

**DIFUSIÓN DE PRÁCTICAS PARA LIMITAR
LA PROCREACIÓN:
MOMENTOS, MECANISMOS
Y DETERMINANTES***

Guaraci Adeodato Alves de Souza
(Universidad Federal de Bahía, Brasil)

RESUMEN

En Brasil, y en particular en Bahía, distintas prácticas restrictivas de la procreación, llevadas a cabo mediante técnicas tradicionales, se difundieron (desde finales del siglo XIX) en las elites tradicionales y en sectores de la clase media con mayor acceso a la escuela y a la medicina y produjeron una lenta y sistemática tendencia al descenso intergeneracional en la dimensión de la familia. Los matrimonios de esos sectores —que en el citado siglo eran los más prolíficos— a comienzos de los años cincuenta, ya se distinguían por tener familias pequeñas (1-4 hijos).

Al contrario de lo que afirma la hipótesis de la “difusión cultural”, estos hechos enfatizan que los cambios de valores —en el sentido de la total aceptación, legitimación y atribución de procedencia ética de tales prácticas— resultaron del amplio ejercicio de ellas y de la consolidación de los patrones de limitación de la procreación en esas clases.

* Documento presentado a la Cuarta Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo.

Después de consolidado el antinatalismo, teórico y práctico, como sistema de referencia y de normas para las conductas en las clases más altas, el cuerpo institucional de la sociedad cambia (en la mitad de los años sesenta) para difundir y generalizar socialmente diferentes prácticas restrictivas de la procreación en el seno de los sectores populares con poco acceso a la escuela y a la medicina, y con precarias condiciones de vida.

(PRÁCTICA ANTICONCEPTIVA)
(ELITE)
(NORMAS SOCIALES)

(REPRODUCCIÓN)
(CLASE BAJA)
(ANÁLISIS HISTÓRICOS)

DIFFUSION OF FERTILITY CONTROL PRACTICES: MOMENTS, MECHANISMS AND DETERMINANTS

SUMMARY

In Brazil and in Bahia, distinct fertility control practices, performed through the so-called traditional techniques, have been socially diffused among the traditional elites and the more highly educated groups of the middle class since the end of the 19th century. These practices have produced a slow but systematic tendency to inter-generational decline in completed parity. The couples who belong to these classes were the most prolific in the 19th century and turned to have 1-4 children by the beginning of the nineteen-fifties.

These facts support the hypothesis that the ethical changes involved in the acceptance and legitimacy of those practices were themselves a consequence of their increased prevalence and the consolidation of norms regarding the patterns of fertility control in these social classes. This seems at odds with the hypothesis of "cultural diffusion".

Once anti-natality has been consolidated as a theoretical and practical reference system for the behaviour of the higher classes, the institutional apparatus of the society turned on the popular classes with lower levels of education and medical care, and diffused fertility control in these groups.

(CONTRACEPTIVE USAGE)
(ELITE)
(SOCIAL NORMS)

(REPRODUCTION)
(LOWER CLASS)
(HISTORICAL ANALYSIS)

1. MOMENTOS DEL PROCESO DE GENERALIZACIÓN DE PRÁCTICAS PARA LIMITAR LA PROCREACIÓN

Cuando las tasas de fecundidad de Brasil y las de varios estados brasileños comenzaron a declinar rápida y sistemáticamente (a partir de los años sesenta), algunas prácticas de limitación de los nacimientos ya estaban plenamente incorporadas y adoptadas en la rutina de las clases altas y en amplios sectores, sobre todo urbanos, con mayor escolarización y uso de servicios médicos.

En 1970, las bahianas de 45 a 49 años y con 8 años o más de escolaridad mostraban promedios de 3.2 hijos nacidos vivos en las áreas urbanas y de 4.5 en las rurales, cifras muy inferiores a las del conjunto del estado. Y Bahía era uno de los estados de mayor fecundidad del país. Así pues, las prácticas para limitar la procreación ya estaban difundidas en dichos segmentos, y se manifestaban en la formación de descendencias pequeñas. Como la píldora y otros anticonceptivos sólo comenzaron a usarse en forma generalizada a partir de mediados de los años sesenta, esas mujeres se valieron eficazmente de medios tradicionales para aplicar prácticas como el aplazamiento del primer hijo, un mayor espaciamiento de los nacimientos y la terminación de la vida reproductiva mucho antes de la menopausia (menos de 30 ó 35 años). Tanto en Bahía como en otros Estados de Brasil, las mujeres con 8 años y más de estudios acostumbraban a casarse más tarde. En 1970, sólo el 20% de las jóvenes de 20 a 24 años con esa escolaridad vivía en alguna forma de unión, mientras que entre las menos escolarizadas esa proporción variaba entre 43 y 50%.

El modo en que se desarrolló este proceso parece haber sido distinto del de los años sesenta, cuando se generalizaron las prácticas de limitación de la descendencia en los segmentos de menor escolarización y menor uso de los servicios médicos. Tal diferencia se relaciona no sólo con la importancia relativa de varios factores que modificaban las

condiciones de vida generales del país, afectando de distinta forma a las diversas regiones y clases o grupos sociales, sino también con el significado que tuvieron dichos factores para las generaciones que se casaban, procreaban y criaban hijos y limitaban su descendencia. Las parejas o mujeres de las generaciones pioneras de cada grupo social encaraban la redefinición de sistemas (efectivamente vividos) de prácticas y estrategias sociales muy arraigadas y caracterizadas por la formación de descendencias numerosas, en un ambiente donde estas dominaban y contaban con el respaldo de las prescripciones morales de la Iglesia y los consejos médicos.

