sesenta. Estos cálculos muestran que cohortes de mujeres nacidas en el periodo comprendido entre 1930 y 1934 y que sobrevivieron hasta 1984, alcanzaron una tasa de fecundidad total de 4.95 hijos. Además, las tasas de fecundidad por cohorte varían dependiendo de la raza,

¹⁴ La llamada "m minúscula" es un factor que expresa la relación entre una población estándar y un patrón de fecundidad natural y, en este caso, con la población a ciertas edades. Los valores de "m" fluctúan entre 0.4 y 4.0 De modo que si "m" equivale a 2.0 significa que la población sólo presenta un grado de control deliberado de la fecundidad, y después de 0.40 se considera un nivel razonable de control de la fecundidad. Este modelo fue desarrollado por Coale y Trussel (1974). Para detalles y la aplicación del modelo, veáse Knodel (1977).

donde los mulatos (*pardos*) tienen una descendencia completa (6.1) mucho más elevada que la de los blancos (4.5), y los negros la tienen intermedia (5.2). Gran parte de la fecundidad diferencial por raza puede explicarse por el efecto del control de la fecundidad. Entre las mujeres blancas, el grado de control deliberado de fecundidad, "m", alcanzó 0.713, mientras que en las mujeres mulatas (*pardas*) es de 0.309 y en las negras es de 0.221. Para todas las mujeres brasileñas nacidas entre 1930 y 1934, el grado de control deliberado de la fecundidad fue de 0.523 (Goldani, 1989).

Al explorar las diferencias entre los efectos por cohorte y periodos en el análisis de la fecundidad de las mujeres brasileñas en 1984, Goldani demostró que las cohortes más jóvenes experimentaban una mayor incidencia de concepciones prematrimoniales y un intervalo un poco más corto entre cada nacimiento. Por ejemplo, para las mujeres que tenían a su segundo hijo entre los 21 y 23 años, la proporción que pasa de paridez dos a paridez tres en un lapso de cinco años va de 62% para la cohorte de 30 a 34 años de edad a 73% para la cohorte de 45 a 49 años, con una diferencia de cinco meses para el momento del tercer nacimiento. Casi el mismo patrón de cuantilas y medianas se mantiene en las mujeres que tienen su segundo hijo a mayor edad. Por otro lado, los resultados confirman que los efectos por periodos han cambiado la cuantila y el calendario de fecundidad en Brasil desde 1955 (Goldani, 1989:213-215).

En conclusión, los análisis de los cambios de la fecundidad por cohorte, obtenidos a partir de las historias de fecundidad de la PNAD 1984 y utilizando indirectamente los censos de población, refutan la idea de que los años sesenta representen el inicio del descenso de la fecundidad. De hecho, se puede decir que a mediados de la década de 1960 se da un importante momento decisivo hacia la generalización y aceleración del proceso de descenso. Resumiendo, está claro que el control deliberado ocurrió desde principios del siglo xx y es mucho más fuerte entre las mujeres blancas y varía según las cohortes y la zona geográfica. La tendencia nacional de descenso durante dicho siglo resulta de una compleja combinación de factores e interacciones a partir de diferentes experiencias regionales. Las tendencias históricas por región sugieren que el descenso fue interrumpido por un tiempo y volvió con una clara concentración de la fecundidad a edades tempranas. Finalmente, los hallazgos de Camarano (1996a) sobre Rio de Janeiro, São Paulo y la región noreste no confirman la hipótesis de homogeneización y de la irreversibilidad del descenso de la fecundidad.

Los análisis del descenso de la fecundidad brasileña requieren por ende de mejores mediciones tanto en el tiempo del calendario como de las cuantilas de cambios en la fecundidad. Asimismo, las publicaciones comunes sobre

proyecciones de las tasas de fecundidad total y mediciones periódicas no proveen información suficiente acerca del calendario y las suposiciones de recuperación. Lesthaeghe y Willems (1999) sugieren que las tasas de fecundidad por cohortes de edades específicas pueden tener mayor utilidad. Otros autores, sin embargo, dirían que los datos por cohorte no son necesarios para un análisis eficaz del cambio en la fecundidad, especialmente si se dispone de tasas de paridez periódica y de duración específica (Bhrolcháin, 1992:622)

Verdad 2): El descenso de la fecundidad brasileña puede explicarse a partir de una serie de "resultados no anticipados" de las acciones sociales y de las "consecuencias no intencionales" de las políticas públicas.

Al asumir que el descenso de la fecundidad comenzó a mediados de la década de 1960 y que no había una política gubernamental oficial que buscara controlar el crecimiento de la población en Brasil, muchos estudios coinciden con la conclusión de Martine:

En general, la influencia de políticas explícitas para reducir la fecundidad ha sido insignificante en comparación con los efectos imprevistos y no intencionales de diversas iniciativas públicas y privadas. El gobierno brasileño nunca ha adoptado una política para controlar el crecimiento de la población; no obstante, varias políticas a nivel macro que trataban de modernizar la organización social, política y económica, probablemente tuvieron mayor impacto que el que habría habido si el Estado hubiera tratado de manera directa de reducir la fecundidad. El *establishment* poblacional aún no ha logrado convencer a las autoridades de la necesidad de estimular la práctica de control de la natalidad, y aún menos de establecer programas de distribución de anticonceptivos con financiamiento público, si bien es probable que haya tenido una importante influencia indirecta en fomentar una mayor conciencia sobre las ventajas de limitar la fecundidad y en la creación de un ambiente favorable para la práctica del control de la natalidad. De igual modo, otros actores clave de este proceso no han cumplido con sus propios objetivos, pero han contribuido de maneras imprevistas al descenso definitivo de la fecundidad. (Martine 1996:70)

De ahí que las elevadas tasas de abortos y esterilización, los medios principales por los que se alcanzó un rápido descenso de la fecundidad en Brasil, en parte pueden atribuirse a la influencia recíproca que ejercen actitudes, políticas y objetivos variables de actores sociales claves, lo cual derivó en limitar la disponibilidad práctica de otros métodos anticonceptivos. Siguiendo este razonamiento, lo que motivó el control de la fecundidad puede atribuirse a los efectos indirectos de cambios institucionales en las áreas de la

salud, la seguridad social y los medios masivos de comunicación que fueron introducidos por el régimen militar a mediados de la década de los sesenta como parte de sus esfuerzos por introducir una rápida modernización (Faria, 1997-1998; Faria y Potter, 1990 y 1999). De este modo, Martine señala que “la influencia de los demás factores fue catalizada por la rápida urbanización” (Martine, 1996:70).

La historia de los impactos indirectos y de las consecuencias no intencionales como parte central de las explicaciones en el descenso de la fecundidad brasileña nos deja, al menos a mí, con más preguntas que respuestas. Porque después de todo muchas explicaciones han procurado mostrar cómo afectó el modo particular de la modernización en Brasil a la fecundidad y luego implícitamente siguieron las prescripciones-descripciones del modelo de la teoría de la transición demográfica. Así, al cuestionar la segunda “verdad demográfica” brasileña, sostengo que la versión de los llamados impactos indirectos y las consecuencias no intencionales adolece de una insuficiente atención hacia la historia. Desde mi punto de vista, hay un eslabón perdido entre la dinámica demográfica actual y el pasado, así como una visión estrecha de lo que constituye la política de población de Brasil. Corriendo el riesgo de simplificar demasiado, sostengo que existe un vínculo en términos de una continuidad histórica de la relación entre la medicina, el Estado y la familia en Brasil, y la conducta reproductiva de la población. Entiendo que el significado de estas relaciones sociales institucionales encuentra su expresión en términos de una forma específica de reproducción, la cual no sólo se da en términos de bienes materiales, sino también en términos de las vidas privadas de los brasileños.¹⁵

Al discutir la interacción institucional entre medicina, familia y Estado, asumo que la medicalización¹⁶ de las relaciones sociales, que llegaron a consolidarse a partir de las políticas públicas desde 1964, tiene un papel importante. La medicalización de las relaciones sociales resulta de la tendencia a delegar a

¹⁵ Mi idea aquí es que a lo largo de la historia de estas complejas interacciones institucionales podemos reconstruir también algunas de las maneras en que se han dado cambios en la forma en que se perciben los costos relativos de criar hijos, lo que constituye un problema central de los cambios de la fecundidad (Szreter, 1998). Con relación a esto, también tomo en cuenta la posibilidad de que los costos tanto psíquicos como económicos de los hijos se incrementan en la medida en que el nivel de incoherencia entre las instituciones sociales y económicas y la dimensión de la equidad de género se incrementan a su vez (McDonald, 1997:18).

¹⁶ El concepto de ‘medicalización’ fue creado por Ivan Illich (1976), quien lo utilizó para describir la “invasión” de la medicina en áreas cada vez más grandes de la vida del individuo. Sin embargo, este autor no mencionó lo que implica este proceso en la medicalización de las relaciones sociales.

los servicios de salud el control de los conflictos en los ámbitos interpersonales, sociales e incluso políticos (Singer, Campos y Oliceira, 1978). De este modo, el discurso médico higienista de mediados del siglo XIX, que cobró fuerza con el movimiento eugenésico a principios del siglo XX y la revolución de los anticonceptivos en la década de 1960, fue absorbido y legitimado socialmente por lo que los brasileños creían que podía ofrecer.

Por lo tanto, me atrevo a afirmar que los doctores, con el apoyo del Estado, han desempeñado un papel fundamental en el comportamiento reproductivo de la población brasileña a partir de su interacción con las familias. Los descubrimientos demográficos recientes sobre el papel de los doctores al suministrar servicios de anticoncepción y su relación con las mujeres brasileñas mediante refuerzos positivos apoyan mi argumento. Por ejemplo, la revisión que hace Potter de la historia de la promoción y adopción de métodos anticonceptivos modernos en Brasil sugiere que “al parecer los doctores han tenido un papel importante en el proceso de elección y aparentemente han sido influidos fuertemente por sus pares” (Potter, 1999:716). El trabajo de campo de Caetano (2000) en Pernambuco muestra que más que meramente motivar el uso de esterilizaciones y otras formas de anticoncepción, los doctores brasileños participaron directamente en las decisiones reproductivas de las mujeres. Es importante considerar la observación de Singer de que las acciones de los doctores en términos de relaciones sociales han buscado conservar el orden social estimulando la preservación de instituciones como la familia (Singer, Campos y Oliceira, 1978:64).

