

EFFECTOS COLATERALES DEL PROGRESA: EL CASO DE LA FERTILIDAD

Dario Ibarra*

21

Resumen

El presente documento estudia los efectos colaterales del programa Progresá, hoy llamado oportunidades. La parte que aborda es la correspondiente a la fertilidad. Para ello se hace una revisión de las causas que han reducido las tasas de fertilidad en el mundo y en México. Se observa que la pobreza generalmente está asociada con mayores tasas de fertilidad. Se hace una revisión del caso de México y en seguida se analiza al Progresá. Finalmente, se concluye que dicho programa contiene los ingredientes necesarios para reducir los niveles de fertilidad. La evidencia empírica, aunque de pocos años de análisis, muestra que efectivamente se están creando las condiciones para abatir los niveles de fertilidad entre los beneficiarios del programa e incluso entre la población aledaña. Palabras clave: Fertilidad, gasto público, programas de combate a la pobreza.

Clasificación JEL.: H53, I12, J13.

Introducción

La pobreza extrema y las elevadas tasas de fertilidad históricamente han venido de la mano a lo largo y ancho del planeta. En prácticamente cualquier sitio del orbe se puede observar que las familias rurales tienden a ser más numerosas que las familias urbanas. Igualmente se puede ver que las primeras son mucho más pobres que las segundas y que las tasas de fertilidad se han reducido cuando se han desarrollado en términos económicos y humanos, es decir, cuando han abatido la pobreza, cuando se han mejorado los sistemas de salud, cuando se ha incrementado la educación y cuando se han llevado servicios como drenaje y agua entubada a esos lugares. También ese ha sido el caso de México.

En 1997 se instrumentó por primera vez el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) en comunidades marginadas, preferentemente indígenas y con pocos ser-

* Egresado en Economía por el ITAM, candidato a Doctor en Economía por la New School University. Email: darioibarra@yahoo.com

vicios urbanos como electricidad o drenaje. En la administración del presidente Fox el programa cambió de nombre por el de “Oportunidades”, pero lo alimenta el mismo espíritu con la diferencia que ahora se han incluido a zonas semi-urbanas y urbanas.

El programa tiene como principal objetivo combatir la pobreza extrema. Como el nombre lo dice, sus caballos de batalla son la educación, particularmente en niños de primaria y secundaria, aunque últimamente se ha extendido a bachillerato; la salud, sobre todo en niños, así como la alimentación, nuevamente con preferencia en los infantes y particularmente en las niñas. La idea es romper las “trampas de pobreza” que existen en las zonas más pobres del país, creando capital humano que permita a esos niños en pocos años salir de la pobreza por cuenta propia.

Un programa de esta naturaleza puede tener efectos colaterales positivos y negativos. Dado el binomio existente entre pobreza y elevada fecundidad, lo esperado es que el combate a la pobreza tenga como efecto colateral una reducción en las tasas de fertilidad de las poblaciones beneficiadas. Aunque la reducción en las tasas de fecundidad no es observable en el corto plazo, sino hasta después de varios años e incluso décadas, parece haber evidencia que indica que el PROGRESA efectivamente está teniendo el efecto adicional de crear las condiciones bajo las cuales las familias tenderán a reducir su tamaño. De hecho, las encuestas aplicadas para evaluar al programa, muestran que las madres de familia beneficiadas tienen mayores deseos de familias pequeñas al compararlas con familias no beneficiarias, pero de condiciones socioeconómicas semejantes.

El objetivo del presente documento es verificar si efectivamente el PROGRESA está teniendo algún impacto en la reducción de las tasas de fertilidad de las familias pobres.

1. La población y fertilidad en México

Nuestro país tiene marcadas tendencias poblacionales. Éstas a su vez, muestran un claro sesgo entre los sectores urbano y rural. Con todo, como veremos enseguida, parece haber una suerte de convergencia entre los niveles de fertilidad en ambos sectores. Es altamente probable que, independientemente de cualquier política pública llevada a cabo, esa convergencia de cualquier modo se dará, sin embargo, el PROGRESA parece estar en el camino adecuado para acelerar la igualación en nivel de vida y tamaños de familia en el campo y la ciudad.

Una de las prioridades de los “gobiernos revolucionarios”, fue la de poblar al país, por lo que la política de población era precisamente la de fomentar la existencia de familias grandes.¹ Adicionalmente, una vez terminado el movimiento revolucionario, se redujo el riesgo de morir a edad temprana. Por otra parte, la estabilidad política alcanzada permitió al país

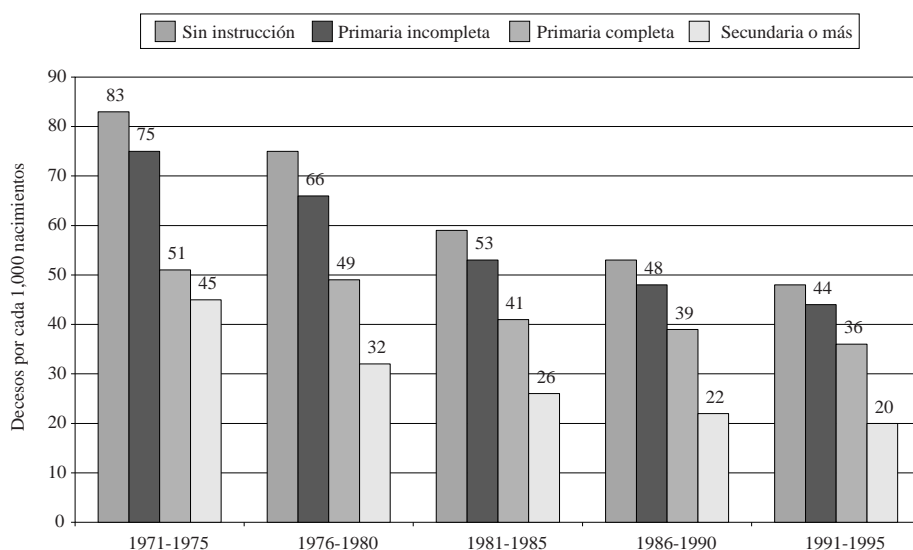
¹ Gómez de León, José y Virgilio Partida, “Niveles, Tendencias y Diferenciales de la Mortalidad”, en Gómez de León, José y Rabell Romero, Cecilia (Coordinadores), *La Población en México, tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, CONAPO, FCE, México, D. F. 2001.

recibir los beneficios del desarrollo tecnológico de otros países, particularmente en salud, razones por las que la esperanza de vida se incrementó dramáticamente durante el siglo pasado, pasando de 35.5 años en 1930 a 72 en 1997.² Con todo, la mejora en la expectativa de vida no ha sido pareja, de modo tal que hay un sesgo, alcanzando mayor esperanza de vida en el Distrito Federal que en el resto del país, siendo Chiapas y Oaxaca las entidades menos beneficiadas.

La mejora en la esperanza de vida, así como la reducción en los niveles de mortalidad fueron factores determinantes en el crecimiento poblacional que tuvo el país. El caso de la reducción en la mortalidad infantil es importante porque ésta es un requisito para que la población reduzca sus tasas de fertilidad. Al respecto, cabe mencionar que en 1930 la mortalidad infantil del país era de 178 por cada 1,000 recién nacidos, número que se redujo a 28 en 1997.³ En suma, durante este tiempo se creó una de las condiciones bajo las cuales la fertilidad tiende a decrecer.