Las generaciones y grupos sociales que iniciaron el proceso de formación de familias a partir de los años sesenta se encontrarían con la amplia aceptación y legitimidad de varias técnicas de limitación de la descendencia, la creación de servicios médicos y una gran divulgación, iniciada por distintas instituciones, de las nuevas técnicas y de la necesidad de tener pocos hijos.

Algunos datos históricos dispersos indican que ese primer movimiento de reducción del número de hijos comenzó a principios del siglo XX en las clases más altas. En 1940, por ejemplo, la tasa global de fecundidad de Río de Janeiro ya estaba por debajo de cinco hijos por mujer y equivalía al promedio de Brasil en 1980, y las de São Paulo y Rio Grande do Sul ascendían a un poco más de cinco. En 1951, en Bahía, Hutchinson (1959) encontró en redes de parentesco entrecruzadas, formadas por descendientes directos de los grandes señores de los ingenios del *Recôncavo bahiano*, que las parejas que procrearon entre fines del siglo XIX e inicios del siguiente tuvieron descendencias cada vez menos numerosas. Entre las generaciones jóvenes predominaban las parejas con uno a cuatro hijos. En 1951, Pío XII aprobó el método natural, ya legitimado por la medicina en los años treinta.

Por cierto, fue un momento histórico particularmente importante, en el que se registraron grandes cambios estructurales, que habían sido activados por la abolición de la esclavitud (1888), la proclamación de la República (1889) y el desarrollo de la industrialización y la urbanización. Si la abolición de la esclavitud implicó amplias redefiniciones en la organización de la producción y en las formas de contratación del trabajo, la proclamación de la República significó el reordenamiento del Estado, su separación de la Iglesia y el establecimiento de nuevas políticas de inmigración internacional, educación y salud.

Tres grandes procesos iniciados en esa fase influyeron más directamente en las condiciones para casarse, procrear, preservar la supervivencia y la salud y criar hijos:

- a. *un proceso de creciente uso de los servicios médicos*, que en principio contribuyó a expandir la descendencia gracias a la reducción de las muertes precoces y, más tarde, abrió mayores posibilidades de redefinición de las prácticas reproductivas;
- b. *un proceso de democratización de la enseñanza*, que abrió espacios a la escolarización por más tiempo a una proporción cada vez mayor de jóvenes de clases populares, atendiendo a las nuevas expectativas e intereses de inserción social de la mujer;
- c. *un proceso de creciente participación de la mujer en el mercado de trabajo*, sobre todo en los sectores públicos y privados estructurados sobre la base del trabajo asalariado, sectores que se expandieron a partir de los años sesenta.

No obstante, esos procesos sólo comenzaron a afectar en forma significativa a la población bahiana después de 1920, mediante las políticas del Gobierno Federal de Bahía. La abolición de la esclavitud y la proclamación de la República tuvieron aquí consecuencias económicas, políticas, culturales y demográficas distintas de las observadas en el sudeste y sur del país. Aceleraron el proceso de decadencia del sector agroexportador del Estado, sin generar actividades alternativas.

Con la caída de la actividad cañera, la retracción de las actividades conexas y el subsiguiente estancamiento, que sólo se revertiría a partir de fines de los años cincuenta, las elites se empobrecieron y tuvieron que redefinir sus modos de insertarse en la producción y de formar familias.

En las clases medias y populares también se iniciaron movimientos de reconversión de clase y de emigración del campo, a menudo articulados en estrategias familiares, que llevaban a los campesinos bahianos hacia regiones más prósperas de otros Estados o hacia las grandes urbes de Bahía.

Es importante destacar este fenómeno porque los cambios de valores morales y reglas éticas que sin duda entrañó el surgimiento de patrones de procreación limitada y de organización de familias pequeñas, a partir de entonces, no obedecieron únicamente a la importación de los nuevos valores y normas que se imponían en Europa.

La importación de nuevos valores sobre la salud, la familia, la procreación y la crianza de los hijos fue posible gracias a los médicos y la Iglesia (entre otros agentes), cuyas acciones acabaron contando con el apoyo del Estado y, principalmente, del Gobierno Federal. Se suscitaban grandes debates públicos sobre los temas de la salud y la educación y los problemas cotidianos de las familias, existiendo en estos

debates no sólo una connotación política y cívica, sino también moral y ética. Así, se propiciaron reinterpretaciones y reacciones que marcaron de distintas formas la mentalidad de los brasileños y los bahianos.