Basada principalmente en una “etnografía bibliográfica”, mi discusión acerca de la segunda “verdad demográfica” brasileña supone que las “decisiones son una propiedad de valores y de una estructura social particulares, en oposición al concepto del cálculo en la elección consciente de decisiones” (Kreager, 1986:135). Además, las representaciones y tipos de familias, tanto como las expectativas acerca de los hijos y el valor que se les atribuye, son de una importancia central para la constitución de las prácticas reproductivas mismas. Relacionado con este aspecto y siguiendo mi argumento general sobre el papel histórico de la medicina en el comportamiento reproductivo brasileño a través de la familia, la observación de Gilberto Freyre marca un hito:

A supremacia do médico sobre o confessor, na vida da família brasileira, esboçada desde as primeiras décadas do século XIX, veio marcar fase nova na situação da mulher. A mulher de sobrado foi encontrando no doutor uma figura prestigiosa de homem em quem repusar (da figura do marido e do padre), a confissão de doenças, de dores, de intimidades do corpo oferecendo-lhe um meio agradável

de desafogar-se das opressões patriarcal e clerical [La supremacía del médico sobre el confesor, en la vida de la familia brasileña, que despuntaba desde las primeras décadas del siglo XIX, marcó una nueva fase en la situación de la mujer. La mujer, por mucho, fue encontrando en el doctor una figura prestigiada de hombre en quien acogerse (figura de marido y de padre, para confesar dolencias, dolores, intimidades del cuerpo), que le ofrecía un medio agradable de desahogarse de las opresiones patriarcal y clerical] (Freyre, 1951:289-90).

Para fundamentar mi argumento, en las siguientes secciones hago un repaso de las relaciones entre la medicina, el Estado y la familia con respecto al comportamiento reproductivo brasileño a lo largo de tres periodos, identificados principalmente por los discursos de los movimientos de salud: 1) la segunda mitad del siglo XIX, que se caracteriza por el movimiento higienista;¹⁷ 2) el principio del siglo XX, que se caracteriza por el movimiento eugenista y 3) el periodo contemporáneo o aproximadamente de 1960 a 1996, que se caracteriza por la revolución moderna de la anticoncepción. Al hacer esto entiendo que la relación entre la familia y procesos sociales más amplios resulta de un complejo proceso de interacción más que de una imposición.

La medicina, el Estado y la familia: una relación histórica en el comportamiento reproductivo de Brasil

El periodo histórico de referencia más importante en nuestra discusión va desde la década de 1890 a la de 1930, cuando se incrementó la población brasileña de 18 millones en 1900 a 41 millones en 1940. Las tasa anual promedio de crecimiento entre 1850 y 1900 fue de 1.8, mientras que en el periodo de 1900 a 1950 fue de 2.1 (Merrick y Graham, 1979:31) La esperanza de vida para ambos sexos era de alrededor de 29 años en 1900 y 37 en 1940. A pesar de la importante contribución de la inmigración en ese periodo, el incremento natural continuó siendo lo que originaba la mayor parte del crecimiento poblacional de Brasil en el periodo. El promedio anual de las tasas brutas de nacimiento fue aproximadamente de 46 entre 1891 y 1900 y de 43

¹⁷ El "higienismo" o "medicina social" fue una especie de moda en Francia durante la primera mitad del siglo XIX. Se trataba de una ciencia del hombre fundada en la "higiene pública", que buscaba perfeccionar la naturaleza humana en general, valiéndose de una rígida y despótica disciplina sobre la sociedad mediante los programas de higiene pública. Los médicos de la Academia Imperial de Medicina de Río de Janeiro copiaron los métodos terapéuticos e importaron el ideario de los higienistas franceses para la corte. Éste fue acoplado a la medicina clínica existente y dio origen a una "versión heterodoxa del higienismo francés en Brasil" (Campos Coelho, 1999:111).

entre 1921 y 1940, mientras que la tasa bruta de mortalidad era de 28 y 25, respectivamente (Merrick y Graham, 1979:36-37).

Durante este periodo, el monopolio del poder de la oligarquía rural tradicional de Brasil se vino abajo y, con él, la legitimidad del gobierno republicano que controlaba. Considerado uno de los periodos más difíciles de la historia de Brasil, en él se dio por primera vez una importante discusión acerca de la "crisis de la familia". Los "problemas" de la familia brasileña se atribuían ampliamente a las fuerzas desintegradoras de la inmigración masiva proveniente de Europa,¹⁸ el aumento de la migración del campo a la ciudad (a raíz de la abolición de la esclavitud en 1888), una urbanización explosiva y drásticos cambios en la situación económica, todo agravado por los conflictos de clase y la introducción de peligrosas ideologías de izquierda y feministas (Besse, 1996).

Entre 1890 y 1930 hubo una revolución en la ciencia médica asociada a la bacteriología y los médicos brasileños se movilizaron para responder al aumento de epidemias y enfermedades endémicas.¹⁹ La epidemia de peste bubónica en 1899 condujo al establecimiento de lo que se convirtió el Instituto Oswaldo de la Cruz de Rio de Janeiro, financiado con fondos federales.²⁰ El extraordinario éxito de las campañas públicas de salud contra la viruela, la peste bubónica y la fiebre amarilla dio gran prestigio a la ciencia de la salubridad. Para efectos del presente examen, es importante notar que como la educación médica y las organizaciones de salud pública solían ser financiadas por el Estado en América Latina, el Estado era visto como un aliado natural de los doctores. La clase social formada por los médicos era cada vez más visible y más integrada a las organizaciones ligadas a la política estatal y federal (Stepan, 1991; Costa, 1979; Machado *et al.*, 1978).

¹⁸ Se calcula la inmigración europea a Brasil en tres millones para el periodo de 1880 a 1928, donde los italianos formaban el grupo más grande, seguido por portugueses y españoles, y en menores cantidades por sirios, libaneses, polacos, judíos de Europa oriental, armenios y alemanes. Los inmigrantes japoneses comenzaron a llegar en 1908, cuando el gobierno de Brasil dejó de aplicar restricciones hacia los grupos asiáticos (Merrick y Graham, 1979).

¹⁹ En el Brasil de fines del siglo XIX y principios del XX, la medicina fue, de todas las ramas de la ciencia, la más avanzada y profesionalizada, institucionalmente hablando. La medicina no era una profesión estrecha, científica y técnica, sino que estaba conectada a los problemas sociales más amplios de ese momento. Por ejemplo, en las décadas de 1870 y 1880, muchos médicos brasileños eran republicanos y darwinistas que participaban activamente en los movimientos por la abolición de la esclavitud y la monarquía (Stepan, 1991:42).

²⁰ Oswaldo Cruz fue un bacteriólogo y dirigió el instituto de 1903 a 1909. Tras el éxito de las campañas de salud, se convirtió en el héroe de la élite y transformó al instituto en una escuela de medicina tropical y en esa calidad, el centro más famoso de investigación biológica de América Latina. A él se unieron nombres famosos como Carlos Chagas, Artur Neiva y Henrique da Rocha Lima (Stepan, 1991).

Para los años veinte y hasta los treinta, la vasta influencia de la eugenesia —al mismo tiempo una “ciencia” y un movimiento social preocupado por mejorar la “raza”—centró la atención en la reproducción como la clave para superar el “atraso” y la degeneración de la nación. Así, el matrimonio, la sexualidad, la maternidad y la educación de la mujer cobraron una enorme importancia en la visión de los eugenistas²¹ (Besse, 1996). Al mismo tiempo, intelectuales y políticos conservadores canalizaron sus energías para reavivar al catolicismo como una poderosa fuerza que contuviera la ola de teorías científicas modernas, los movimientos democráticos y las modernas modas “inmorales”. Pero como nota Besse, “si la visión racionalista y secular de los eugenistas de la reproducción higiénica, puericultura y educación eugenésica a menudo chocaba con la insistencia de los activistas católicos en la reafirmación de la base religiosa de la vida y la educación familiar, coincidían en que los papeles esenciales y primarios de las mujeres eran ser esposas y ser madres. Y compartían la convicción de que la regeneración nacional (y el futuro de Brasil como una potencia mundial) dependía de la salud moral y física de cada una de las familias en lo individual” (Besse, 1996:8).

Entre los años treinta y cuarenta, Getulio Vargas, quien llegó al poder a raíz de un golpe militar y gobernó como presidente interino (1930-1934), como presidente constitucional elegido por el Parlamento (1934-1937) y como dictador (1937-1945), reforzó en buena medida al gobierno central, fomentó el desarrollo económico e instituyó reformas sociales y políticas que movilizaron a las emergentes clases trabajadoras urbanas para formar una base efectiva de apoyo político personal (Besse, 1996). Durante este periodo hubo una gran expansión de los servicios de salud pública y una concentración de las actividades del gobierno federal. Por ejemplo, el Ministerio de Educación y Salud fue creado en 1930 y el SESP (servicio especial de salud pública) en 1942. Como resultado de un acuerdo entre los gobiernos de Estados Unidos y Brasil, el SESP extendió sus acciones con el fin de proporcionar principalmente asistencia médica a los trabajadores del hule, quienes eran esenciales para la industria de guerra de ese momento. También amplió sus actividades para investigar sobre la malaria, desarrollar programas en educación sanitaria, construir hospitales y puestos de salud, y promover la salubridad urbana y formar profesionales de la salud pública (Singer *et al.*, 1978).²²

²¹ La primera sociedad de eugenesia en Latinoamérica fue fundada en 1918 en São Paulo, con el nombre de Sociedade Eugénica de São Paulo, y contaba entre sus miembros a 140 de los médicos más prominentes de Brasil, así como a profesionales de campos relacionados con la materia (los cuales eran todos hombres).