Dado que el PROGRESA tiene un particular énfasis en la educación y en mejorar las condiciones de las familias en extrema pobreza, conviene observar los efectos que la educación y las condiciones de salud de la vivienda tienen sobre el número de hijos por mujer:

Gráfica 1
Tasas de mortalidad infantil por nivel educativo de la madre,
1971-1995



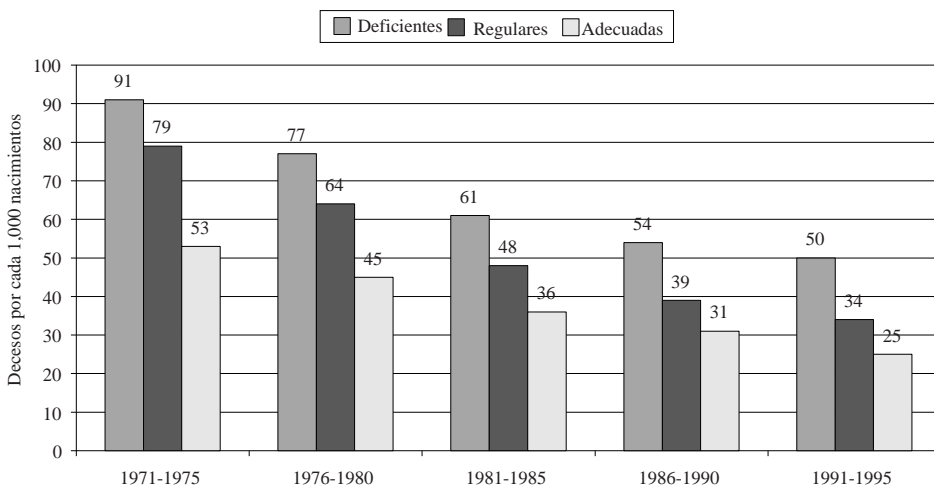
Fuente: CONAPO.

² Gómez de León, *et. al.* pp. 81-83.

³ Gómez de León, *et. al.* pp. 98,9.

Es claro que hay una tendencia a reducir la mortalidad independientemente del grado escolar de la madre. Ello se debe en gran medida a las campañas de salud y vacunación que se han extendido a lo largo y ancho del territorio nacional. Pero también es claro que cuánto mayor el nivel de escolaridad de la madre, menor la tasa de decesos infantiles. La siguiente gráfica ilustra las tasas de mortalidad infantil por condiciones sanitarias de la vivienda:

Gráfica 2
Tasas de mortalidad infantil por condiciones sanitarias de la vivienda,
1971-1995



Fuente: CONAPO.

El término “deficientes” se refiere a viviendas con piso de tierra y sin disponibilidad de agua ni drenaje, mientras que “adecuadas” trata de casas con piso diferente de tierra pero con agua y drenaje. “Regulares” significa que la casa se ha aproximado progresivamente a de condiciones adecuadas, y que deja cada vez más rezagado al término deficientes.⁴

Como se observa, la calidad de la vivienda y las condiciones de salud tienen un efecto poderoso en la reducción de la mortalidad infantil. Nuevamente podemos observar la “convergencia” en los niveles de mortalidad, pero que los hogares con viviendas “deficientes” muestra un rezago superior a 25 años al compararlo con los hogares “adecuados”. La gráfica implícitamente nos indica un sesgo urbano, pues es en estas localidades donde es más fácil acceder a servicios de drenaje, agua entubada y vivienda con piso firme.

⁴ Gómez de León, *et. al.* p. 103.

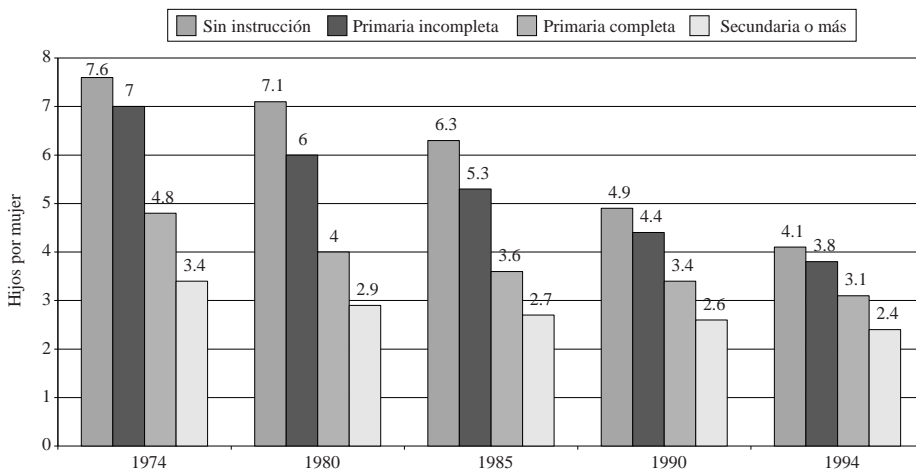
1.1 La anticoncepción en México

Otro factor sumamente importante en la reducción de la fecundidad en el país es el acceso a métodos anticonceptivos. Como mencioné más arriba, los primeros “gobiernos revolucionarios” tenían como política poblacional la de fomentar hogares grandes que poblaran al país. Así ocurrió. No fue sino hasta la década de los sesenta que se empezaron a utilizar los primeros métodos anticonceptivos por mujeres urbanas y educadas⁵ nacidas veinte años antes. Dado el incremento en la esperanza de vida y la reducción en la mortalidad infantil, pronto el gobierno de México modificó su política de población hacia una de planificación familiar, por lo que en 1977 se estableció el Plan Nacional de Planificación Familiar y con ello se incrementó la oferta de métodos anticonceptivos. Muestra del efecto del cambio de política es que, en 1976, 23% de las mujeres unidas en edad fértil utilizaba algún método de planificación familiar, mientras que en 1997 el porcentaje se había incrementado a 59.⁶

En adición a la mayor oferta de métodos anticonceptivos, es importante señalar que durante las décadas siguientes al periodo revolucionario, el país tendió a cambiar dramáticamente: las ciudades crecieron, la educación se expandió, la economía creció, etc.

La educación de las mujeres es sin lugar a dudas uno de los mejores anticonceptivos que pueden existir. Algunos datos estimados por la CONAPO así lo muestran, la siguiente gráfica da cuenta de ello:

Gráfica 3
Tasas Globales de Fecundidad según nivel Educativo,
1974-1994



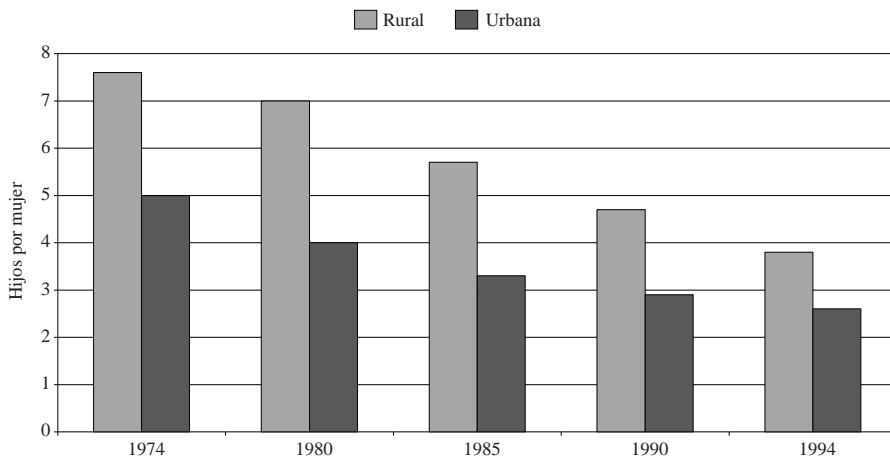
Fuente: estimaciones de la CONAPO.

⁵ Zavala de Cosío, Ma. Eugenia, “La transición de la Fecundidad en México”, en Gómez de León, José y Rabell Romero, Cecilia, *op. cit.* p. 153.
⁶ Mier y Terán, Marta y Virgilio Partida Bus, “Niveles, Tendencias y Diferenciales de la Fecundidad en México, 1930-1997”, en Gómez de León, José y Rabell Romero, Cecilia, *op. cit.* p. 171.

Es claro que en el caso de las tasas globales de fecundidad⁷ también existe convergencia a la baja y que el número de hijos por mujer parece convergir a un número ligeramente superior a dos. Parece evidente que la educación juega un importante papel en la reducción de las tasas de fecundidad. Probablemente es justamente aquí donde los efectos del PROGRESA se observarán más intensamente en algunos años, es decir, cuando las niñas que ahora estudian primaria y secundaria se encuentren en edad fértil y decidan el número de hijos que querrán tener.