2. LAS PRÁCTICAS REPRODUCTIVAS Y EL INICIO DEL MAYOR USO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS

En Bahía, al menos en el siglo XIX, si bien la prescripción reproductiva desde el casamiento hasta la menopausia de la madre-esposa fue activamente difundida por la Iglesia en todos los estratos sociales durante varios siglos, y formaba parte de la tradición portuguesa, no producía los mismos resultados en todos los grupos sociales. Como ya se señaló en un trabajo anterior (Souza, 1992), eran las elites económicas, políticas e intelectuales las que mostraban mayor adhesión a esas reglas, amén de tener intereses y condiciones (de salud y medios) para procrear y criar muchos hijos (12, 15 ó más). Esos estratos mantenían una estrecha relación con la jerarquía local y marcaban las transiciones más importantes de sus trayectorias individuales y familiares con los ritos católicos (Azevedo, 1986).

Sin embargo, estos grupos sociales también tenían mayor poder para transgredir algunas prescripciones o conseguir favores especiales del clero, que implicaban manipulaciones de esas normas, con o sin conflicto. Además, dado que muchas parejas de esas elites ostentaban cierto poder, siempre conseguían una licencia especial para casar a sus hijos con parientes cercanos, tíos o primos, desarrollando prácticas endogámicas y de entrelazamiento con otras familias ricas o de clase media más intelectualizada. Por otro lado, impulsaban el celibato de algunos hijos, sobre todo de las hijas mayores, que eran un sostén importante para la crianza de descendencias numerosas. El cuidado de los hijos contaba también con el apoyo de otras mujeres “solteronas” del grupo familiar, nodrizas y criados varios, inclusive agregados, “*crias da casa*” (sirvientas nacidas y criadas en la casa) y esclavos.

De algún modo regulaban el número de hijos, con lo cual no siempre llegaban a tener 10, 12 o más nacidos vivos, no sólo por razones de esterilidad o pérdida fetal espontánea, sino por otras circunstancias que justificaban evitar tener más hijos, como la cohabitación de la pareja sin relaciones sexuales o un casamiento más tardío.

A finales del siglo XIX las elites bahianas ya recurrían con bastante frecuencia a la atención médica, y los médicos se disputaban con los padres el lugar de “consejero de la familia” y sin duda llevaban hasta ellas, ya a principios del siglo XX, sus conocimientos sobre parto, puericultura, higiene, eugenesia y limitación de la descendencia.

En el ámbito de la vida pública, a fines del siglo XIX, comenzaron a suscitarse fuertes debates entre padres, médicos y familias católicas sobre la cuestión del aborto “terapéutico” o “humanitario”, Mott (s/f). Algunas tesis de doctorado de esa época presentadas a la Escuela de Medicina de Bahía defienden la legitimidad y las circunstancias en que tales intervenciones serían indicadas, condenando con vehemencia, sin embargo, los abortos realizados por “manos criminales”. Otros discursos argumentan que el “aborto terapéutico” tendría por fin “evitar un daño mayor y salvar una de las dos existencias amenazadas, que es por cierto la más preciosa y necesaria”. Aun sin especificar el grado de difusión del aborto, esos discursos indican que algunas mujeres lo practicaban y otras lo rechazaban por razones éticas. Por eso, muchas de las tesis sostienen que, en situaciones de riesgo, el médico no debería acatar la decisión de la mujer o de la familia, ya que no están “en condiciones de evaluar y juzgar un caso tan serio”.

En ese fin de siglo adquirió importancia el movimiento por la eugenesia y sus prescripciones, dirigidas sobre todo a las madres, en cuanto a la crianza de los hijos, tornando simbólicamente aún mayores las responsabilidades de la “buena madre”.

Esos nuevos movimientos médicos no sólo difundieron nuevas ideas referidas al trato de la salud maternoinfantil, sino que crearon varios servicios de salud que, por un lado, atendían a las necesidades de las familias y, por el otro, apoyaban la aplicación de nuevas prácticas de preservación de la supervivencia y de la salud más eficaces en términos de vidas infantiles y maternas salvadas. Esos movimientos influyeron en que los resultados de las prácticas reproductivas fuesen otras.

La procreación se intensificó y los hijos sobrevivían en mayor proporción, constituyendo descendencias más numerosas que lo previsto. Como tener muchos hijos en pequeños intervalos, criarlos y educarlos implica siempre un gran esfuerzo, durante largos años ello parece haber sido motivo de presión para anticipar la terminación de la vida reproductiva, especialmente en un momento en que las nuevas ideas y las oportunidades de atención médica y educación para los hijos suponían redoblados esfuerzos y gastos. La necesidad de contar con medios de control más efectivos que los ya incorporados parece haber aumentado a partir de entonces.

En esas clases, el hecho de aceptar en forma generalizada y como algo normal o natural que las mujeres aún jóvenes, sanas y de buena posición económica limitaran la procreación, parece obedecer precisamente a que eran ellas mismas las que ejercían el control en esas situaciones, abriendo posibilidades para que las generaciones subsiguientes avanzaran más aún en un proceso de ruptura con las viejas prácticas y valores, inclusive incentivadas por los propios padres. Así lo sugiere el hecho socialmente visible en Bahía y, es más, en todo Brasil, de que cada nueva generación tuviera menos hijos, como demostró Hutchinson (1959) en el caso de las elites bahianas, y el hecho de que la noción de descendencia numerosa se refiriera cada vez a un menor número de hijos. Así pues, las generaciones que procrearon después de 1920 y 1930 encontrarían otras condiciones de vida y mayores adelantos en el uso de los servicios médicos.