²² El acuerdo entre Estados Unidos y Brasil concluyó en 1960 y el SESP fue transformado en una fundación y siguió ligado al Ministerio de Salud.

El Estado brasileño en este periodo tuvo un papel cada vez más activo al tratar de redefinir el sistema de género. Como una parte importante de un proyecto político e ideológico más amplio, la redefinición del sistema de género resultó en una serie de prescripciones de programas educativos, oportunidades de empleo, funciones públicas y responsabilidades familiares apropiados para varones y mujeres. Por ejemplo, las agencias del Estado, apoyándose en el discurso moderno sobre la emergente clase de profesionales liberales en el gobierno, sostenían que “ya no era aceptable que los esposos se comportaran como déspotas, ya que un matrimonio moderno, ‘higiénico’ debería ser construido sobre una nueva base científica, en la cual la reciprocidad y el entendimiento mutuos serían las bases de un matrimonio feliz y duradero” (Besse, 1996:6). El modelo corporativista de una *pátria* orgánica, saludable, médicamente saneada y moralmente purificada promovió la modernización de los roles de género, pero no la democratización (Besse, 1996; Linhares, 1999).

El periodo que va de 1950 a mediados de los años noventa se caracteriza por un rápido aumento de población hasta los años setenta, cuando sigue un intenso periodo de urbanización y un descenso significativo en la tasa de crecimiento poblacional observada entre 1980 y 1996 (Carvalho, 1997-1998). La población total se incrementó tres veces en ese periodo, de alrededor de 52 millones a 157 millones como resultado de un aumento de 23 años en la esperanza de vida y un descenso de más de 60% en las tasas de fecundidad total. De 1950 a 1996, la esperanza de vida para ambos sexos mejoró al pasar de 44 a 67 años y las tasas de fecundidad total disminuyeron de 6.3 a 2.3 hijos. Durante este periodo, el modelo de industrialización orientado a la sustitución de importaciones promovido por el Estado que caracterizó el régimen de crecimiento de la economía brasileña de los años cincuenta hasta los setenta, implicó un activo —aunque no muy eficiente— papel del Estado en el suministro de productos y servicios básicos. A fines de los años setenta y principios de los ochenta, la mayor parte de los sistemas de beneficencia de protección social mostraban signos de deterioro e incluso de derrumbe. Además, la crisis de los años ochenta aplicó una presión adicional sobre estos sistemas precarios. En consecuencia, el sistema de protección social, que fue incorporado a la agenda pública, empezó a ser reformado.

Las transformaciones sociales y económicas en este periodo se acompañaron de desigualdades sociales y regionales. Faria ha observado que el patrón de crecimiento industrial urbano con exclusión social generó una sociedad brasileña de masas y consumista. El Estado llevó un importante papel en este proceso, en particular en términos de arreglos institucionales compatibles con los nuevos patrones de acumulación requeridos para el avance del capitalismo (Faria, 1997-1998:185). Por ejemplo, como parte del proyecto polí-

tico autoritario de los gobiernos militares (1964-1984) para modernizar a Brasil y al mismo tiempo responder a las presiones internas, hubo un desarrollo de políticas que regulaban el crédito directo al consumidor, las telecomunicaciones, los beneficios de la seguridad social y los servicios de salud. Como resultado de estas políticas, Faria sugiere que una “integración real o simbólica de la población a un mercado de consumo”, de una manera institucional compleja e interrelacionada, “ha llegado a influir en el comportamiento de los individuos, amplificando la institucionalización de la demanda de fecundidad marital” (Faria, 1997-1998:188).

La presión interna e internacional para el establecimiento de un programa para la familia a nivel nacional en los años sesenta y setenta fue resistida por la ideología expansionista del régimen militar. Esto también es consistente con un firme compromiso ideológico con la familia, por parte de la derecha, la cual apoyó el golpe militar de 1964 y organizó manifestaciones por todo Brasil en nombre de la “Familia, Dios y la Libertad”. Así, como sugiere Álvarez, “la familia, de manera destacada y abstracta, se volvió uno de los principales sostenes del nuevo régimen autoritario de Brasil, de la misma manera en que a menudo ha funcionado como baluarte del conservadurismo en otras partes de América Latina” (Álvarez, 1997:72). Aunque el régimen militar autoritario fue aplastantemente pronatalista hasta principios de los ochenta, o, en el mejor de los casos, ambiguo en términos de políticas de población, el gobierno militar empezó a invertir su postura sobre políticas de control de crecimiento de la población a medida que la economía empeoró hacia fines de los años setenta (Álvarez, 1997).

De 1960 a 1996, comenzó otro gran cambio con la entrada masiva de las mujeres al mercado de trabajo, lo cual comportó un aumento de su visibilidad. Esto incluyó no sólo una mayor participación de mujeres solteras jóvenes, sino también de mujeres casadas y con hijos. Las consecuencias no se limitaron a su impacto en el mercado laboral, sino además afectaron la organización y experiencias de la vida diaria. Los nuevos patrones de participación de las mujeres en la fuerza de trabajo y su acceso a los ámbitos sociales y públicos causaron una profunda transformación de la vida de la familia (Bruschini, 1994). El desempleo entre los varones jefes de familia aumentó radicalmente entre 1970 y 1990. Combinado con un deterioro de los salarios, otros miembros de la familia fueron lanzados al mundo del trabajo. La base tradicional de la legitimidad, que se centraba en la autoridad del padre-esposo y su responsabilidad como sostén único de la familia, como en el caso del sistema donde sólo un miembro es el que mantiene a toda la familia, comenzó a erosionarse de manera irreversible. Aunque las mujeres tendieron cada vez más a incorporarse al mercado de trabajo, siguieron siendo respon-

sables del trabajo doméstico, lo que resultaba en una doble carga de trabajo. La participación de las mujeres en la fuerza laboral se incrementó en particular para las edades entre 20 y 30 años, precisamente las edades en las que las mujeres tienen la mayor carga de trabajo en la casa.

*Los higienistas y la "familia moderna"*²³

El vínculo histórico entre el poder médico higienista, las políticas del Estado y la familia con el comportamiento reproductivo ha sido objeto de estudio en otras disciplinas (Machado *et al.*, 1997; Costa, 1979), pero apenas ha sido tomado en cuenta en la discusión acerca de la transición demográfica. La introducción de la "medicina higiénica" a mediados del siglo XIX fue vital para la relación entre la familia y el Estado en Brasil. Mediante un conjunto de medidas médicas sociales llamadas "*higiene familiar*", el ámbito médico ayudó a volver a orientar a familias e individuos hacia las razones e intereses del Estado. El carácter empírico y científico de la medicina moderna y sus beneficios para el individuo condujo a una mayor legitimidad de los doctores y un mayor poder suyo sobre la sociedad brasileña con el apoyo del Estado (Costa, 1979).

La normalización médica de la familia ocurrió en conexión estrecha con el desarrollo urbano y la formación del Estado-nación brasileño. Costa (1979) sugiere que para compensar la falta de leyes apropiadas en ese tiempo, las normas médicas se introdujeron en el proceso de transformación de la familia. La habilidad de los higienistas para persuadir a las familias se basaba en la idea de que la salud y prosperidad de la familia dependía de su sumisión al Estado.²⁴ La mayor parte de las prescripciones médicas se dirigían a lograr una "re-europeización" del comportamiento. Asimismo, los higienistas tuvieron un papel central en la emergencia de la "familia moderna", al ayudar a redefinir los roles de los miembros de la familia y al imponer estándares

²³ Cabe destacar que existe una discusión sobre el papel real de los médicos higienistas en Brasil al final del siglo XIX. Una posición contraria a la nuestra se encuentra en *As Profissões Imperiais* de Edmundo Campos Coelho. Según este autor sólo se puede hablar de una influencia de la medicina y de los médicos en la sociedad brasileña a partir de 1920. Antes de esta fecha afirma que: "...essas estórias que transformaram a pobre medicina brasileira do século XIX em um poder admiravel e terrível, ilustrado e despótico a disciplinar os habitantes do Rio de Janeiro (...) trata-se de um grande equívoco, provocado na maioria das vezes por surtos de foucaultianismo agudo" (Campos Coelho, 1999:291).

²⁴ Paralelo al movimiento higienista hubo la creación de "*sistemas peritos*" o sistemas de apoyo a la educación de los hijos y la salud de la familia, como escuelas y médicos privados y familiares.

educativos sexuales, morales y físicos (Costa, 1979). En clara oposición a la familia patriarcal, considerada el modelo dominante hasta entonces, la mujer/esposa se convirtió en la “reina del hogar”, dedicada a los hijos, a los cuales alimentaba ahora dándoles el pecho. La valoración social de la lactancia materna fue resultado del discurso médico en contra de las nodrizas, quienes eran preferidas por las clases dominantes y medias altas. El hombre perdió su poder como padre pero ganó un control mayor sobre las mujeres.

El modelo brasileño de una “familia moderna”, propuesto por los higienistas, habría de ser aplicado a las clases sociales que podían darse el lujo de adoptarlo. De hecho, entre las clases más bajas la prevalencia de una familia extendida basada en las redes de parentesco o de vecindad conservó su importancia central (Sarti, 1996). O, como lo resume bien Almeida (1987:63-64):

O aburguesamento das famílias constitui, inicialmente, mais um verniz superficial atingindo parte dos hábitos das elites urbanas mas sempre coexistindo com o substrato da nossa formação engendrada antes do século XIX. E é desse casamento que nasceu a nossa família conjugal atual. [El aburguesamiento de las familias constituyó, inicialmente, más un barniz superficial aplicado a parte de los hábitos de las élites urbanas, mas siempre coexistiendo con un substrato de nuestra formación originada antes del siglo XIX. A partir de esa unión nace nuestra familia conyugal actual.]