El último punto importante es el de la relación entre las tasas globales de fecundidad contra el grado de urbanización. La siguiente gráfica es por demás elocuente:

Gráfica 4
Tasas Globales de Fecundidad según el tamaño de la localidad,
1974-1994



Fuente: estimaciones de la CONAPO.

El sesgo urbano parece evidente, pero igualmente es claro que las tasas de fecundidad han tendido a reducirse en ambos sectores y que la brecha es cada vez menor. Antes de pasar a analizar si el PROGRESA ha tenido efectos observables en las tasas de natalidad, conviene recordar que para que las tasas de natalidad se reduzcan, es necesario contar con algunas condiciones previas:

Un ideal de familias pequeñas, si éste no existe, difícilmente se podrá reducir la fertilidad por mujer. Para que esta condición se dé, es necesario romper con algunas resistencias a

⁷ La Tasa Global de Fecundidad es el número medio de hijos que tendría una mujer al final de su vida reproductiva si a lo largo de su vida tuviera las tasas esperadas de fecundidad por edad observadas en un año de calendario determinado.

los usos de anticonceptivos, concretamente religiosos y culturales. *El conocimiento de métodos anticonceptivos* es otra condición esencial, no basta el deseo si se ignora sobre la posibilidad de planificar la familia y prevenir embarazos. *La disponibilidad* de tales métodos es otro factor importante, es lo que empata a la demanda con la oferta de anticonceptivos y de esta manera se consigue reducir el número de hijos.

El número de hijos por mujer ha tendido a reducirse en el sector rural, pero existe todavía trabajo por hacer. De hecho, lo esperado es que en algunos años las tasas de natalidad tiendan a convergir, pero lo harán con mucha mayor rapidez si se dan las condiciones para que así ocurra. Por donde se quiera ver, el PROGRESA parece estar creando esas condiciones, es decir, la acción de éste programa de combate a la pobreza acelerará la velocidad de convergencia en las tasas de natalidad. Antes de entrar en detalle a la descripción y resultados preliminares del PROGRESA, conviene revisar rápidamente cómo se ha combatido a la pobreza en México, inmediatamente después damos cuenta de los efectos que ya se pueden percibir.

2. El Combate a la pobreza en México

La existencia de Estados es relativamente nueva en el mundo. No es ocioso decir que en varios lugares del planeta éstos aún se siguen construyendo. Por ello es que las políticas públicas son relativamente nuevas. De hecho, es necesaria una transformación de la sociedad, hasta alcanzar cierto nivel de organización, para que éstas se puedan aplicar. Aún en nuestros días sigue habiendo países en los que el gobierno no está consolidado, donde no hay control sobre el ejército y donde no hay estabilidad económica, política ni social. Es curioso que la mayoría de los textos que hablan de estabilidad y desarrollo económico, no cuestionan la existencia de un Estado sólido y que hay estabilidad política y social. La realidad muestra que lo anterior no debería darse por hecho.⁸

Una vez que se tiene un país relativamente estable y con un gobierno consolidado, es posible aplicar políticas que tiendan al desarrollo y reducción de pobreza. En México se podría decir que fue hasta después del término de la Revolución que fue posible tener condiciones que permitieran a los gobiernos en turno establecer políticas de desarrollo. Estas tuvieron matices diferentes durante algunos periodos de tiempo, pasando por una situación de economía cerrada durante décadas a la apertura económica iniciada en los años ochenta. Fue poco antes de la apertura económica que se empezaron a instrumentar planes de combate a la pobreza.⁹

⁸ Véase una discusión al respecto en Diamond, Jared, *Guns, Germs and Steel, The Fates of Human Societies*, chapter 14, "From Egalitarianism to Kleptocracy", pp. 265-292.

⁹ Está fuera del alcance del presente ensayo hacer una revisión de las políticas públicas seguidas en nuestro país durante el siglo XX. Dentro de la vasta literatura al respecto, puede revisarse Rubio, Luis y Fernández, Arturo (eds.) *México a la hora del cambio*, México: Cal y Arena, Centro de Investigación para el Desarrollo, A. C., 1995.

2.1. El ajuste macroeconómico en México y su impacto en la pobreza

Para reducir la pobreza es necesario tener estabilidad macroeconómica, el paso siguiente es crear las condiciones para que la economía pueda crecer. Sin crecimiento económico, la pobreza difícilmente se puede erradicar. Sin embargo, que la economía crezca no es condición suficiente para abatir a la pobreza,¹⁰ sobre todo si ésta tiene niveles extremos, es necesaria la intervención del gobierno para reducirla. Se deben instrumentar programas que permitan mejorar la salud de la población pobre, simultáneamente se deben crear programas que permitan a los pobres incrementar su productividad de manera permanente de modo tal que eventualmente puedan salir de la pobreza por sí mismos.¹¹ En pocas palabras, se deben crear redes sociales que impidan que los pobres lleguen a un nivel extremo, para, a partir de ellas, poder salir de la pobreza por medios propios.¹²

28

La venta de empresas estatales y la apertura indiscriminada de la economía al comercio internacional irremediablemente trae consigo un incremento en las tasas de desempleo. Si bien es cierto que la teoría predice que éste debe ser temporal y que los sectores de la economía más eficientes tenderán a absorber a la mano de obra desplazada, la realidad muestra que el ajuste ha sido más lento de lo esperado y que ello se ha reflejado en una pobreza más intensa y un mayor número de pobres.¹³ Así pues, en un entorno de crisis y estabilización macroeconómica, quienes más sufren los costos del proceso de ajuste son los pobres, por lo que para reducir la pobreza, es necesario llevar a cabo programas que la combatan y que compensen el deterioro que tuvieron durante la crisis y el ajuste.

El excesivo gasto público fue uno de los detonantes de la crisis de la deuda a principios de los años ochenta, por ello el ajuste macroeconómico en México. Fue en estos años cuando se inició el “viraje neoliberal” en el modo de conducir la política económica del país. Se contrajo el gasto público, se vendieron empresas paraestatales y se abrió la economía. Este tipo de reformas tienen como objetivo incrementar la eficiencia de la economía y permitir que los mercados cumplan con la asignación de recursos sin distorsiones. A la postre, las medidas se deben reflejar en mayor crecimiento económico, en incremento en sueldos y, con ello, en menor pobreza.

¹⁰ Rosenthal, Gert. “Some Thoughts on Poverty and Recession in Latin America”. *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*, vol. 31, issue 1/2. Special issue: Latin America at the Crossroads: Major Public Policy Issues. Spring-Summer 1989. p. 67.

¹¹ Rosenthal, *op. cit.* p. 70.

¹² Helwege, Ann, Helwege, Ann. “Poverty in Latin America: Back to the Abyss?”. *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*, vol. 37, issue 3. Special issues: Report on Neoliberal Restructuring. Autumn 1995. p. 111.

¹³ Para una discusión más detallada sobre los efectos de la liberalización económica en América Latina, véase Sheahan, John, “Effects of Liberalization Programs on Poverty and Inequality: Chile, México, and Peru”, *Latin American Research Review*, Volume 32, Issue 3 (1997), 7-37.

La realidad muestra que el ideal teórico no se alcanzó y sigue sin alcanzarse.¹⁴ Desde que se instrumentaron las reformas, la economía no ha crecido a las tasas que se esperaba, el salario tampoco lo ha hecho, el empleo formal no ha crecido a las tasas esperadas, de hecho, la informalidad sigue siendo uno de los grandes lastres del país, el sector agrícola tampoco se ha desarrollado y, en general, el ingreso no se ha distribuido equitativamente por lo que la pobreza sigue creciendo. Así pues, ante el deterioro de los más pobres era necesario instrumentar programas de combate a la pobreza.

En el proceso de ajuste hubo sectores que resultaron con efectos más adversos que otros. Concretamente, el sector rural no sólo no mostró mejoría alguna, sino que se redujo su nivel de ingreso y se incrementó el número de pobres.¹⁵ Los sectores más desprotegidos fueron quienes pagaron el mayor costo tanto por la crisis como por el ajuste económico.

2.2 Programas de combate a la pobreza previos al PROGRESA

En este apartado mencionaremos tres programas de combate a la pobreza previos a la creación del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA).