Los patrones de procreación limitada que llevaron a tener familias con uno a tres hijos, así como la práctica de las mujeres de casarse más tarde (25 años o más), al parecer surgieron sólo después de 1920, motivados por el creciente acceso de la mujer a una escolarización prolongada y una inserción más amplia en otros planos de la vida social, inclusive con el incentivo de la Iglesia (Borges, 1986; Azevedo, 1986; Hutchinson, 1959).

A partir de allí, las prácticas para limitar la procreación comenzaron a predominar sobre las prácticas para aumentarla en esas clases más altas, o más educadas y con mayor acceso a los servicios médicos.

3. EL AUMENTO DE LA SUPERVIVENCIA Y DEL TAMAÑO DE LA DESCENDENCIA EN LAS CLASES POPULARES Y LA AMPLIA DIFUSIÓN DE PRÁCTICAS DE LIMITACIÓN

Entre los estratos pobres de Salvador del siglo XIX, como revela Mattoso (1988), las parejas eran menos prolíficas que en los estratos medios y altos, dadas sus grandes dificultades para casarse, mantener una unión por varios años, engendrar hijos nacidos vivos y garantizar su supervivencia. Cerca de 70% de las parejas legales tenía de uno a cuatro hijos nacidos vivos. Sólo 12% llegaba a tener siete y más nacidos vivos y, de esas parejas, 90% de los jefes de familia ejercían profesiones liberales, eran comerciantes “fuertes” u ocupaban altos cargos. Según la citada

autora, la mayoría de la población era muy pobre, y la proporción de celibatos era alta. Las condiciones de higiene y salud eran precarias, la altísima mortalidad producía muchas rupturas de uniones y los casos de esterilidad definitiva y transitoria, así como las pérdidas fetales y muertes de los hijos, eran muy frecuentes. Mattoso (1988) calcula que 60% de las parejas perdía la mitad de sus hijos (en distintas edades), antes de la muerte de uno de los cónyuges.

Con una crisis que se hacía cada vez más grave, las condiciones de vida se deterioraron y las tasas de crecimiento medio anual de la ciudad declinaron, entre fines del siglo XIX y 1940: 1872/1980, -1.7%; 1890/1900, -1.7%; 1900/1920, -1.5% y 1920/1940, -0.20%. Sólo volvieron a aumentar después de 1940.

Influyó en esta tendencia el hecho de que la inmigración forzada de africanos se había reducido (y luego eliminado con la abolición de la esclavitud), sumado a un crecimiento vegetativo bajo, ya que hasta 1920 la inmigración y emigración de la ciudad no eran tan considerables como después de 1940.

A partir de 1920 ó 1925, con el inicio de las grandes obras médicas y las campañas de salud pública en Bahía, apoyadas por el Gobierno Federal (Castro Santos, 1987), comenzaron a registrarse mejoras en la supervivencia y la salud, que implicaron un aumento de la fecundidad en Salvador y en toda Bahía (Souza y otros, 1977; Souza, 1987).

En 1940 la esperanza de vida al nacer en Salvador aún rondaba los 33 años para los hombres y los 37 para las mujeres. Inicialmente, los mayores aumentos de la supervivencia se concentraron en los niños de 0 a 15 años y en las mujeres en edad de procrear, tanto en Salvador como en el conjunto de Brasil. Se produjo una gran intensificación de la procreación, porque aumentaba el número de hijos nacidos vivos, la proporción de los que sobrevivían y la de mujeres que pasaron a tener al menos un hijo nacido vivo (Souza, 1987).

Durante toda la primera parte del siglo XX, las tasas de crecimiento vegetativo y de fecundidad crecieron, revelando que, en amplios sectores de las clases populares, los regímenes de formación de grandes descendencias sobrevivientes se constituían cuando la mortalidad declinaba. En el censo de 1950 ya se observaba este fenómeno; por ejemplo, entre las madres nacidas entre 1905 y 1910, que vivieron los momentos más importantes de su historia reproductiva entre 1920 ó 1925 y 1950, a lo largo de la cual procrearon 7.0 hijos en promedio. La generación diez años mayor que ésta (de 1895 a 1900), que tendría de 40 a 44 años

en el censo de 1940, había procreado un promedio de 6.9 hijos. Esta tendencia se acentuó sistemáticamente en las generaciones sucesivas entre 1940 y 1970. Por eso mismo, muchas mujeres de 35 a 39 años de edad ya habían procreado más hijos, en promedio, en 1970 (6.6 hijos), que las de la misma edad en 1940 (6.2). Sin embargo, los aumentos promedio de hijos por mujer de una misma generación, después de los 30 años de edad, se redujeron sistemáticamente, lo que implica un rejuvenecimiento de la curva de tasas específicas por edad (Souza, 1987). Esto indica claramente que un creciente número de bahianas de las nuevas generaciones limitaba sus descendencias, para que no se tornaran aún mayores, ya que los casos de menopausia precoz disminuían a medida que mejoraba la salud.

Ese largo proceso invirtió completamente el perfil de diferenciación social de los patrones de sucesión de las generaciones o de formación de las descendencias de las parejas que existían en el siglo XIX. A partir de los años cuarenta, este hecho se hace socialmente visible.