En cuanto a la influencia de la medicalización temprana del comportamiento reproductivo en Brasil, Souza (1993:307) notó que entre las élites de Bahía el proceso fue muy amplio desde fines del siglo XIX. El proceso de medicalización contribuyó en un principio a la expansión de la familia mediante la reducción de muertes prematuras y después abriendo posibilidades de practicar el control de la reproducción. Esta autora sugiere que la incorporación de prácticas restrictivas de control del número de hijos comenzó en Bahía ya desde los años veinte del siglo XX, aunque se generalizó entre las clases medias y populares en fecha muy posterior. Estableciendo la relación entre los niveles de fecundidad y mortalidad como decisivos para el comportamiento por cohortes de las mujeres en términos del número total de hijos, Souza sugiere que, en particular entre las “clases populares”, el aumento de la fecundidad completa es diferenciado por los niveles de mortalidad por cohorte. Por ejemplo, la esperanza de vida en Salvador en 1940 era sólo de alrededor de 33 años para los varones y de 37 para las mujeres, de manera que las mujeres que iniciaran su vida reproductiva antes de esa fecha tuvieron menos hijos, seis en promedio, en comparación con cohortes posteriores de mujeres con mortalidad en promedio de siete hijos (Souza, 1993:311-312). También nota esta autora que desde los años sesenta, una nueva etapa de medicalización

acentuó sus efectos sobre los “cuerpos de las mujeres” en Bahia. Así, la esterilización se volvió una prescripción común, en especial para las mujeres pobres. Por último, concluye que “la esterilización humanitaria de los eugenistas” se convirtió en un hecho extendido en Bahia (Souza, 1993:317).

“La hora de la eugenesia en Brasil”²⁵

Los eugenistas se abocaron a una revisión radical del significado de la reproducción sexual para la sociedad y del derecho individual a esa reproducción. En los años veinte y treinta, la “hora de la eugenesia” llegó a Brasil, donde una cultura política particular contribuye a darle a la eugenesia resonancia y un carácter peculiar (Stepan, 1991). Por ejemplo, a fines de 1917, justo en el momento en que las huelgas paralizan la ciudad de São Paulo, Renato Kehl convocó una reunión de médicos para discutir las revisiones propuestas a las leyes de matrimonio civil de la nación, las cuales permitirían matrimonios consanguíneos por vez primera.²⁶

Un periodo de desórdenes y agitaciones políticos (la llamada revolución de 1930) siguió a las penurias económicas causadas por la depresión mundial y ayudó a expandir el espacio político e ideológico para la propaganda eugenésica en Brasil. En 1933, los eugenistas volvieron su atención hacia cabildear entre los recién elegidos miembros de la Asamblea Constituyente, quienes tenían el amplio mandato de reexaminar aspectos de la política brasileña. Los eugenistas lograron de manera notable insertar sus principios en la nueva ley restrictiva de migración internacional y en la legislación que tocaba al matrimonio (Stepan, 1991).

En Brasil, los eugenistas buscaron aliados en el campo de la higiene pública con el resultado de que ambos campos tendieran a fundirse. Entonces, la puericultura antes del nacimiento y una ideología pro-natalista, en un principio, los unió en una dirección reformista orientada hacia “la madre y el hijo”.

²⁵ La eugenesia fue un movimiento científico y social y el término fue creado en 1883 por el científico británico Francis Galton, para abarcar los usos sociales a los que los conocimientos sobre los procesos hereditarios podían ser aplicados con el fin de lograr la meta de “mejor crianza”. Otras definiciones consideran a la eugenesia como un movimiento para “mejorar” la raza humana o para preservar la “pureza” de ciertos grupos (Stepan, 1991:1).

²⁶ Renato Kehl, un joven recién graduado en farmacéutica y medicina, aprovechó la oportunidad para enlazar de manera explícita el matrimonio humano a la nueva ciencia de Galton. Invitó a sus colegas a participar en la creación de la Sociedad Eugénica de São Paulo (Sociedade Eugénica de São Paulo), fundada el 25 de enero de 1918. La sociedad no incluía a mujeres entre sus miembros y sólo dos de ellos no tenían el título de “Dr.”, lo que quería decir que uno se había graduado de médico o abogado (Stepan, 1991).

La medicalización eugenésica de la maternidad se basa en el estereotipo de la “naturaleza femenina” y se dio en un periodo en el cual ser madre no sólo era parte del destino, sino un deber patriótico. Este proyecto de medicalización del cuerpo de la mujer se justificaba por la preocupación de los eugenistas por la formación de la sociedad (Vieira, 1999:74).

Las actitudes tradicionales hacia el género y la familia y el papel de la Iglesia Católica restringió a la mayoría de los eugenistas brasileños en cuanto a promover propuestas extremistas de dicho movimiento internacional, como la esterilización. Esto no significa que la esterilización eugenésica no tuviera defensores en Brasil. En 1929, durante el primer Congreso Brasileño de Eugenesia, Levi Carneiro defendió públicamente la esterilización (Aninat, 1941; *cf.* Stepan, 1991) y el presidente de la Liga de Higiene Mental mencionó que un doctor llamado Álvaro Ramos ya había realizado esterilizaciones eugenésicas en mujeres a quienes se les había diagnosticado que mostraban una “perturbación sexual” y “síndrome de perversidad” (Lopes, 1931; *cf.* Stepan, 1991). Stepan nota que esto sugeriría “esterilizaciones eugenésicas, quizá disfrazadas de procedimientos puramente médicos, [que] eran más comunes en las instituciones mentales y correccionales de lo que se ha reconocido” (Stepan, 1991:113).

La eugenesia negativa, definida como las técnicas para “mejorar la raza”, tales como la esterilización obligatoria, la segregación sexual obligatoria e incluso la eutanasia, importantes para el movimiento eugenésico internacional, no definió este campo en Latinoamérica.²⁷ Según Stepan, los eugenistas latinoamericanos propusieron su propia forma de eugenesia reproductiva negativa, al “controlar los matrimonios entre los defectuosos y los degenerados”, en particular desde los años treinta. Se trataba de una visión “cristiana” de la eugenesia, la cual estableció nuevas normas científico-hereditarias y controles sobre la reproducción, sin métodos quirúrgicos radicales. También la llamaban “eugenesia constructiva” (Stepan, 1991). De igual importancia para la eugenesia reproductiva negativa era la raza y el racismo, pues era mediante las uniones sexuales que se creía que se heredaban, mantenían o se transgredían las fronteras entre las razas. La palabra ‘raza’ era una parte prominente del vocabulario de la eugenesia en los casos latinoamericanos. Ade-

²⁷ Los movimientos eugenésicos tendieron a asociarse a ideas antifeministas y partidos políticos liberales-conservadores, y en los años treinta muchos eugenistas en Brasil y Argentina probablemente podrían ser denominados mejor como semifascistas en cuanto a su orientación política. Sin embargo, Stepan (1991) afirma: “aunque en ocasiones puede decirse ciertamente de la eugenesia que ha estado al servicio de cierta clase o intereses económicos, ninguna explicación social determinante simple hace justicia a las variedades de actitudes y posturas que la gente sostuvo sobre la eugenesia”.

más, en los años veinte y treinta el discurso sobre el género y la raza estuvo ligado cada vez más al discurso sobre la nación (Stepan, 1991).

Por último, es importante resaltar el contexto en el que la eugenesia negativa aparece en Brasil. Se trataba de un discurso reproductivo que hacía de la “mujer”—en particular la mujer mestiza pobre y trabajadora— objeto de la eugenesia negativa y con ello le daba una nueva identidad eugenésica. Las mujeres de la clase trabajadora padecían de altas tasas de mortalidad materna y de partos difíciles. Mientras las mujeres pobres vivían en la miseria, las de clase media tenían sus propios problemas de falta de educación, derechos políticos e igualdad legal, aunque fueran diferentes. Los valores patriarcales predominaban por doquier y las ideas modernistas sobre las mujeres y sus roles eran compartidas ampliamente por los hombres tanto de derechas como de izquierdas, incluso cuando el comportamiento y experiencias reales de las mujeres hacían añicos los conocidos mitos del género y la familia (Stepan, 1991; Besse, 1996). Por tanto, como sugiere Stepan, en Brasil las condiciones de subdesarrollo y de enormes desigualdades sociales acentuaron todos los problemas relacionados con la sexualidad, el género y la maternidad, los cuales se asociaban a la eugenesia en Europa.

Este contexto proporcionó el espacio político para aplicar programas de puericultura, maternidad y fecundidad basados en ideas eugenésicas en Brasil. También es consistente con la expansión de los servicios públicos y programas de salud, los cuales se concebían en términos de políticas de salud pública dirigidos al binomio madre-hijo. Así, desde los años veinte, los programas de salud para la madre-hijo recibieron una atención sistemática por parte del Estado brasileño. Esto sucedió en parte como una preocupación por los trabajadores durante el periodo de las expansiones de las plantaciones de café y los inicios de la industrialización. Medidas prácticas relacionadas con esto a nivel federal incluían la regulación de los permisos de maternidad y la prohibición del trabajo infantil para los menores de 12 años en las fábricas (Vieira, 1999:74). Todo esto sugiere la existencia de una política deliberada para reducir la población brasileña en nombre de la salud. Sin embargo, parece que la idea era inadmisibles para los políticos que deseaban más brasileños saludables porque las tasas de mortalidad eran extraordinariamente altas y la fecundidad y el crecimiento natural de la población entre la clase trabajadora se consideraban bajos (Stepan, 1991).

*La "complicidad" de los doctores y las mujeres y la esterilización hoy en día*²⁸

La diseminación de ideas y prácticas sobre la anticoncepción asociada a las mejoras tecnológicas médicas dio forma al comportamiento reproductivo de las mujeres a partir de los años sesenta. La "medicalización de la anticoncepción" aparece como una cuestión fundamental y de nueva cuenta los doctores ofrecen a las mujeres brasileñas la posibilidad de "arreglar" sus problemas. Una falta apabullante de información, educación, servicios y alternativas para la planificación familiar condujo a las mujeres a confiar sus decisiones reproductivas a los médicos y a la tecnología médica (Vieira, 1999). Dicho de otro modo, la carga de la responsabilidad exclusiva de las mujeres sobre las decisiones y las prácticas acerca de la anticoncepción dentro de la pareja se volvió un ámbito compartido con los doctores, quienes presentaban los modernos anticonceptivos como una solución técnica. Pese a los esfuerzos del movimiento de las mujeres y las frustradas iniciativas de los servicios públicos de planificación familiar para ofrecer opciones amplias sobre los métodos anticonceptivos, las mujeres brasileñas a mediados de los años noventa siguieron enfrentadas a una decisión radical: "practicar el aborto clandestino, ser esterilizadas o continuar un embarazo no deseado" (Berquó, 1999a:125).