La mayor parte de la literatura en torno a la pobreza señala que ésta es más aguda en el medio rural que en el urbano. Esto es verdadero tanto a escala nacional como mundial. Por ello es que la mayoría de los programas de combate a la pobreza han estado enfocados sobre todo al sector rural, aunque debe mencionarse que el PRONASOL tuvo gran parte de sus bases en medios semi-urbanos y urbanos.

El Plan General de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), fue creado en 1977 y tenía como objetivo combatir la pobreza extrema en zonas rurales. Posiblemente el mayor logro de este programa fue la construcción de cerca de dos mil clínicas rurales, creadas para atender problemas de salud graves, mismas que siguieron operando aún después de terminado el sexenio de López Portillo.¹⁶ Otro aspecto importante del programa lo constituyó la unión CONASUPO-COPLAMAR, con este programa se buscaba dotar de alimentos y otros bienes, a precios accesibles a las comunidades más alejadas de los centros urbanos.

El programa consiguió construir clínicas de salud y con ello llevar servicios médicos a las comunidades más pobres. Con todo y los posibles defectos que el plan pudo tener, es

¹⁴ Para un resumen de los efectos del programa de liberalización en México en la pobreza, véase: Pastor, Manuel and Wise, Carol, "State Policy, Distribution and Neoliberal Reform in México", *Journal of Latin American Studies*, Volume 29, Issue 2 (May, 1997), 419-456.

¹⁵ Sobre los efectos de los cambios estructurales, véase Alarcón-González, Diana and McKinley, Terry, "The adverse Effects of Structural Adjustment on Working Women in México", *Latin American Perspectives*, Volume 26, Issue 3, Women in Latin America, Part 3 Identities and Localities: Social Analyses on Gendered Terrain (May, 1999), 103-117.

¹⁶ Campos, Emma y Vélez, Felix, "La Pobreza Rural en México", en Vélez, Felix (compilador), *La Pobreza en México, causas y políticas para combatirla, ITAM y El Trimestre Económico, lecturas*, 78. Fondo de Cultura Económica, 1994. Capítulos 2 y 5.

incuestionable que llevó beneficios a las personas más pobres del país. El problema de este programa fue su carácter temporal, pues tan pronto terminó el sexenio, se agotaron los recursos con los que venía operando. Lo mismo ocurrió con el Sistema Alimentario Mexicano (SAM), programa que duró dos años, de 1980 y hasta 1982 año en que Miguel de la Madrid Hurtado tomó el poder, y tenía como motivación la crisis alimentaria por la que pasaba el país provocada por las sequías de 1978 y 1979. El objetivo era usar la riqueza petrolera para fortalecer al agro y lograr la autosuficiencia alimentaria. Huelga decir, que el programa arrojó resultados pobres.

El Programa Nacional de Salud (1987-1988) fue creado con el objeto de combatir la pobreza extrema, su principal objetivo era mejorar el estado de nutrición y salud de las familias “marginadas” del país. La idea fundamental era “armonizar” los programas de otras instituciones que igual tenían como objetivo combatir la pobreza extrema. Entre dichas instituciones se encontraba la SSA, IMSS-COPLAMAR, INI y otras. En la práctica cada institución conservó sus programas y trabajaron de un modo autónomo y no hubo resultados notorios de dicho programa.

Posiblemente el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) ha sido el más estudiado y posiblemente uno de los más populares y con resultados más notorios.¹⁷ Iniciado en diciembre de 1988 bajo el mandato del presidente Carlos Salinas de Gortari, el programa creció tanto en términos de cobertura como de presupuesto y se convirtió en su principal bandera de política social, a grado tal de convertir una de las secretarías de estado en la Secretaría de Desarrollo Social, uno de cuyos objetivos era precisamente administrar este programa.

El Pronasol tenía como principales objetivos: 1) Erradicar la pobreza extrema, 2) garantizar la seguridad pública, entendida como justicia social para la población marginada, 3) dotar a los estados de los servicios básicos y 4) restablecer la calidad de vida en la ciudad de México. Adicionalmente, el programa buscaba favorecer la producción, generar empleos y mejorar la distribución del ingreso. El programa estaba dirigido principalmente a los indígenas, campesinos y sector urbano popular.

Posiblemente una de las principales críticas al PRONASOL es que el programa favorecía a las localidades y entidades donde se había tenido un voto más adverso al PRI. En estos lugares rápidamente se pavimentaron calles y avenidas, se electrificó y se llevaron otros

¹⁷ Existe una vasta literatura donde se analiza al PRONASOL. Como ejemplo se encuentran: Dresser, Denise, “PRONASOL y Política: Combate a la Pobreza como fórmula de gobernabilidad”, en Vélez, Felix, *La Pobreza en México...* op. cit. capítulo 8. Bruhn, Kathleen, Social Spending and Political Support: The “Lessons” of the National Solidarity Program in Mexico, *Comparative Politics*, Volume 28, Issue 2 (Jan., 1996), 151-77. Kaufman, Robert, R. and Trejo, Guillermo, “Regionalism, Regime Transformation, and PRONASOL, The Politics of the National Solidarity Programme in Four Mexican States, *Journal of Latin American Studies*, Volume 29, Issue 3 (Oct. 1997), 717-745.

servicios públicos. De hecho, con este programa se arrebataron algunas banderas que partidos políticos de oposición habían tenido como estandarte durante años: el naciente PRD no era asociado con el combate a la pobreza, mientras que el PRI lo era cada vez más.¹⁸ Por otra parte, el programa era controlado directamente desde la presidencia, sus beneficiarios seleccionados con fines políticos y partidistas y era inmune a cualquier medio democrático de control o responsabilidad.¹⁹

Al margen de la discusión en materia política, lo cierto es que el PRONASOL se convirtió en un programa popular, pero que beneficiaba solamente a grupos que eran capaces de organizarse. Sus políticas ciertamente tenían como objetivo reducir la pobreza extrema y elevar el nivel de vida de la población, pero carecía de controles y sostenibilidad en el largo plazo. En suma, era un programa con mejores características que anteriores intentos de combate a la pobreza extrema, pero no había condiciones que garantizaran su funcionamiento en el largo plazo. El gobierno de Zedillo así lo entendió y por ello modificó la política de combate a la pobreza.

3. Pobreza, Progresá y sus efectos en las tasas de fertilidad

La pobreza en México no es producto de unas políticas económicas que no han colocado al país en la senda del crecimiento. En realidad la pobreza en México ha existido prácticamente desde antes que fuera una nación independiente. La urbanización e industrialización de algunos sectores del país probablemente han acentuado la pobreza, pero de ningún modo se puede decir que la pobreza existe debido a tales o cuales políticas económicas recientes. Se trata de una pobreza de siglos y que difícilmente se podrá erradicar en pocos años.

Como hemos visto antes, los programas de combate a la pobreza han sido poco exitosos y de corta duración. Es difícil que un paquete de políticas contra la pobreza pueda dar sus frutos al cabo de uno o dos años, en realidad debe pasar mucho tiempo, tal vez décadas, antes que los resultados de las políticas se observen y se puedan medir de manera confiable. Muy probablemente esa fue la principal razón por la que los programas previos no mostraron resultados satisfactorios y por los cuales la pobreza sigue siendo uno de los temas de desarrollo más importantes en nuestro país.

No es solamente la continuidad de los programas lo que garantizaría su éxito. El programa por sí mismo puede tener los ingredientes que ayuden a reducir la pobreza de manera permanente o bien puede generar incentivos perversos que no la resuelvan y que traiga consigo otros vicios. Existe una disputa en el modo de llevar a cabo políticas públicas de combate a la pobreza: por un lado se encuentra la visión de quienes sostienen que la política

¹⁸ Brhun Kathleen, *op. cit.* pp. 161-2.