Sin embargo, hasta fines de los años cincuenta, las clases más altas se mantenían ideológicamente más pronatalistas que las clases trabajadoras. No sólo se celebraba a la mujer prolífica, honrándola en todos los círculos, sino que también se tomaban medidas concretas de “protección” de la familia del trabajador. Un ejemplo de ello es el de las “villas operarias” creadas con las fábricas textiles al inicio del siglo, siguiendo modelos ingleses de la época, que garantizaban vivienda y educación para las familias de los operarios y una reserva cautiva de mano de obra menos deteriorada por la pobreza.

A principios de siglo, debido a las políticas de inmigración internacional, ya no ingresaba suficiente mano de obra para atender la expansión del sur y el sudeste del país. Por esa razón, los empresarios de esas regiones reclamaban mayores inversiones públicas en educación y salud.

El aparato institucional creado a partir de 1925 difundía, además de ideas y conocimientos, conductas, productos y las nuevas relaciones sociales que estos presuponían. Los servicios que se prestaban respondían a necesidades y problemas concretos de los individuos y familias, ampliando su propia demanda y creando nuevas necesidades con sus prescripciones y propuestas en cuanto a los aspectos más diversos del proceso de formación de descendencias, que se aprecian en el cuadro 1.

Cuadro 1

SUCESIÓN DE LAS GENERACIONES O PROCESO DE PRODUCCIÓN DE LA DESCENDENCIA DE LAS PAREJAS: MECANISMOS Y MOMENTOS

Mecanismos combinados	Prácticas y estrategias relativas a:
1er. momento - Casamiento / Ejercicio de la sexualidad (continuado).	Fundación de un nuevo núcleo familiar Constitución de una pareja con identidad propia.
2º momento - Procreación y preservación de la salud y de la supervivencia de los hijos y de la pareja.	Expansión de la familia* Constitución de las descendencias y preservación de su supervivencia.
3º momento Crianza / socialización de los hijos. - Preservación de la salud y de la supervivencia (de los hijos y de la pareja)	Mantenimiento de la familia* Preparación de los hijos sobrevivientes para la vida adulta, mediante su participación en las actividades domésticas y extradomésticas de la familia.
4º momento - Preservación de la salud y de la supervivencia de las parejas e hijos. - Casamiento o cambio de residencia de los hijos. - <i>Productos finales:</i> Hijos sobrevivientes y socializados al inicio de la vida adulta.	Dispersión de la familia* Hijos adultos reinician el ciclo de reproducción. Muerte de uno de los cónyuges o de ambos.

* Familia, vista como conyugal o nuclear, diferente de grupo doméstico o red de parientes.

La interferencia se iba produciendo de modo distinto en cada grupo social y en cada nueva generación, contribuyendo a los cambios en los sistemas de prácticas y estrategias vividas. Las dimensiones y la composición de las descendencias, así como su ritmo de constitución marcan las trayectorias reproductivas de las mujeres o parejas. Estas son consecuencias directas de la aplicación de un sistema de prácticas y estrategias sociales, dadas las condiciones materiales de vida específicas, fueron configurando nuevas y diferenciadas modalidades de formación de descendencias.

Sin embargo, ese momento de aumento del crecimiento vegetativo significó, casi siempre, una gran intensificación y aceleración de la

formación de descendencias o de la sucesión de las generaciones. Las familias de clases populares iban sustentando, por cuenta propia, su expansión numérica, que no era solo “vegetativa” sino socialmente construida.

Es importante destacar que los sistemas de ayuda mutua que predominaban entre las familias de clases populares de Bahía, durante todo el siglo hasta 1970, constituían sistemas de solidaridad difusa, entre parientes, amigos y vecinos, del tipo “una mano lava la otra” (Woortmann, 1987). Tales sistemas, cuya principal articuladora era la mujer, tuvieron amplia vigencia en la fase histórica en que la producción simple de mercaderías, la producción para el autoconsumo y la pequeña circulación mercantil suministraban, en amplios sectores, los medios básicos de sustento familiar, aunque existiera algún miembro asalariado en el grupo doméstico. El espacio para el trabajo remunerado de la mujer en el propio domicilio permitía la articulación de esos sistemas de solidaridad difusa, mediante el establecimiento de una sociabilidad familiar donde los hermanos mayores ayudaban en la crianza de los más jóvenes.

Tanto la expansión urbana como la imposibilidad de realizar las actividades estructuradas sobre la base del trabajo familiar o individual y autónomo, así como el creciente empleo asalariado de la mujer, fueron presionando para transformar las estrategias de solidaridad difusa, ya en solidaridad restringida, con reciprocidad más inmediata, ya en mercantilización de la reciprocidad. Ejemplos de ello se encuentran en el caso de las “*crecheiras*” (encargadas de guarderías infantiles) observado por Machado Neto (1984), de las “lavadoras”, que producen tales servicios para parientes, a cambio de una remuneración, observado por Agier (1989), y de las “escuelas alternativas de barrio”, estudiadas por Navarro de Britto y otros (1978). También es un ejemplo importante el caso de las trabajadoras rurales en antiguas áreas de colonos y hoy “*bóias-frias*” (trabajadoras temporeras sin vínculo laboral formal), analizado por Oliveira (1981) en el Estado de São Paulo, pero que tiene semejanza con el que se registró entre las mujeres de los “moradores” de las grandes haciendas en Bahía. Esta tendencia fue gradualmente dificultando que las madres de las nuevas generaciones criaran y socializaran descendencias numerosas.