Si bien, para fines de los setenta, el gobierno brasileño empezó a revertir su postura pronatalista tradicional sobre el control natal, sólo fue durante la crisis de la deuda de 1982-1983 y como consecuencia de las renovadas negociaciones con el FMI que el régimen autoritario hizo del control natal una de sus políticas prioritarias²⁹ (Álvarez, 1997). "Paternidad responsable" se volvió el lema de los argumentos antinatalistas y el gobierno federal comenzó sus propios planes para institucionalizar la planificación familiar a nivel nacional. El Ministerio de Salud elaboró un nuevo programa llamado Programa para la Asistencia Integral de la Salud de las Mujeres (PAISM), el cual

²⁸ El concepto de complicidad se refiere aquí a la dominación basada en valores comunes o significados compartidos más que a la coerción, e implica una medida considerable de consentimiento. Este consentimiento se logra mediante la transmisión de valores por medio de las instituciones de la sociedad civil, tales como la familia, la Iglesia, los medios masivos de comunicación y los sistemas educativos y legales. La idea proviene de discusiones acerca de cómo las relaciones de género funcionan entre las parejas y la sugerencia de que la complicidad en las relaciones hombre-mujer se logra con la hegemonía (Stolen, 1996).

²⁹ Brasil es sólo un ejemplo más de políticas de control de población en el Tercer Mundo que ha ido de la mano con estrictas políticas monetarias impuestas a los gobiernos nacionales por la comunidad internacional (Álvarez, 1997). Para un examen más amplio sobre la política de población de Brasil véanse Rocha (1992) y Fonseca (1993).

se apropió del discurso de los “derechos reproductivos” desarrollado por el movimiento brasileño de las mujeres, un énfasis ideológico notablemente ausente de las políticas de salud del Estado antes de 1983 (Corrêa, 1993; Costa, 1999).³⁰ Mientras sectores clave del gobierno federal apoyaban una planificación familiar a nivel nacional, la izquierda tradicional y sectores de la Iglesia progresista la denunciaban como un genocidio e impuesta por una actitud imperialista (Álvarez, 1997).

Las feministas de Brasil han desarrollado una relación interesante y compleja con el Estado. Al reconocer que pueden lograr cambios positivos mediante el acceso a puntos clave de entrada a las élites del Estado, entablaron una discusión sobre una política de población.³¹ En primer lugar, las feministas estaban preocupadas por el papel extendido y sin freno del Estado. Temían que un Estado dominado por hombres impondría políticas insensibles a las necesidades de las mujeres. Así, presionaron consistentemente al Ministerio de Salud y otras instancias de decisión política dentro de las cuales se estaba desarrollando el PAISM para asegurar que el régimen sería fiel a su discurso político antinatalista. A raíz de esto, el movimiento de las mujeres y las feministas pudieron participar de manera más efectiva y desde mediados de los años ochenta han consolidado algunos de los triunfos obtenidos durante el proceso político de “*abertura*”. Sus demandas concretas, especificadas por el género, fueron incorporadas por el Consejo Nacional para los Derechos de las Mujeres (CNDM), instalado oficialmente en septiembre de 1985, y hoy transformado en una secretaría de Estado (Álvarez, 1997:91).

La evaluación que hace Álvarez de la relación entre el movimiento de las mujeres y las feministas con el Estado brasileño es importante para el examen que nos ocupa. Esta autora nota que el Estado, aunque sigue siendo burgués y sometido a una dominación masculina, ha sido mucho más “amigable” con las mujeres brasileñas bajo el régimen civil que bajo el autoritaris-

³⁰ El PAISM fue elaborado por dos doctoras feministas del Ministerio de Salud y pedía una aproximación holística hacia la salud de las mujeres, en contraste con el *status quo*: “tradicionalmente, las mujeres han sido atendidas por el sistema de salud casi exclusivamente durante el periodo en que atraviesa el ciclo del embarazo al alumbramiento, dejando otros aspectos o fases situadas fuera de dicho ciclo en un nivel secundario. El programa pretendía contribuir a la desmistificación de las falacias antinatalistas y natalistas y claramente se deslinda de una política demográfica, es decir, no busca interferir en la fecundidad, ya sea para reducirla, mantenerla o incrementarla” (Álvarez, 1997:75-76).

³¹ La compleja interacción entre una variedad de actores políticos y fuerzas estructurales se interpretó dependiendo de si el Estado es visible. Por ejemplo, algunas feministas consideraron al Estado como un actor importante en la reproducción de relaciones de clase y género, otras redujeron el papel del Estado a la administración de la estructura de poder y otras más ven al Estado y al capitalismo como mecanismos de dominación masculina.

mo militar. Esto tiene que ver con la flexible y multidimensional estrategia feminista utilizada para influir en la política estatal (Álvarez, 1997:93-94). Pese a ello, semejante evaluación se enfrentó a las dificultades y dilemas operacionales para aplicar un programa de salud para las mujeres como el PAISM. Así, la puesta en marcha de aquellas conquistas políticas sigue siendo un desafío, debido a las complejas realidades macropolíticas y epidemiológicas de Brasil. El fracaso de los programas de salud para las mujeres puede ejemplificarse mediante las altas tasas de mortalidad materna (114 muertes por cada 100 000 niños nacidos vivos en 1991) y las tasas crecientes de esterilización, ambos relacionados directamente con el uso abusivo de la operación de cesárea (Costa, 1999:332).

Las organizaciones feministas y del movimiento de las mujeres desde los años ochenta han hecho notar la gran demanda de métodos de anticoncepción por parte de mujeres pobres, la falta de servicios de planificación familiar, la práctica ilegal del aborto y la desigualdad de género, así como los altos costos de la salud de las mujeres, lo cual ha permitido el reciente descenso de la fecundidad. Tales preocupaciones fueron incorporadas al análisis de los demógrafos durante los noventa. Estos estudios demográficos también tienden a seguir la influyente explicación de Faria del descenso de la fecundidad basada en un impacto indirecto de las políticas, que él consideraba que habían magnificado la institucionalización de la demanda de legislación de la fecundidad marital en Brasil desde 1964. De manera particularmente importante para el presente texto, es la observación de Faria según la cual la política de cuidados de salud expandió y aumentó la gama de contactos entre la población y la subcultura médica (Faria, 1997-1998:187). Se hace mención especial de estudios sobre la situación de los regímenes anticonceptivos y las maneras en que los que los suministran y las mujeres se comprometen con el *status quo* (Potter, 1999), la naturaleza clientelista de la esterilización de las mujeres en la región nordeste de Brasil y el papel de los médicos (Caetano, 2000; Potter y Caetano, 1998).

Los análisis de Potter de los procesos de adopción de anticonceptivos en los primeros años del descenso de la fecundidad en Brasil, cuando la tasa de fecundidad total era de alrededor de seis hijos, enumera algunas circunstancias que condujeron a las brasileñas a volverse dependientes de la píldora y de la esterilización. Refiriéndose al periodo que va de 1964 a 1980, Potter describe la transformación de la medicina y las políticas de salud pública brasileñas, las cuales pasaron de la prevención y control de enfermedades del subdesarrollo a cuidados de salud especializados, impartidos principalmente en hospitales (Potter, 1999:724). Citando impresionantes estadísticas sobre el aumento de las hospitalizaciones, en especial de intervenciones qui-

rúrgicas en hospitales privados afiliados al sistema de seguridad social, Potter observa que es en este contexto que las mujeres satisficieron su demanda de anticoncepción y control natal. También concluye que las razones de la demanda de las mujeres de esterilización quirúrgica en Brasil están relacionadas con la complejidad de las regulaciones gubernamentales que durante mucho tiempo la prohibieron, la persistencia de la práctica de operaciones de cesárea innecesarias y las ganancias obtenidas por médicos y hospitales³² que basan sus servicios en este tipo de arreglo.³³

En el periodo más reciente, 1980-1996, el patrón original en el que la esterilización estaba ligada estrechamente al parto por cesárea sigue siendo el que domina en Brasil. Cerca de 71% de las esterilizaciones que se practicaron en 1996 ocurrieron durante las operaciones de cesárea en Brasil, excepto en la región nordeste, donde el porcentaje fue de 41% (Potter, 1999). Al reconocer las dificultades de entender “las maneras en que las mujeres y sus doctores llegaron a depender de esta tecnología”, Potter menciona una “cultura de la esterilización”, y nota que las elecciones hechas por los doctores sirven como los ejemplos más elocuentes de reforzamiento positivo (Potter, 1999:729). En un principio, la esterilización surgió entre la clase alta en Brasil, pero su difusión hoy alcanza generaciones, grupos raciales y otros segmentos de la sociedad (Berquó, 1999b). Berquó nota que una red, tanto familiar como social, crea una “cultura de la esterilización” y la persistencia de parejas de madres e hijas o hermanas que han sido esterilizadas aumenta de número con el nivel educativo, aunque también está presente entre las mujeres sin educación (Berquó, 1999b:214).

La alta persistencia de la esterilización como el mecanismo principal del descenso actual de la fecundidad aparece particularmente importante en la región nordeste de Brasil por su carácter clientelista (por ejemplo, el intercambio de esterilizaciones gratis por votos). Potter y Caetano (1998) sugieren que en razón de una importante demanda insatisfecha de esterilizaciones y la incapacidad de la población de poder pagarse servicios médicos privados para hacerse una cesárea, los médicos y políticos locales han desarrollado alternativas para cubrir el costo de la operación de esterilización indepen-

³² A fines de los años setenta, en respuesta al rápido aumento de las operaciones de cesárea, el programa del gobierno de reembolso de parto fue ajustado para que se redujera y en algún momento se eliminara la prima pagada por partos por cesárea en comparación con los partos naturales. También en 1997, el Congreso de Brasil aprobó legislación orientada a legalizar y regular el uso de la esterilización en hospitales públicos.