¹⁹ Dresser, Denise, *op. cit.* p. 264.

que gobierne dicho combate debe darse a través del gasto público, creando subsidios generales a alimentos, medicinas, educación y, en general, los bienes y servicios que consumen las familias pobres.²⁰

La otra vertiente es la que sostiene que los subsidios deben darse de modo discriminatorio, es decir, subsidiar solamente a las familias más pobres. El problema de una política como la expuesta es que la focalización de las familias pobres por sí misma implica el uso de recursos, lo que en la práctica reduciría los fondos disponibles para combatir a la pobreza.²¹ Con todo, ayudar –a través de subsidios o bien transferencias de bienes y servicios directamente– a las familias más pobres puede crear condiciones para que los verdaderamente pobres se encuentren en mejores posibilidades de mejorar su nivel de vida.

El Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), fue el resultado de estudios técnicos, cuyo objetivo era el de localizar a las familias más pobres y otorgarles directamente a ellos transferencias en efectivo, así como alimentos y medicinas, a condición de llevar a los niños con cierta frecuencia a revisión médica y con un mínimo de asistencia a la escuela. Antes de analizar los efectos del programa en las tasas de natalidad conviene revisar, las características de dicho programa.

3.1 *El PROGRESA en acción*

Las familias verdaderamente pobres se encuentran en el medio rural. Es en éste medio donde se encuentran los pobres entre los pobres, de hecho, la pobreza del medio urbano no es sino un reflejo de la pobreza rural. La población extremadamente pobre presenta las tasas de fecundidades más altas y un mayor número de hijos. En estos hogares los hijos suelen convertirse en pólizas de seguro contra la vejez y, a edades muy tempranas, como seis o siete años, en mano de obra para completar el ingreso de la casa.²² Los niños en extrema pobreza suelen trabajar porque el costo de oportunidad de estudiar para la familia es demasiado alto,²³ por ello es que difícilmente pueden beneficiarse de los programas educativos. Una política de combate a la pobreza que no contemple estos factores difícilmente puede ser efectiva.

El rompimiento del perverso círculo vicioso que implica la pobreza extrema debe considerar la reducción en la mortalidad infantil a través de mejoras en las condiciones de salud y alimentación de los niños. A la postre, esto se reflejará en menores niveles de fertilidad. Para

²⁰ Un buen exponente de tales medidas en México es Julio Boltvinik, parte de su metodología se puede ver en Boltvinik, *et. al. Proyecto de Investigación para la evaluación del PROGRESA*, mimeo. México, 1999.

²¹ El análisis del combate a la pobreza desde esta visión se puede encontrar en Levy, Santiago, “La Pobreza en México”, y De la Torre, Rodolfo, “Desigualdad en la Pobreza” en Vélez, Félix, *op. cit. La pobreza en México...* capítulos 1 y 3.

²² Levy, Santiago, *op. cit.* pp. 63,4.

²³ Becker, Gary S. y Guity Nashat Becker. *La economía cotidiana*, México, Planeta. 2002. p. 189.

conseguir lo anterior, los subsidios deben enfocarse principalmente en la salud y alimentación de los niños así como en la mayor oferta de métodos anticonceptivos.²⁴

Siguiendo el estudio de Santiago Levy, hay cuatro puntos que un plan de combate a la pobreza debe contemplar: 1) instrumentarse en las comunidades con mayor índices de pobreza, 2) proporcionar alimentos nutritivos, tal vez complementados con vitaminas, 3) proporcionar gratuitamente medicina preventiva de mínima calidad pero eficaz y educación asociada, y 4) una oferta sostenida de prestaciones. En adición a lo anterior, es necesario tomar medidas de política económica que incrementen la productividad del campo y que amplíen las oportunidades dentro de ese sector o bien abran las puertas para urbanizarlo. El PROGRESA parece tomar en cuenta todos los factores anteriores y no sólo eso, contempla inclusive incentivos para que los niños asistan a la escuela. En suma se trata de medidas que no esperan madurar en el corto plazo, se trata más bien de políticas de mediana y larga maduración.

Una de las diferencias más importantes entre el PROGRESA y el PRONASOL es que el primero ha tenido un proceso de focalización casi perfecta. Es decir, el PROGRESA ha incorporado preferentemente a familias del medio rural y a unos cuantos del medio semi-rural, de modo tal que no hay un sesgo urbano. El programa inició actividades el 7 de agosto de 1997 en siete entidades del país, incorporándose tres más en diciembre del mismo año. Es un programa fundamentalmente de mujeres: las promotoras, que viven dentro de las mismas comunidades, informan sobre el impacto en los hogares y llevan a éstos información sobre el programa, en suma, así sea en pequeña escala, el PROGRESA ha dado un poco de poder a las mujeres,²⁵ es decir, ha fomentado el “empoderamiento” de éstas. Lo anterior lo ha conseguido gracias a que las promotoras convocan a reuniones con otras mujeres donde se discuten problemas al interior del hogar y dentro de la comunidad, lo que redundo en mayor socialización por parte de ellas.²⁶ Considerando que en muchas comunidades las mujeres generalmente pasan la mayor parte del tiempo dentro del hogar, el programa las ha sacado, y les ha permitido que ver que el mundo tiene más de cuatro paredes.

El programa ha logrado que se incremente el uso de los servicios de salud, simultáneamente ha conseguido que la información sobre métodos anticonceptivos, planificación familiar y otros temas relacionados con la reproducción, sean más difundidos. Lo anterior ha sido posible gracias a que la oferta de servicios de salud se ha incrementado en las regiones beneficiadas. Por otra parte, la actitud hacia la educación ha cambiado, de modo tal que se

²⁴ Levy, Santiago, *op. cit.* pp. 73-90.

²⁵ Lo que resta de la presente sección está basado en la evaluación del PROGRESA llevado a cabo por el IFPRI, *Evaluación del progreso*, varios tomos, SEDESOL, 2000. La presente cita corresponde al tomo *Aspectos Operativos del Progreso* p. 43.

²⁶ *Aspectos Operativos del Progreso* pp. 64,5.

ha incrementado la asistencia a la escuela, lo que ha permitido que se reduzcan los índices de deserción.²⁷

El PROGRESA ha incorporado a hogares en pobreza extrema a través de selección de localidades rurales y marginadas, mismas que deben tener escuelas primaria y secundaria así como centros de salud. Adicionalmente, las comunidades deben distar 15 kilómetros, o menos, de las cabeceras municipales.²⁸ Una de las principales críticas al programa es que con esta selección se está excluyendo precisamente a los más pobres entre los pobres, que son quienes no tienen acceso a estas instituciones. No obstante, Dávila y Levy²⁹ sostienen que el costo de llevar ayuda a los más marginados crece conforme se encuentran más lejos de lugares con infraestructura pública; por ello, es conveniente hacer que ellos lleguen a lugares donde haya infraestructura, eso reducirá los costos del combate a la pobreza e incentivará su cambio de domicilio hacia lugares donde haya condiciones de menor pobreza. Bajo ésta óptica, el programa tiene los incentivos correctos.

Las localidades son rurales y semi rurales, en promedio tienen 64 hogares, 47 de los cuales fueron incorporados al programa desde el inicio de operaciones.³⁰ En pocas palabras, 95% de las comunidades semi rurales, es decir de entre 2,500 y 15,000 habitantes, se encuentran incorporadas al programa. Adicionalmente, 50% de las poblaciones tienen parlantes de lenguas indígenas; de hecho, en 25% de ellas sólo se habla alguna lengua indígena y no española.

Las siguientes características muestran que efectivamente el PROGRESA ha incorporado a las familias más pobres del país: 25.5 % de los beneficiarios son analfabetas, 55.5% no tienen agua entubada, 35.8% no tienen electricidad, y 50.1% tienen piso de tierra.³¹ Esto muestra que efectivamente todo indica que la focalización del programa ha permitido llegar hasta donde se encuentran las familias más pobres.

El PROGRESA ha tenido impacto en las comunidades beneficiadas en varios aspectos importantes:

Educación: ha incrementado la asistencia escolar, ahora son más los años de estudio por niño, igualmente se han incrementado la asistencia a educación preescolar y se ha involucrado más a los padres en el proceso de aprendizaje. Parte importante de los incentivos para permanecer en las escuelas es la beca económica que se otorga a los niños que cumplen con un mínimo de asistencia a clases y que son llevados con regularidad a los centros de salud. Al

²⁷ Aspectos Operativos del Progresas, pp. 60,1 y 76.