Hasta fines de los años sesenta es probable que las mujeres de las generaciones pioneras de cada grupo social que experimentaba a un tiempo el aumento de la descendencia y la destrucción de sus formas tradicionales de subsistir, hayan vivido problemas y conflictos cada vez mayores para evitar los hijos y sobre todo para poner término, aún

jóvenes, a sus vidas reproductivas. Es que el ejercicio de prácticas para limitar la procreación suponía el uso de medios técnicos (como el aborto y el condón) moralmente reprobados en esas clases, y con consecuencias indeseadas, ya completamente ineficaces. Además, el método natural y el condón entrañaban la cooperación del hombre y, por ende, una alteración del tenor de la relación conyugal y sexual.

El aborto provocado era uno de los medios tradicionales más difundidos, utilizado principalmente por mujeres solteras, y cuya práctica aumentó en los años sesenta.

En una maternidad que atendía a las clases populares, Farias y otros (1972) observaron que la mayoría de las abortantes (47.9%) eran solteras, menores de 25 años, y que se trataba de su primer aborto. Otra parte importante de las mujeres eran casadas (44.2%). Entre estas, 21.5% ya pasaban por su segundo aborto y 10.7% por el tercero. Las razones más aducidas eran: estar en situación de crisis económica o conyugal y tener ya una descendencia muy numerosa (lo que para ellas era tener seis o más hijos sobrevivientes). Por ser este un recurso técnico tradicionalmente incorporado en estos estratos populares urbanos, las abortantes dominaban técnicas como tés, medicamentos y sondas (61.5% de los casos). Con todo, las mujeres casadas tenían problemas concretos con el uso de abortos sucesivos y eso llevó a muchas de ellas a buscar otros medios. Sin embargo, este movimiento entrañó resistencias, miedos y conflictos, además de problemas derivados de las desigualdades de oportunidades de acceso a precarios servicios sanitarios.

Durante ese nuevo momento en el uso de los servicios médicos, los doctores, con un aparato teórico y práctico cada vez más sofisticado y eficaz, se presentaban *a los legos* y aparecían ante ellos como los que curaban enfermedades, salvaban vidas y evitaban sufrimientos. Estos individuos que recurrían más a los servicios médicos iban sintiéndose cada vez más incapaces de resolver por sus propios medios sus graves problemas de salud, tornándose cada vez más “pacientes”. También era el caso de las mujeres, en lo tocante a la atención por embarazo, el parto, el puerperio, los problemas ginecológicos, los cuidados al recién nacido y la limitación de la descendencia (Boltansky, 1989; Ramos, 1984; Souza, 1990).

Entre las clases populares, el momento de una más amplia difusión de prácticas para limitar la procreación sobre la base de la anticoncepción, comenzó exactamente después de 1960; para las clases medias y grupos sociales dominantes las prácticas de limitación del número de hijos ya estaban consolidadas en un sistema de prácticas y estrategias

de formación de descendencias pequeñas. La participación de la mujer en la vida social era amplia.

La procreación y el número de hijos, en esta fase, ya tenían un significado distinto en las clases medias y grupos dominantes. Tener pocos descendientes y poner término, en pocos años, a la vida reproductiva, para dar la mejor educación posible a los hijos, pasó a ser lo normal y racional y, por lo tanto, lo que debía hacerse. Estas mujeres, al proceder así, entendían que su familia estaba bajo su control y que escogían, con libertad, el número de hijos que querían tener. Ejercer las prácticas de limitación en ese sentido ya no causaba grandes cuestionamientos éticos entre las nuevas generaciones. Las dudas y conflictos éticos giraban más en torno de la libertad sexual de la mujer.

La procreación intensa de los pobres, antes considerada *natural* y *espontánea*, pasó a ser vista como algo antinatural e irracional. Desde esta nueva óptica, dado que el fenómeno provocaba tantos conflictos sociales, se transformó en uno de los mayores problemas de salud pública, que requería una solución del Estado. Si no se resolvía este problema, los demás no podrían superarse. Se suscitó un acalorado debate público y privado sobre la cuestión de la “explosión demográfica” de los pobres, cuyas causas eran: la irresponsabilidad, la ignorancia o imprevisibilidad o la falta de planificación familiar del pobre.

Ese momento coincidió con nuevas redefiniciones del Estado y nuevas políticas y perspectivas institucionales y económicas. Se montó una gran red de servicios médicos especializados, con apoyo estatal, empresarios, entidades de planificación familiar, instituciones filantrópicas e instituciones extranjeras. La Iglesia, aunque rechazaba todos los métodos, estableció una línea de trabajo pastoral para la enseñanza del “método natural” y de las ventajas de las descendencias pequeñas. Los sacerdotes orientaban también a sus fieles, en el plano personal, a recurrir a un médico cuando ocurría un problema más difícil de este orden. Todas las fuerzas sociales se movilizaron cada vez más en busca de soluciones adecuadas. Las políticas de planificación familiar se multiplicaron, no sólo en términos de propuestas diferentes, sino también en cuanto a tipos de servicios distintos, abriendo amplias oportunidades para algunos segmentos, aunque no para otros. El movimiento feminista tuvo una presencia destacada en esta etapa.