³³ Faúndes y Ceccati (1993) notan que las escuelas y asociaciones médicas han tenido un papel decisivo en la consolidación de un ambiente tolerante de la práctica de la cesárea (cf. Potter, 1999:728).

dientemente de si se trata de una cesárea. Concluyen que este tipo de arreglo “constituye otro ejemplo en el que la demanda de control de la fecundidad ha conducido a patrones perversos de la práctica médica” (Potter, 1999:730).

Las investigaciones recientes de Caetano confirman indicios previos sobre el suministro clientelista de la esterilización entre las mujeres de bajos ingresos en el nordeste de Brasil (Caetano, 2000). Utilizando datos del Ministerio de Salud de 1996 y su propio seguimiento a profundidad, este autor examina el suministro de esterilización en el estado de Pernambuco en 1999 y concluye que:

El suministro clientelista de la esterilización es el resultado de la combinación del sistema político-electoral, pobreza generalizada, y la falta de alternativas de control natal. El suministro de la esterilización por parte de doctores y políticos ha sido estimulado y facilitado además por la manipulación de los mecanismos mediante los cuales el gobierno federal financia el servicio de salud. En este contexto, la práctica de la esterilización en el nordeste de Brasil representó una realidad diferente cuando se le comparó con el resto del país. Mientras que en el resto del país la mayor parte de las esterilizaciones fueron pagadas por anticipado y realizadas durante una cesárea, en el nordeste la mayor parte del ligado de trompas fue hecho entre embarazos, y de manera menos frecuente, tras el parto, proporcionado gratis por políticos y, principalmente, por doctores. (Caetano, 2000:264)

Resulta interesante observar que el estudio de Caetano, basado en un trabajo de campo exhaustivo, indica que los médicos son de hecho los promotores y suministradores principales de esterilizaciones gratis y que una gran parte de ellos se dedicaban a la política local. Mientras 22% de las mujeres de la muestra pagaron sus propias esterilizaciones y 9% la consiguieron gracias a algún político sin antecedentes médicos, 69% tuvieron las suyas por parte de algún doctor. 46% de las esterilizaciones suministradas por doctores son explícitamente clientelistas, mientras que 54% aparentemente no estaban motivadas por razones electorales (Caetano, 2000:264). Por ello, estos resultados indican que más que motivar el uso de anticonceptivos y la práctica de esterilizaciones, los médicos brasileños, siguiendo el ejemplo de los de la región nordeste, participan directamente en las decisiones reproductivas de las mujeres. Como también sugieren estos resultados, parece que esta complicidad entre doctores y mujeres se da con la aprobación tácita del Estado.

Para concluir el examen de la segunda “verdad” brasileña, creo que la información anterior es indicativa de una preocupación histórica y continua por el comportamiento reproductivo de la población y la interacción entre doctores, familia (las mujeres) y el Estado. Por medio de la narrativa de los

movimientos de la salud y sus conexiones con la familia y el Estado, surge un perfil de la política de población de Brasil que va más allá de las concepciones o medidas neomalthusianas contemporáneas dirigidas al control del crecimiento de la población. Es una política de población erigida sobre un amplio conjunto de medidas políticas relacionadas con el comportamiento reproductivo de un individuo, que no es simplemente resultado de las decisiones unilaterales del Estado, sino un producto de las acciones de varios actores. También es fruto de la negociación de intereses y luchas de poder por parte de grupos e instituciones.³⁴ Ciertamente, los tipos de medidas de políticas de población, primero con la migración internacional, y después con la mortalidad, la nupcialidad y la fecundidad, no siempre fueron presentados de manera coherente y ejecutados en términos de valores y objetivos demográficos de crecimiento poblacional, pero siempre fueron una preocupación central del Estado brasileño.

El material presentado en este trabajo ha demostrado la importancia del “metabolismo demográfico”, o la interacción de los componentes demográficos, lo cual es fundamental para entender los cambios en la fecundidad como parte de un régimen demográfico. Por ejemplo, los primeros esfuerzos exitosos para disminuir los niveles de mortalidad en Brasil mediante campañas de salud pública a principios del siglo xx, así como la expansión de los servicios de salud pública en los años cuarenta, se pueden ver como vinculados estrechamente al descenso de la fecundidad. Esto es consistente con la explicación de Cleland (2001), según la cual el descenso de la mortalidad es la principal explicación del descenso de la fecundidad para la mayor parte de los países en desarrollo.

Por último, mediante los arreglos e interacciones institucionales que hemos descrito, aparecen indicaciones importantes de cómo los sistemas de género, las prácticas del mercado laboral y los aspectos de los sistemas legales administrativos nacionales han constreñido el comportamiento repro-

³⁴ Esta idea no es nueva, y Camargo, llamando la atención a mediados de los setenta hacia la organización política y económica de Brasil, desde la época colonial, sugería que las consecuencias demográficas de las medidas aplicadas por el Estado fueron decisivas para el tamaño, composición y distribución espacial actual de la población brasileña (Camargo, 1975:411). También notaba que a pesar de la tendencia hacia un descenso generalizado de la mortalidad entre 1945 y 1975, la permanencia de diferencias debidas a los grupos sociales y las regiones reflejaban decisiones de los grupos dominantes y políticas gubernamentales de salud. Afirma que históricamente “los recursos de la sociedad [brasileña] parecen haber sido destinados especialmente a la formación de doctores especializados en la medicina curativa y orientados hacia los niveles sociales solventes”, y sólo después se empezó a valorar una medicina preventiva (Camargo, 1974:4).

ductivo de las mujeres.³⁵ Esto se sigue del hecho histórico de que en Brasil los derechos individuales han sido entendidos como derechos de la élite, mientras los derechos sociales, que datan de los años treinta, eran para los pobres (Linhares, 1999:32). Las victorias del movimiento de las mujeres desde los años setenta, materializadas en parte en la Constitución de Brasil de 1988, cambiaron la perspectiva oficial sobre la familia y la reproducción. Desde entonces, el gobierno y la sociedad civil han sido fundamentales para crear, tanto legal como prácticamente, más igualdad y equidad entre hombres y mujeres. En el periodo más reciente, el control de las mujeres sobre su reproducción parece haber aumentado, en buena medida por las luchas del movimiento de las mujeres en busca de igualdad legal y acceso económico a los recursos y derechos reproductivos. Sin embargo, como lo muestran las discusiones sobre las prácticas de esterilización, sigue habiendo un enorme abismo entre las victorias legales y las realidades de las condiciones de vida.

Observaciones finales

A manera de conclusión, podría decir que he utilizado una brocha ancha para examinar el descenso de la fecundidad en Brasil. He intentado proporcionar con la mayor claridad los elementos para entender cómo la sociedad brasileña ha creado históricamente las prácticas y comportamientos institucionales que desembocaron en dicho descenso. El argumento aparentemente monocausal sobre el papel histórico de la medicalización de las relaciones sociales sobre el comportamiento reproductivo de las mujeres es una estrategia para discutir algunos de los “resultados inesperados” de las acciones de los actores sociales al explicar el descenso de la fecundidad. No es mi intención ofrecer la medicalización como una explicación alternativa de tal descenso. Sin embargo, me parece que la medicalización de las relaciones sociales es el hilo conductor que capta la complejidad de las interacciones entre la medicina, la familia y el Estado brasileño y su relación con el comportamiento de la fecundidad. De esta manera trato de dar énfasis a la necesidad de una reconstrucción histórica de las varias maneras en que los cambios en los roles, propósitos, motivos e intenciones sociales son cruciales para entender los procesos y las causas del cambio de la fecundidad en Brasil.

³⁵ Aquí es importante notar la observación de Greenhalgh según la cual “los discursos de la modernidad, población y género no sólo representan, sino de hecho ayudan a constituir el mundo demográfico en el que vivimos” (Greenhalgh, 2001:6).

Mi examen, que comenzó por las cuestiones sobre las verdades demográficas brasileñas, ilustra la forma en que la mayor parte de los estudios de fecundidad siguen las prescripciones-descripciones de la teoría de la transición demográfica. Aunque la idea de la transición demográfica tiene una virtud y una función para suministrar una “metáfora gráfica que describe y predice de manera sumaria” tendencias poblacionales de largo plazo, y como tal parece atractiva para agencias e instituciones, concuerdo con que la transición demográfica como una descripción de tal naturaleza no necesariamente ayuda u ofrece miradas perspicaces de la explicación causal de cómo los cambios poblacionales se dan en algún caso en particular (Szreter, 1993). Las descripciones, que intentan ser neutrales, empíricas y guiadas por los hechos, no obstante ignoran los cambios potenciales, que están incluidos en las situaciones descritas. Así, “a menos que se asiente a una teleología explícita, es simplemente un acto de fe basar la investigación empírica e histórica en sus premisas” (Szreter, 1993:692). La implicación es que esta clase de descripciones a menudo ha servido como prescripciones para mantener el orden prevaleciente más que para cuestionar críticamente el *status quo*.

Al seguir un supuesto de transición demográfica de una racionalidad estructurada de comportamientos, pocos demógrafos brasileños han cuestionado el significado y las implicaciones de las tendencias demográficas actuales y parecen aceptar que el destino de la especie humana —o por lo menos ciertas poblaciones nacionales— está en juego en esta etapa de la transición demográfica. Por ejemplo, no podemos olvidar el papel potencial del SIDA en cuanto a sus impactos directos en términos de una fecundidad disminuida y el aumento en los niveles de abortos espontáneos, así como su efecto potencial en las expectativas en términos del tamaño de la familia y de las actitudes anticonceptivas. Una revisión reciente de la población mundial llevada a cabo por Naciones Unidas, que incorporó explícitamente el impacto del VIH/SIDA, muestra que para 2015, la población de los 35 países más afectados se proyecta con una disminución de 10% respecto de lo que hubiera alcanzado sin el SIDA, y la pérdida de población para los demás países, como Brasil, en el mismo periodo sería de 1%. En comparación con África, el impacto relativo de la epidemia de VIH/SIDA en Asia, América Latina y el Caribe sigue siendo bajo. Sin embargo, como resaltaba el informe, debido a las grandes poblaciones de Brasil e India, el impacto de la enfermedad en términos del número calculado de muertes en exceso es sustancial. Asimismo, es importante notar que el número de países altamente afectados en Asia, América Latina y el Caribe se duplicó, de cinco a diez, de 1998 a 2000 (UNPD, 2001:9-11).