²⁸ PROGRESA, Identificación de Beneficiarios, p. 203, 208.

²⁹ Dávila C., Enrique R. y Levy, Santiago, "Pobreza y Dispersión Poblacional" En Solís Soberón, Fernando y Villagómez, Alejandro, *La Seguridad Social en México*, Centro de Investigación y Docencia Económicas y El Trimestre Económico, lecturas, 88. Capítulo 7, pp. 369-399.

³⁰ Identificación de beneficiarios, pp. 204,5.

³¹ *Idem*, p. 218.

respecto, un punto crucial es que la beca es 15% mayor en las niñas que en los niños, la razón de esto es incentivar la permanencia de ellas, pues al interior de las familias hay preferencias para que los niños estudien y las niñas permanezcan en casa.³²

Es importante destacar que a partir de la instrumentación del programa, las niñas han continuado con sus estudios a nivel secundaria, por lo que se puede decir que el PROGRESA fomenta la continuidad más que el reingreso.³³ La beca ha permitido que los niños dejen de ser utilizados como fuerza laboral, aunque en algunos casos los fines de semana siguen ayudando en las labores del campo. De particular importancia es que se ha reducido la brecha de asistencia a la escuela entre niños y niñas y que la asistencia de éstas, a nivel secundaria, se encuentra en un porcentaje de entre 82 y 90 por ciento.³⁴ Con todo, en algunos lugares siguen prefiriendo que las niñas se queden en casa a hacer labores domésticas, pareciera que la beca no es suficiente incentivo para que sigan estudiando. Un factor adicional es la distancia a la secundaria, cuanto mayor es, menor la asistencia de niñas, lo anterior por temor a ser agredidas en el camino.³⁵

Un detalle que no debe pasar desapercibido es que las becas se entregan a niños de entre 8 y 17 años de edad, para que las becas tengan algún efecto sobre las decisiones de fertilidad es necesario que las familias crean que el programa se mantendrá por al menos ocho años, es decir, por tiempo suficiente para que los niños que están naciendo alcancen a ser beneficiarios del programa. Por ello es que **hasta noviembre de 1999 no había evidencia que las becas educativas estuvieran teniendo algún efecto en las tasas de fertilidad, es decir, que las familias decidieran ser más fértiles.**

Salud: se ha reducido la mortalidad tanto materna como infantil, se ha incrementado el cuidado preventivo –como hervir agua y lavar alimentos antes de consumirlos– tanto al interior de las familias como en el total de las comunidades. De particular importancia es que se ha incrementado la asistencia médica en niños y mujeres embarazadas. Lo anterior se ha reflejado también en una mejor salud para los adultos, pues las enfermedades entre ellos se han reducido.³⁶

Debe destacarse que el uso de servicios médicos del sector público no ha desplazado al sector privado, por lo que en definitiva se puede afirmar que ha habido un incremento neto en el uso de servicios de salud. Por último, se ha incrementado la información sobre métodos anticonceptivos, aunque como veremos más adelante, no en las cantidades que la población demanda.

³² PROGRESA, *¿está dando buenos resultados el PROGRESA?*, pp. 19, 45.

³³ *Idem*, p. 23.

³⁴ PROGRESA, Educación, p. 192.

³⁵ ProgresA, Impacto a nivel comunitario, pp. 85,6.

³⁶ PROGRESA, *¿está dando buenos resultados el PROGRESA?*, p. 32.

Nutrición: se ha reducido la desnutrición infantil, se ha incrementado el consumo de nutrientes, como leche, se han diversificado los alimentos y se ha incrementado el cuidado paterno en esos aspectos. Lo anterior se ha reflejado en un descenso en las enfermedades infantiles. Un dato que no deja lugar a dudas es que la talla en los niños se ha incrementado.³⁷

Es difícil determinar si las enfermedades se han reducido debido a las visitas a los centros de salud o bien a causa de los mejores cuidados en el hogar. Lo que es un hecho, es que el PROGRESA ha generado un círculo virtuoso que ha reducido los niveles de malnutrición y, simultáneamente, ha mejorado la salud de los niños.

“Empoderamiento” de la mujer: dado que son las mujeres quienes reciben el dinero del programa, se ha propiciado que las mujeres tengan mayor participación en la toma de decisiones tanto al interior de la familia como en la comunidad, lo que ha mejorado su posición dentro del hogar. Lo anterior ha sido reforzado con el incremento en la educación de los adultos.³⁸

La mayoría de las familias beneficiadas por PROGRESA tiene como jefe de familia a hombres, lo que ha provocado que, al igual que en muchos países, en múltiples ocasiones las mujeres pasen de la custodia familiar a del marido.³⁹ Que reciban ellas el dinero les ha dado poder sobre el hogar, pues en ocasiones es la única fuente de ingreso que tienen, por lo que lo gastan en ropa, zapatos y otros bienes que necesitan los hijos, esto ha incrementado su “empoderamiento” aunque de modo incipiente.

El cobro de las becas no siempre se hace en la comunidad en que se vive, por ello es que PROGRESA ha permitido que muchas mujeres puedan salir de su pueblo y descubrir que el mundo es más que unas cuantas casas. Por otra parte, las beneficiarias deben recibir pláticas del sector salud, a las que no sólo asisten familias que están dentro del programa, sino que hay otras más que asisten por interés al conocimiento sobre prevención de enfermedades y uso de métodos anticonceptivos.⁴⁰ Al respecto debe mencionarse que se ha incrementado la información sobre métodos anticonceptivos, pero los estudios ginecológicos no se han incrementado por pudor y prejuicios; en ocasiones la decisión de hacerse un estudio de esta naturaleza implica tener pleitos con el marido, que incluso llega a niveles de mayor violencia doméstica.⁴¹

Fertilidad: la planificación familiar sigue sin ser del todo aceptada por ellas, mucho menos por el marido. Con todo, es claro que cuanto mayor es el nivel educativo de los esposos, menor la oposición al uso de estos métodos. La evidencia internacional muestra

³⁷ *Idem*, pp. 28-30 y PROGRESA, *Alimentación*, pp. 125,126.

³⁸ PROGRESA, *¿está dando buenos resultados el PROGRESA?*, pp. 42,3.

³⁹ PROGRESA, *Impacto a nivel comunitario*, p. 66.

⁴⁰ *Idem*, p. 65,6.

⁴¹ *Ibidem*, p. 87.

que siempre hay resistencias al uso de métodos anticonceptivos, pero que eventualmente son vencidas a través de campañas de difusión. Por lo que no se debe quitar el dedo del renglón.

Lo que es un hecho, es que con la mejora en salud, nutrición, reducción en la mortalidad materna e infantil, mayor educación tanto de hombres como de mujeres y otros factores adicionales, lo esperado es que las tasas de fertilidad tiendan a reducirse. Así lo indica el estudio de Agustín Escobar Latapí⁴². La siguiente tabla da cuenta de ello.

Tabla 1
Tasas globales de fecundidad según categoría socioeconómica

	1974	1980	1985	1990	1996
General	6.11	4.60	3.99	3.40	2.48
Rurales Inactivas	7.80	7.20	6.30	5.00	3.90
Rurales Activas	5.50	5.50	5.00	4.00	2.80
Urbanas Inactivas	5.90	4.60	4.00	3.60	3.00
Urbanas Activas	3.00	2.70	2.30	1.90	1.70
Sin Escuela	7.80	6.90	6.20	5.00	4.70
Primaria Inc.	7.00	5.90	5.30	4.50	3.70
Primaria Comp.	4.90	4.00	3.90	3.40	3.10
Más que prim.	3.50	2.80	2.60	2.50	2.20

Fuente: CONAPO, "La situación demográfica de México". México, 1999.⁴³

En la tabla, el término activo e inactivo se refiere a su situación laboral, es decir si son económicamente activos o inactivos. Como se observa, el sólo paso del tiempo ha provocado que se reduzcan las tasas de natalidad. También es claro que cuánto mayor es el empleo, menores los índices de fertilidad; adicionalmente, cuanto mayor el grado de urbanización, menor el número de hijos por mujer. Es claro que la educación juega un papel importante en la reducción de las tasas de natalidad: éstas tienden a ser menores cuanto mayor es el nivel de estudio. Así pues, conforme a lo observado, parece claro que el PROGRESA se encuentra en el camino adecuado para, en el mediano y largo plazos, reducir las tasas de natalidad en las comunidades a las que ha llegado.