Fue en el marco de los años sesenta a esta parte que el uso de técnicas anticonceptivas diversas adquirieron legitimidad efectiva para el conjunto de la sociedad, si bien dos de ellas eran ilegales, prohibidas tanto en el código de ética médica como en el código civil: el aborto y

la esterilización. Además, el uso cada vez más corriente de esas nuevas técnicas hizo más frecuente su aceptación entre las clases populares, disipando gradualmente los conflictos, resistencias y desconfianzas. El aborto provocado, con la aparición de medicamentos abortivos, aumentó aún más. La percepción de varias mujeres pobres era que estos medios no podían ser tan malos para su salud, de lo contrario las mujeres ricas no los usarían.

Entre 1970 y 1984, la tasa global de fecundidad en toda Bahía declinó de 7.6 a 5.2 hijos por mujer. En 1986, la Encuesta Nacional de Hogares (PNAD) ya señalaba que cerca de 62% de mujeres expuestas al riesgo de embarazo evitaban los hijos, inclusive habiéndose esterilizado, con ese propósito, aproximadamente 40% de ellas. La noción de familia excesivamente numerosa pasó a ser la que tenía 4 ó 5 hijos o más. Y la edad de terminación de la vida reproductiva se redujo en forma sistemática, incluso mediante la esterilización, entre aquellas que tenían menor escolarización, siendo muy destacable el número de mujeres que se esterilizaban a los 25 años o menos. El número de intervenciones quirúrgicas de esta naturaleza aumentó a un ritmo muy acelerado en Bahía, así como en otros estados. Hasta 1974 se registraron 15 619 casos. Entre 1975 y 1979 se observaron 51 712, o sea un promedio de 10 342 casos por año, y entre 1983 y 1986 el número se elevó a 150 099, llevando el promedio anual a 37 524 esterilizaciones. Por lo tanto, del primero (1975-1979) al segundo período (1983-1986) el número de casos anuales aumentó más de tres veces.

Al parecer, la esterilización se está transformando en la técnica preferida para poner término al proceso de formación de las descendencias, disputando con la píldora el lugar del anticonceptivo más utilizado a tal efecto (Berquó, 1989). La proporción de madres esterilizadas aumenta con el mayor número de hijos nacidos vivos, hasta tres. Luego, esta relación se reduce, vale decir: 1.3% de las mujeres con un hijo, 11.6% con dos hijos, 32.1% con tres hijos, 24.3% con cuatro hijos y 21.4% con 5 hijos o más. Por otra parte, se observa que la mayoría (57%) de esas intervenciones quirúrgicas se realizaron cuando las mujeres tenían entre 25 y 34 años de edad.

En un sinnúmero de casos, las madres muy prolíficas que tuvieron dificultades materiales y morales para limitar su descendencia incentivan ahora a sus hijas a hacerse la ligadura u oclusión tubárica. En varios barrios populares de Salvador y en algunas áreas del interior, no es difícil encontrar mujeres esterilizadas dispuestas a hablar del tema o mujeres que conocen un lugar donde se practica la intervención. Las

propias esterilizadas son agentes de difusión de la nueva técnica, así como las enfermeras y asistentes de los puestos de salud. Por último, “ligar es lo más simple” y “de una vez nos libramos del problema” (Reis, Santiago y Araújo, 1992).¹

La referencia a que las mujeres ricas *así lo hacen* no es de despreciar. Tener acceso a un médico y a una intervención quirúrgica como la cesárea o la ligadura tubárica es un modo de mostrar mayor conocimiento sobre lo que los médicos dominan. La esterilización en sí se considera una intervención que otra persona, con legítima autoridad —el médico—, realiza sobre el cuerpo de la mujer, y que equivale, formalmente, al parto natural o con cesárea atendido por el médico. En estos procedimientos, la mujer se ve plenamente como paciente, siendo su acción éticamente “neutra”. En ese sentido, es distinta de la que entraña el uso de la píldora o el aborto y tiene una doble ventaja: la primera, no tener más hijos, y la segunda, no tener que hacer siempre visitas al médico y a servicios de salud o controlarse por cuenta propia durante muchos años.

En esta etapa de difusión de la atención médica, en que los médicos valorizaban las intervenciones más profundas sobre el cuerpo de las pacientes, la esterilización pasó a tener prescripción cada vez más amplia, sobre todo cuando se trataba de mujeres pobres, y en los siguientes casos, entre otros: mujeres de 30 años con dos o tres hijos, ruptura del perineo, hipertensión o várices, mujeres que ya se habían hecho una o dos cesáreas, mujeres muy pobres e ignorantes que no sabían usar la píldora. La esterilización “humanitaria” predicada por los partidarios de la eugenesia ahora se realiza con frecuencia.