Al replantear el descenso de la fecundidad, trato de ampliar la discusión así como comprender los procesos históricos y relaciones sociales que se en-

cuentran detrás de los cambios demográficos de Brasil. Por lo tanto insisto en que el marco de referencia general debería ser el “régimen demográfico” más que el de la “transición demográfica”. Esto permitiría un entendimiento mejor, no sólo de los componentes del comportamiento reproductivo, sino también de cómo se intersecan y responden a todo el conjunto de la dinámica demográfica.

Finalmente, en términos de los límites de este trabajo, reconozco que mi reconstrucción histórica de las diferentes maneras en que los cambios en los roles, propósitos, motivos e intenciones sociales fueron cruciales para entender los cambios en la fecundidad, le deja al lector una serie de preguntas y algunas respuestas parciales que ojalá contribuyan a su agenda de investigación. Por ejemplo, ¿cuáles fueron las motivaciones e intenciones de las brasileñas para tener menos hijos? ¿De qué manera una “preferencia” por la esterilización, que era resultado de la falta de información y la baja calidad de los servicios de planificación familiar, termina siendo una “cultura de la esterilización”? ¿Cómo los sistemas de género, las prácticas del mercado laboral y los aspectos de los sistemas legales administrativos nacionales han constreñido el comportamiento reproductivo de las mujeres en diferentes momentos?

Traducción del inglés de Germán Franco y Adriana Aiello

Recibido: diciembre, 2001

Revisado: mayo, 2002

Correspondencia: University of California Los Angeles UCLA/ Department of Sociology, núm. 261/261 Haynes May, Box 952552/Los Ángeles, California/ Tel. 310-825 4145/correo electrónico: anagold@isop.ucla.edu

Bibliografía

- Almeida, Angela M. de (1987), “Notas sobre a Família no Brasil”, en Angela M. de Almeida (ed.), *Pensando a família no Brasil*, Rio de Janeiro, Espaço e Tempo/UFRJ.
- Álvarez, Sonia E. (1997), “Contradictions of Women’s Space’ in a Male-Dominant State: The Political Role of the Commissions on the Status of Women in Postauthoritarian Brazil”, en Kathleen Staudt (ed.), *Women, International Development and Politics*, Filadelfia, Temple University Press.
- Ávila, Maria Betânia de M. A. y Sônia Corrêa (1999), “O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos”, en Loren Galvão y Juan

- Díaz (eds.), *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*, São Paulo, Editôra Hucitec/Population Council, pp. 70-102.
- Barroso, Carmen (1991), "The Women's Movement, the State and Health Policies in Brazil", en G. Lycklama à Nijehdt (ed.), *Towards Women's Strategies in the 1990s. Challenging the Government and the State*, Worcester, Macmillan.
- Bemfam (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil) (1997), *Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996*, Rio de Janeiro, Bemfam/DHS/IBGE/Unicef/FUNAP/AID/INAN.
- Berquó, Elza (1999a), "Ainda a Questão da Esterilização Feminina no Brasil", en Karen Giffin y Sarah H. Costa (eds.), *Questões da saúde reprodutiva*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- (1999b), "Sterilization and Race in São Paulo", en Rebecca Reichmann (ed.), *Race in Contemporary Brazil: From Indifference to Equality*, University Park (Pennsylvania), The Pennsylvania State University Press.
- (1993), "Brasil, um Caso Exemplar a Espera de uma Ação Exemplar: Anti-concepção e Partos Cirurgicos", *Estudos Femenistas*, vol. 1, núm. 2, pp. 366-381.
- Besse, Susan K. (1996), *Restructuring Patriarchy: The Modernization of Gender Inequality in Brazil, 1914-1940*, Chapel Hill (North Carolina), The University of North Carolina Press.
- Bhrolcháin, Máire Ni (1992), "A Critique of the Cohort Approach to Fertility", *Population and Development Review*, vol. 18, núm. 4, pp. 599-631.
- Bledsoe, Caroline, F. Banja y A. G. Hill (1998), "Reproductive Mishaps and Western Contraception: An African Challenge to Fertility History", *Population and Development Review*, vol. 24, núm. 1, pp. 15-58.
- Bongaarts, J. y Susan Watkins (1997), "Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions", *Population and Development Review*, vol. 23, núm. 4, pp. 639-682.
- Bruschini, Cristina (1994), "O Trabalho da Mulher Brasileira nas Décadas Recentes", *Estudos Femenistas*, vol. 2, núm. 2.
- Caetano, André Junqueira (2000), *Sterilization for Votes in the Brazilian Northeast: The Case of Pernambuco*, Austin (Texas), University of Texas at Austin, tesis de doctorado.
- Caldwell, John C. (1997), "The Global Fertility Transition: The Need for a Unifying Theory", *Population and Development Review*, vol. 23, núm. 4, pp. 803-812.
- Camarano, Ana Amélia (1996a), *Fertility Transition in Brazil in the Twentieth Century: a Comparative Study of Three Areas*, Londres, London School of Economics and Political Science, University of London, tesis de doctorado.
- (1996b), "A Hipótese de Convergência dos Níveis de Fecundidade nas Projeções Populacionais", *Revista São Paulo em Perspectiva*, vol 10, núm. 2, pp. 18-25.
- Camarano, Ana Amélia, Herton E. Araujo e Isabella G. Carneiro (1999), "Tendências da Fecundidade Brasileira no Século xx: Uma Visão Regional", en Karen Giffin y Sarah H. Costa (eds.), *Questões da Saúde Reprodutiva*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

- Camargo, Procópio Ferreira de C. (1974), "Política Populacional", en *Estudos Sobre a população Brasileira*, São Paulo, Editôra Brasiliense, Cadernos CEBRAP, 20.
- Carvalho, José Alberto M. de (1997-1998), "Demographic Dynamics in Brazil Recent Trends and Perspectives", *Brazilian Journal of Population Studies*, vol. 1, pp. 5-24.
- Carvalho, José Alberto M. de, Paulo de Tarso A. Paiva, y Donald Sawyer (1981), *The Recent Sharp Decline in Fertility in Brazil: Economic Boom, Social Inequality and Baby Bust*, Population Council, Latin America and the Caribbean Regional Office, documento de trabajo.
- Carvalho, José Alberto M. de y Laura R. Wong (1995), *A Window of Opportunity: Some Demographic and Socio-Economic Implications of the Rapid Fertility Decline*, Belo Horizonte, Cedeplar/UFMG, texto de discusión, 91.
- Cavenaghi, Suzana (1997), *Female Sterilization and Racial Issues in Brazil*, Austin (Texas), University of Texas at Austin, Department of Sociology, tesis de maestría.
- Cleland, John (2001), "Restating the Obvious: The Effects of Improved Survival on Fertility", *Population and Development Review*, de próxima publicación.
- Cleland, John (1994), "Different Pathways to Demographic Transition", en Sir Francis Graham Smith (ed.), *Population: the Complex Reality*, Golden (Colorado), North American Press y Londres, Social Society.
- Coale, Ansley y James Trussel (1974), "Model Fertility Schedules: Variations in the Age Structure of Childbearing in Human Populations", *Population Index*, vol. 40, núm. 2, pp. 185-258.
- Coelho, Edmundo Campos (1999), *As profissoes imperiais. Medicina, engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930*, Rio de Janeiro, Editora Record.
- Corrêa, Sônia (2001), "Is There a Populataion Implosion?", *ECSP Report*, núm. 7, abril, pp. 107-109.
- (1999), "Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações", en Karen Giffin y Sarah H. Costa (eds.), *Questões da Saúde Reprodutiva*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- (1993), "PAISM: Uma História Sem Fim", *Revista Brasileira de Estudos de População*, vol. 10, núm. 1/2, pp. 3-12.
- Corrêa, Sônia y Rebeca Reichmann (1994), *Populational Reproductive Rights: Feminist Perspective from the South*, Londres, Zed Books.
- Costa, Jurandir Freyre (1979), *Ordem Médica e Norma Familiar*, Rio de Janeiro, Edições Graal Ltda.
- Faria, Vilmar (1997-1998), "Government Policy and Fertility Regulations: Unintended Consequences and Perverse Effects", *Brazilian Journal of Population Studies*, vol. 1, texto completo en http://www.abep.org.br/docs/rev_inf/special1/a7.htm, consultado el 23 de agosto de 2002.
- Faria, Wilmar y Joseph Potter (1999), "Television, Telenovelas and Fertility Change in North-East Brazil", en R. Leete (ed.), *Dynamics of Values and Fertility Change*, Oxford, Oxford University Press, pp. 253-272.

- (1990), *Development, Government Policy and Fertility Regulation in Brazil*, Austin (Texas), University of Texas at Austin, Texas Population Research Center Papers, No. 12 (02).
- Fonseca Sobrinho, Délcio (1993), *Estado e População: Uma História de Planejamento Familiar no Brasil*, Rio de Janeiro, Cedeplar/UFMG/Rosa dos Ventos.
- Formiga Filho, José Ferreira (1999), "Políticas de Saúde Reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM", en Loren Galvão y Juan Díaz (eds.), *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*, São Paulo, Editora Hucitec/Population Council, pp. 151-162.
- Freyre, Gilberto (1951), *Sobrados e Mocambos*, segunda edição, Rio de Janeiro, Editora José Olympio.
- Geledés (Instituto da Mulher Negra) (1991), *Esterilização: Impunidade ou Regulamentação?*, São Paulo, Geledés.
- Goldani, Ana Maria (1999-2000), "Gender Relations and Fertility in Northeastern Brazil", *Brazilian Journal of Population Studies*, vol. 2, pp. 69-96.
- (1999), "O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, oportunidades e restrições demográficas", en Loren Galvão e Juan Díaz (eds.), *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios*, São Paulo, Editora Hucitec/Population Council, pp. 25-69.
- (1989), *Women's Transitions: The Intersection of Female Life Course and Demographic Transitions in Twenty Century Brazil*, Austin (Texas), University of Texas at Austin, tesis de doctorado.
- Greenhalgh, Susan (2001), "The Discursive Turn in the Study of Gender and Population", Annual Meeting of the Population Association of America, Washington, D. C.
- (1990), "Toward a Political Economy of Fertility: Anthropological Contributions", *Population and Development Review*, vol. 16, núm. 1, pp. 85-106.
- Hopkins, Kristine L. (1998), *Under the Knife: Cesarean Section and Sterilization in Brazil*, Austin (Texas), University of Texas at Austin, tesis de doctorado.
- Horta, Cláudia J. Guimarães, José Alberto M. de Carvalho y Luís Armando de M. Frias (2000), "Recomposição da Fecundidade por Geração para Brasil e Regiões: Atualização e Revisão", XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, Caxambu, Minas Gerais, Brasil.
- Illich, Ivan (1976), *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, Nueva York, Bantam.
- Knodel, John (1977), "Family Limitation and the Fertility Transition: Evidence From the Age Patterns of Fertility in Europe and Asia", *Population Studies*, vol. 31, núm. 2, pp. 219-249.
- Kreager, Philip (1993), "Anthropological Demography and the Limits of Diffusionism", *International Population Conference, Montreal 1993*, Liège, International Union for the Scientific Study of Population, vol. 4, pp. 313-326.
- (1986), "Demographic Regimes as Cultural Systems", en David Coleman y Roger Schofield (eds.), *The State of Population Theory*, Nueva York, Basil & Blackwell.

- Lazo, Aída Verdugo (1994), *Marital Fertility in Brazil: Differentials by Type of Union and its Importance in the Fertility Transition, 1976-1991*, Calverton (Maryland), Demographic and Health Surveys (Working Paper No.15).
- Lesthaeghe, Ron y Paul Willems (1999), "Is Low Fertility a Temporary Phenomenon in the European Union?", *Population and Development Review*, vol. 25, núm. 2, pp. 211-228.
- Linhares, Leila Barsted (1999), "Família, sexualidade e direito brasileiro", en Karen Giffin y Sarah H. Costa (eds.), *Questões da saúde reprodutiva*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Machado, Roberto, Angela Loureiro, Rogério Luz y Katia Muricy (1978), *Danação da Norma*, Rio de Janeiro, Editora Graal.
- McDonald, Peter (1997), *Gender Equity, Social Institutions and the Future of Fertility*, Canberra, The Australian National University (Working Papers in Demography, No. 69).
- Madeira, Felícia y Eliana Monteiro Rodrigues (1998), "Recado dos jovens: mais qualificação", en *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*, Brasília, Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD).
- Martine, George (1996), "Brazil's Fertility Decline, 1965-95: A Fresh Look at Key Factors", *Population and Development Review*, vol. 22, núm. 1, pp. 47-75.
- Martine, George y Vilmar Faria (1988), "Impacts of Social Research on Policy Formulation: Lessons from the Brazilian Experience in Population", *Journal of Developing Areas*, vol. 23, núm. 1, pp. 43-62.
- Mason, Karen O. (1995), "Gender and Demographic Change: What Do We Know?", en G. W. Jones et al., *The Continuing Demographic Transition*, Oxford, Clarendon, 1997, pp. 158-182.
- McNicol, Geoffrey (1992), "The Agenda of Population Studies: A Commentary and Complaint", *Population and Development Review*, vol. 18, núm. 3, pp. 399-420.
- Medeiros, Marcelo y Ana Amélia Camarano (1996), "Mudanças demográficas e a agenda social", *Como Vai? População Brasileira*, vol. I, pp. 11-16.
- Merrick, Thomas y Elza Berquó (1983), *The Determinants of Brazil's Rapid Decline in Fertility*, Washington, D. C., National Academy of Science Press.
- Merrick, Thomas, y Douglas H. Graham (1979), *Population and Economic Development in Brazil: 1800 to the Present*, Baltimore/Londres, The Johns Hopkins University Press.
- Ministério da Saúde (1997), <http://www.saude.gov.br>, consultado en 2002.
- Nadalin, Sérgio Odilon (1997-1998), "Sexuality, Marriage and Reproduction", *Brazilian Journal of Population Studies*, vol. 1, pp. 207-228.
- Paiva, Paulo (1984), *The Process of Proletarianization and Fertility Decline in Brazil*, Belo Horizonte, Cedeplar/UFMG, Textos para Discussão No. 15.
- Pastore, José y Nelson do Valle Silva (2000), *Mobilidade Social no Brasil*, São Paulo, Makron Books do Brasil Editora Ltda.
- Patarra, Neide L. (1993), "Transição Demográfica. Novas Evidências, Velhos Desafios", en *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, IV Conferencia Latinoamericana de Población, ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP y Some de México, Insti-

- tuto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, vol. 1, pp. 151-168.
- Patarra, Neide L. y Maria Coleta A. F. de Oliveira (1997/1998), "A Critical Review of Fertility Studies", *Brazilian Journal of Population Studies*, vol. 1, pp. 25-40.
- (1984), "Transição e Transições", *Anais do IV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Águas de São Pedro, São Paulo, Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), vol. I, pp. 17-34.
- Potter, Joseph E. (1999), "The Persistence of Outmoded Contraceptive Regimes. The Cases of Mexico and Brazil", *Population and Development Review*, vol. 25, núm. 4, pp. 703-739.
- Potter, Joseph y André J. Caetano (1998), "Clientelismo e Esterilização no Nordeste Brasileiro 1986-1995", *Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Caxambu, Minas Gerais, Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP).
- Ribeiro, Ivete y Ana C. T. Ribeiro (1994), *Família e Desafios na Sociedade Brasileira: Valores como um ângulo de análise*, Rio de Janeiro, Centro João XXIII.
- Rios Neto, Eduardo (2000), "Passado, Presente e Futuro da Fecundidade Brasileira", alocución del presidente, XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), Caxambu, Minas Gerais.
- Ríos Neto, Eduardo, Stephen McCracken y Roberto Nascimento Rodrigues (1991), "Contraceptive Use and Fertility in Brazil", *Demographic and Health Surveys, World Conference*, actas de la Demographic and Health Surveys, World Conference, 5 a 7 de agosto de 1991, Washington, D. C., Columbia (Maryland), Institute for Resource Development/Macro Inc, vol. 1, pp. 113-134.
- Roque, Átila P., João Sucupira, Sônia Córrea y Jorge Eduardo Durão (1996), "Poverty Again At the Center of Debate", *Social Watch*, núm. 0, edición de prueba, Uruguay, Instituto del Tercer Mundo/Control Ciudadano. Texto completo en <http://www.socwatch.org.uy/1996/brazil.html>, consultado el 14 de agosto de 2002.
- Sarti, Cynthia Andersen (1996), *A Família Como Espelho: Um Estudo sobre a Moral dos Pobres*, Campinas, Editores Associados.
- Silva, Nelson do Valle, Maria Helena Henriques y Amaury de Souza (1990), "An Analysis of Reproductive Behavior in Brazil", *Demographic and Health Surveys: Further Analysis Series*, núm. 6, Columbia (Maryland), Macro Inc.
- Simões, Celso. C. (1995-1996), "Implicações do Processo Demográfico Recente sobre a Educação", *Como Vai? População Brasileira*, vol. I, núm. 1, pp. 9-11.
- Singer, Paul, Oswaldo Campos y Elizabeth M. de Oliceira (1978), *Prevenir e Curar. O Controle Social Através dos Serviços de Saúde*, Rio de Janeiro, Forense/Universitária (Ensaio de Economia).
- Souza, Guaracy Adeodato Alves de (1993), "Difusão de Práticas Restritivas da Procriação: Momentos, Mecanismos e Determinantes", en *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, IV Conferencia Latinoamericana de Población, ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP y Somede, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, vol. 1, pp. 306-319.

- Stepan, Nancy Leys (1991), *The Hour of Eugenics: Race, Gender and Nation in Latin America*, Ithaca, Cornell University Press.
- Stolen, Kristi Anne (1996), "The Power of Gender Discourse in a Multi-Ethnic Community in Rural Argentina", en Marit Melhuus y Kristi Anne Stolen (eds.), *Machos, Mistress and Madonas*, Londres, Verso.
- Szreter, Simon (1993), "The Idea of Demographic Transition and the Study of Fertility Change: A Critical Intellectual History", *Population and Development Review*, vol. 19, núm. 4, pp. 659-702.
- UNPD (United Nations Population Division) (2001), *World Population Prospects. The 2000 Revision. Highlights*, Nueva York, United Nations.
- Vieira, Elizabeth Meloni (1999), "A Medicalização do Corpo Femenino", en Karen Giffin y Sarah H. Costa (eds.), *Questões da Saúde Reprodutiva*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Wilson C. y P. Airey (1999), "How Can a Homeostatic Perspective Enhance Demographic Transition Theory?", *Population Studies*, vol. 53, núm. 2, pp. 117-128.
- Wilson, Chris (1999), "Evolutionary Theory and Historical Fertility Change", *Population and Development Review*, vol. 25, núm. 3, pp. 531-541.
- Wong, Laura Rodriguez (2001), "Below Replacement Fertility Levels in the Brazilian Metropolitan Cities-1991-2010", cartel presentado en la Population Association of América (PAA), Washington.
- (2000), "A Projeção da Fecundidade-um exercício aplicado para o Brasil para o período 1991-2020", XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, Caxambu, Minas Gerais.
- Wood, Charles H. y José A. M. Carvalho (1988), *The Demography of Inequality in Brazil*, Cambridge, Cambridge University Press.