En los siguientes apartados abordaremos con mayor detenimiento el impacto del PROGRESA en las tasas de fertilidad en la población beneficiada.

⁴² PROGRESA, Impacto a nivel comunitario p. 119.

⁴³ Citada por Escobar Latapí, Agustín, *op. cit.* p. 119.

3.2 Efectos del PROGRESA en las tasas de fertilidad

El PROGRESA no se diseñó como un programa cuyos resultados se observarían de manera inmediata. Como he mencionado antes, la pobreza en México es un problema ancestral y que no se resolverá en pocos años. Por ello es que es sumamente importante que el programa permanezca, que se fortalezca y que se acompañe de medidas adicionales que permitan que la población beneficiada y que, por lo mismo, ha incrementado su capital humano, puedan encontrar empleos que los alejen permanentemente de la pobreza.

Los cambios en las tasas de fertilidad no se notan inmediatamente. Incluso los programas de planificación familiar más exitosos no se han reflejado en menores tasas de natalidad sino varios años e incluso décadas más tarde.⁴⁴ Por ello es que, aunque el programa contiene los ingredientes necesarios para que las tasas de fertilidad se reduzcan, es difícil medir sus impactos en el corto plazo. Con todo, existen indicadores que dan buena idea de los efectos que el programa está teniendo, sobre las tasas de natalidad en las comunidades beneficiadas y que seguramente se notarán con mayor intensidad dentro de algunos años.

La *disminución de la mortalidad infantil* es un ingrediente indispensable para la reducción de las tasas de natalidad. Probablemente lo primero que se debe destacar es que la evidencia indica que la asistencia a clínicas de salud se ha incrementado mientras que la asistencia a hospitales se ha reducido. Esto indica que las medidas preventivas han incidido en una reducción en la medicina correctiva. Por otra parte, como he mencionado antes, no ha habido sustitución de asistencia a médicos particulares por médicos del sector público, lo que quiere decir que el efecto neto es el de un incremento en la asistencia a centros de salud. Este incremento en los servicios de salud ha ayudado a la reducción, en un 12%, de las

Tabla 2
Tasas de Morbilidad Infantil por edad y tipo de localidad

		<i>Localidad de tratamiento De control</i>	
Grupo 0-2	Previo a la Intervención del Programa	0.402	0.406
	6 meses después	0.284	0.366
	12 meses después	0.193	0.241
	18 meses después	0.194	0.246
	Tamaño de la muestra	5445	2171
Grupo 3-5	Previo a la Intervención del Programa	0.280	0.263
	6 meses después	0.206	0.270
	12 meses después	0.127	0.161
	18 meses después	0.097	0.127
	Tamaño de la muestra	11370	4066

Fuente: ProgresA, salud, p. 29, cuadro 9.

⁴⁴ McNamara, Robert S., "Population an Internacional Security", *Internacional Security*, Vol. 2 Issue 2, (Autumn, 1977). p. 30.

enfermedades de niños menores de cinco años.⁴⁵ Asimismo, las tasas de morbilidad infantil se han reducido, la siguiente tabla da cuenta de ello:

Como se observa, tanto en las localidades PROGRESA como en las control hay reducción en las tasas de mortalidad infantil. Lo anterior se debe a la presencia de un mayor número de clínicas y hospitales rurales, sin embargo, se observa que el declive es mayor en las comunidades beneficiarias que en las que no lo son. Es importante mencionar que las comunidades control tienen características socioeconómicas muy semejantes a las beneficiarias, por lo que es válido hacer éste tipo de comparaciones. Así pues, un primer elemento para la reducción de las tasas de fertilidad, la reducción en las tasas de mortalidad infantil, se encuentra presente en las comunidades PROGRESA, por lo que es de esperarse que esto se refleje en menores niveles de fertilidad.

El conocimiento de métodos anticonceptivos es otro importante factor en la reducción de las tasas de fertilidad. La encuesta ENCEL levantada en mayo del 2000 muestra que las mujeres de las comunidades PROGRESA tienen mayor conocimiento sobre métodos anticonceptivos que las comunidades control. Lo anterior no sorprende si recordamos que el programa implica la asistencia a pláticas sobre salud reproductiva en las clínicas y centros de salud. El siguiente cuadro da cuenta de lo anterior:

Tabla 3
Conocimiento espontáneo de métodos anticonceptivos de mujeres
de entre 20 y 49 años
Mayo 2000

<i>Métodos anticonceptivos</i>	<i>Porcentaje de mujeres que conoce</i>	
	<i>PROGRESA</i>	<i>Control</i>
Pastillas	80.4	75.8
DIU	71.8	64.7
Inyecciones	73.9	68.8
Norplant	5.7	4.9
Óvulos	8.1	7.0
Condomes	44.5	38.1
OTB	50.4	44.8
Vasectomía	27.3	21.6
Ritmo	10.4	9.7
Retiro	6.0	5.3
Otros	1.3	1.1

Fuente: PROGRESA, salud, p. 50, cuadro 1.

Así pues, parece claro que el PROGRESA está ayudando a incrementar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Dada la experiencia internacional, hay una condición más para que se reduzcan las tasas de fertilidad. Lo anterior es más claro aún si observamos que

⁴⁵ PROGRESA, Salud pp. 29,34,5.

las mujeres de las comunidades inscritas en el programa muestran tendencias a desear un menor número de hijos:

Tabla 4
Porcentaje de mujeres que no desea un nuevo embarazo de acuerdo con paridad
(sólo mujeres con al menos un hijo nacido vivo)

<i>Paridad</i>	<i>Porcentaje que no desea otro embarazo</i>	
	<i>PROGRESA</i>	<i>Control</i>
1	33.2	33.1
2 a 4	67.3	64.8
5 y más	90.1	88.5

Fuente: Progresas, salud, p. 51, cuadro 2.

40

Aunque las diferencias parecen pequeñas, en los casos en los que el número de hijos se encuentra entre 2 y 4 la diferencia es mayor. Dadas las tasas de natalidad que se tienen en prácticamente todo el mundo, no es extraño que se desee otro hijo después del primero. Por otra parte, las mujeres con mayor número de hijos tienden a tener más resistencias al uso de métodos anticonceptivos, tanto por cuestiones religiosas como culturales. Eso es lo que podría explicar las diferencias, en todo caso, lo observado es que el PROGRESA parece ser un factor que ayuda a reducir el deseo de tener familias muy numerosas.

El uso de métodos anticonceptivos es posiblemente un mejor indicador que el deseo de no tener un nuevo embarazo. La siguiente tabla ilustra perfectamente que las comunidades PROGRESA muestran un mejor desempeño en lo que se refiere al uso de tales métodos:

Tabla 5
Porcentaje de mujeres unidas de 20 a 49 años
que usan un método anticonceptivo

<i>Grupo de edad</i>	<i>Porcentaje de usuarias</i>			
	<i>Marzo 1998</i>		<i>Mayo 2000</i>	
	<i>PROGRESA</i>	<i>Control</i>	<i>PROGRESA</i>	<i>Control</i>
20 a 24	29.9	27.3	38.2	30.6
25 a 29	41.6	41.2	44.0	42.6
30 a 34	47.6	49.7	50.8	48.3
35 a 39	53.8	49.8	52.0	48.1
40 a 44	50.4	54.1	47.0	46.0
45 a 49	37.6	36.8	29.8	28.8
Total	45.0	44.8	45.4	42.7

Fuente: PROGRESA, salud, p. 53, cuadro 3.

Las mujeres de edades entre 20 a 34 años muestran un mayor uso de métodos anticonceptivos. La diferencia es mayor en las comunidades PROGRESA que en las comunidades

control. En las edades de 35 a 49 años existe un decremento en el uso de anticonceptivos, sin embargo, el decremento es mayor en las comunidades control que en las zonas beneficiadas. En suma, hay evidencia para decir que el PROGRESA ha fomentado el uso de métodos anticonceptivos.

A las tablas anteriores se debe agregar que existe una demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos: las encuestas rebelaron que 42 por ciento de las beneficiarias del PROGRESA manifestó deseos de regular su fertilidad, pero en mayo del 2000 no lo hacían. En el caso de las mujeres de las comunidades control el porcentaje era de 44 por ciento. Adicionalmente, hay estudios que indican que en toda el área rural del país hay demanda no satisfecha de métodos de planificación familiar.⁴⁶

En resumen, las encuestas muestran que el PROGRESA ha creado las condiciones bajo las cuales las tasas de natalidad tienden a reducirse. A pesar de que el programa otorga dinero en efectivo por cada hijo que se encuentra estudiando, hasta el momento no hay evidencia que indique que este hecho tiende a incrementar el número de hijos por familia. De hecho, dada la demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos, lo más probable es que en pocos años observemos una igualación en las tasas de fecundidad rurales y urbanas, en las que, desde luego, serán las rurales las que tenderán a ser menores.

Los efectos del PROGRESA en las tasas de fertilidad se podrán observar más claramente en algunos años. Como he mencionado antes, el decremento en las tasas de natalidad no se observa de manera inmediata, es necesario dejar pasar algunos años antes que se observe el decremento en el crecimiento poblacional. Posiblemente la publicación de nuevas encuestas que evalúen el PROGRESA ayudará a comprobar si efectivamente se ha reducido el número de hijos por mujer. Eso será tema de futuras investigaciones.

Conclusiones

La evidencia internacional muestra que hay una serie de condiciones económicas y sociales que inciden en reducción en las tasas de fertilidad. El desarrollo económico, acceso a información, “empoderamiento” de la mujer, mejora en salud sobre todo en niños, reducción en mortalidad infantil, abatimiento de pobreza, mayor acceso a servicios públicos como son agua entubada y drenaje, incremento en el nivel de ingreso familiar, así como una mejor y mayor educación, son condiciones que han estado presentes en las comunidades, regiones o países donde la población ha alcanzado niveles estacionarios, es decir, donde las familias han dejado de ser numerosas.

En México, esas condiciones se han dado particularmente en las ciudades. Aunque es cierto que las familias del medio rural ahora son de menor tamaño que hace apenas unas

⁴⁶ PROGRESA, Salud pp. 57.

cuantas décadas, lo cierto es que sigue habiendo un rezago con respecto al medio urbano. Las tendencias del pasado reciente indican, sin embargo, que se empieza a notar una clara convergencia en lo que respecta a los niveles de fecundidad y mortalidad infantil, por lo que es de esperarse que en poco tiempo, es decir, algunas décadas, las familias rurales alcancen el tamaño de las urbanas y ahí se estabilicen.

El PROGRESA ha llevado gran parte de las condiciones necesarias para que las familias reduzcan su tamaño. De hecho, la permanencia del programa podría reducir el tiempo para alcanzar la convergencia no sólo en cuánto a fertilidad, mortalidad y salud, sino en general para homogeneizar el nivel de vida del sector rural con el urbano. De permanecer, las familias podrían tener un menor tamaño cuando los primeros niños y niñas beneficiadas por el programa se encuentren en edad fértil y en condiciones de formar un hogar. Esto es algo que se podrá observar en poco tiempo, tal vez menos de diez años.

Lo que es un hecho, es que las encuestas llevadas a cabo para evaluar al programa muestran que incluso las mujeres que ahora se encuentran en edad fértil, y que son madres de los niños beneficiados, muestran interés en tener conocimiento sobre métodos anticonceptivos, que se están rompiendo resistencias a usarlos, que ellas mismas están aprendiendo y que se ha incrementado el número de aquellas que no desea familias muy numerosas. En suma, a escasos años de iniciado el programa, parece haber evidencia que indica que las tasas de fertilidad tenderán a reducirse –si no es que lo han empezado a hacer ya– muy pronto.

El PROGRESA, ahora “Oportunidades” es un programa joven, cuyos resultados no se esperan de inmediato. Deberán pasar algunos años antes que las mejoras en el nivel de vida de las poblaciones beneficiadas se consoliden y marquen una verdadera diferencia con las comunidades no beneficiadas. Con todo, la evidencia muestra que las cosas van por buen camino. La consolidación de los resultados se verá cuando el acceso de nueva información sobre la evaluación del programa esté disponible.

Referencias

- Alarcón-González, Diana and McKinley, Terry, “The adverse Effects of Structural Adjustment on Working Women in México”, *Latin American Perspectives*, Volume 26, Issue 3, Women in Latin America, Part 3 Identities and Localities: Social Analyses on Gendered Terrain (May, 1999), 103-117.
- Becker, Gary S. y Guity Nashat Becker. *La Economía Cotidiana*. México, Planeta. 2002.
- Boltvinik, et. al. *Proyecto de Investigación para la evaluación del PROGRESA*, mimeo. México, 1999.
- Bruhn, Kathleen. “Social Spending and Political Support: The ‘Lessons’ of the National Solidarity Program in Mexico”. *Comparative Politics*, vol. 28, issue 2. Jan 1996. pp. 151-177.
- De la Torre, Rodolfo, “Desigualdad en la Pobreza” en Vélez, Félix, . *La pobreza en México causas y políticas para combatirla, ITAM y El Trimestre Económico, lecturas*, 78. Fondo de Cultura Económica, 1994.
- Diamond, Jared, *Guns, Germs and Steel, The Fates of Human Societies*, W.W. Norton and Company, 1999.

- Gómez de León, José y Rabell Romero, Cecilia, (Coordinadores), *La Población en México, tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, CONAPO, FCE, México, D. F. 2001. Varios capítulos.
- Helwege, Ann. "Poverty in Latin America: Back to the Abyss?". *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*, vol. 37, issue 3. Special issues: Report on Neoliberal Restructuring. Autumn, 1995. pp. 99-123.
- IFPRI, *Evaluación del progreso*, varios tomos, SEDESOL, 2000.
- Kaufman, Robert R. and Trejo, Guillermo. "Regionalism, Regime Transformation and PRONASOL. The Politics of the National Solidarity Programme in Four Mexican States". *Journal of Latin America Studies*, vol. 29, issue 3. Oct. 1997. pp. 717-745.
- Levy, Santiago, "La Pobreza en México", en Vélez, Félix, *La pobreza en México causas y políticas para combatirla*, ITAM y El Trimestre Económico, lecturas, 78. Fondo de Cultura Económica, 1994.
- McNamara, Robert S. "Populations and International Security". *International Security*, vol. 2, issue 2. Autumn 1977. pp. 25-55.
- Pastor, Manuel; Wise, Carol. "State Policy, distribution and Neoliberal Reform in Mexico". *Journal of Latin America Studies*, vol 29, issue 2. May 1997. pp. 419-456.
- Rosenthal, Gert. "Some Thoughts on Poverty and Recession in Latin America". *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*, vol. 31, issue 1/2. Special issue: Latin America at the Crossroads: Major Public Policy Issues. Spring-Summer 1989. pp. 63-73.
- Rubio, Luis y Fernández, Arturo (eds.) *México a la hora del cambio*, México: Cal y Arena, Centro de Investigación para el Desarrollo, A. C., 1995.
- SEDESOL. *PROGESA*, varios tomos, 2000.
- Sheagan, John. "Effect of Liberalization Programs on Poverty and Inequality: Chile, Mexico, and Peru". *Latin American Research Review*, vol. 32, issue 3. 1997. pp. 7-37.
- Solís Soberón, Fernando y Villagómez, Alejandro, *La Seguridad Social en México*, Centro de Investigación y Docencia Económicas y El Trimestre Económico, lecturas, 88. Varios Capítulos.
- Vélez, Felix (compilador), *La Pobreza en México, causas y políticas para combatirla*, ITAM y El Trimestre Económico, lecturas, 78. Fondo de Cultura Económica, 1994. Varios Capítulos.