Para finalizar, cabe señalar que, dado que la “transición de la fecundidad” es un proceso histórico complejo, resulta inadecuado marcar su inicio con la baja de las tasas de fecundidad globales para un país, región o ciudad. Cuando estas declinan, el proceso de cambios ya está avanzado, lo que refleja más un momento de condensación de los cambios en un plano macrosocial. También es analíticamente incorrecta la antinomia que se acostumbra a establecer entre el carácter *puramente objetivo* de la fecundidad y el carácter *puramente simbólico* (ideológico o cultural) de los determinantes mayores que el proceso de difusión se encargaría de propagar. En este trabajo se intentó demostrar que hay dimensiones materiales y simbólicas, implicadas tanto en el ejercicio de

¹ Los comentarios formulados aquí se basan también en entrevistas realizadas con médicos de instituciones que prestan servicios de planificación familiar y de la Secretaría de Salud del Estado de Bahía.

la procreación y de la preservación de la supervivencia como en sus nexos de articulación con el casamiento y la crianza de los hijos, que son mediaciones directas y decisivas que dan especificidad a la procreación humana.

La experiencia histórica de Brasil y de Bahía revelan convincentemente que, aunque la teoría de la transición demográfica sea una gran metáfora, su hipótesis mayor, aunque genérica, es extremadamente contundente y tiene amplio apoyo empírico e histórico; vale decir, los fundamentos culturales-ideológicos, socioeconómicos y políticos de las sociedades industriales y urbanas parecen ser incompatibles con los regímenes de procreación intensa y de formación de grandes descendencias. Al ser predominantemente antinatalistas, en términos ideológicos y prácticos, orientan buena parte de su aparato institucional a preservar los patrones de procreación limitada y de preservación de la gran longevidad de sus miembros, en los ámbitos sociales distintos donde se constituyeron, e inducir, generalizar e incorporar a la rutina conductas para limitar la procreación y las muertes precoces en los casos en que tales conductas no se ejerzan sobre las mismas bases.

BIBLIOGRAFÍA

- Agier, M. (1989), "Le sexe de la pauvreté: hommes, familles dans une "avenida" à Salvador de Bahia", Salvador, inédito.
- Azevedo, T. (1986), *As regras do namoro à antiga*, São Paulo, Ática.
- Berquó, E. (1989), "Esterilização feminina no Brasil hoje", *Encontro Internacional Saúde da Mulher: um direito a ser conquistado*, Brasília, Consejo Nacional pro Derechos de la Mujer (CNDM).
- Boltansky, L. (1989), *As classes sociais e o corpo*, serie Biblioteca de Saúde e Sociedade, Nº 5, segunda edición, Río de Janeiro, Graal.
- Borges, D. (1986), "The Family in Bahia, Brazil, 1870-1945", tesis para optar al grado de doctorado, Departamento de Historia, Stanford, Universidad de Stanford.
- Castro Santos, L. A. (1987), "Power, Ideology and Public Health in Brazil, 1888-1930", tesis para optar al grado de doctorado, Departamento de Sociología, Boston, Harvard University.
- Farias, F. y otros (1972), *Aborto provocado: condicionantes sócio-econômicos e culturais*, Salvador, Universidad Federal de Bahía (UFBA)/Fundación Ford.
- Hutchinson, C. J. A. (1959), "Notas preliminares ao estudo da família no Brasil", *Reunião Brasileira de Antropologia, 1959, Anais*, Río de Janeiro.
- Machado Neto, Z. (1984), *Mulher: dimensão de sobrevivência/dimensão de existência. Um estudo de caso con mulheres faveladas*, Salvador, NEIM, Universidad Federal de Bahía (UFBA).
- Mattoso, K. Q. (1988), *Família e sociedade na Bahia no século XIX*, Brasília, Corrupio, Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq).

- Mott, M. L. B. (s/f), "O aborto terapêutico no pensamento médico baiano", inédito.
- Navarro de Britto, L. y otros (1978), *Educação e populações de baixa renda em áreas periféricas urbanas da RMS. Relatório de pesquisa*, Salvador, Universidad Federal de Bahía (UFBA)/Superintendencia para el Desarrollo del Nordeste (SUDENE)/Instituto de Planificación Económica y Social (IPEA).
- Oliveira, M. C. F. de (1981), "A produção da vida", tesis para optar al grado de doctorado en sociología, São Paulo, Universidad de São Paulo (USP).
- Ramos, S. (1984), *Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular*, Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).
- Reis, A. P., J. Santiago y M. Araújo (1992), "Esterilização feminina nos setores populares de Salvador", proyecto para obtener el título de sociólogo, Salvador, Departamento de Sociología, Universidad Federal de Bahía (UFBA).
- Souza, G. A. de (1987), "Redução da fecundidade e do tamanho da prole", *Informe conjuntural*, vol. 7, Nº 9/12, Salvador, septiembre/diciembre.
- (1990), "Deixar vir os filhos. A produção de proles numerosas", *Caderno CRH*, Nº 13, Salvador.
- (1992), "Procriação intensa na Bahia: uma "naturalidade" socialmente construída", *Caderno CRH*, Nº 17, Salvador.
- Souza, G.A. de y otros (1977), *Evolução demográfica de Salvador (1940-2000)*, série Estudos exploratórios, Nº 1, Salvador, OCEPLAN-PMS/PLANDUR.
- Woortman, K. (1987), *A família das mulheres*, Río de Janeiro, Tempo Brasileiro, Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq).