
seminarios y conferencias

La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?

Santiago de Chile, 9 al 11 de junio de 2003



NACIONES UNIDAS



UNIVERSITE PARIS X NANTERRE

Centro Latinoamericano y Caribeño de
Demografía (CELADE) - División de Población
de la CEPAL, con la colaboración del
Centre de Recherche Populations et Sociétés
de l'Université de Paris X-Nanterre

Santiago de Chile, mayo de 2004

Esta publicación contiene las ponencias presentadas en el seminario “La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿Transición o revolución?”, realizado en Santiago de Chile, del 9 al 11 de junio de 2003. El seminario fue organizado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)–División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) con la colaboración del *Centre de Recherche Populations et Sociétés de l’Université de Paris X-Nanterre* y el patrocinio del Gobierno de Francia.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN impreso 1680-9033

ISSN electrónico 1680-9041

ISBN: 92-1-322367-6

LC/L.2097-P

Nº de venta: S.04.II.G.34

Copyright © Naciones Unidas, mayo de 2004. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Presentación.....	5
Sesión I: La fecundidad en un mundo globalizado	9
La transición de la fecundidad en el mundo	
<i>Sabine Henning</i>	11
La fecundidad en América Latina	
<i>Susana Schkolnik</i>	33
Sesión II: Los diferenciales sociales y espaciales en la transición de la fecundidad	49
América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad	
<i>Juan Chackiel y Susana Schkolnik</i>	51
La fecundidad en áreas metropolitanas de América Latina: la fecundidad de reemplazo y más allá	
<i>Luis Rosero-Bixby</i>	75
La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición	
<i>Jorge Rodríguez Vignoli</i>	93
Sesión III: ¿Hacia una fecundidad temprana o tardía? La estructura de la fecundidad por edades	141
La fecundidad por edades en América Latina y sus perspectivas futuras	
<i>Delicia Ferrando</i>	143
Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina	
<i>Edith Alejandra Pantelides</i>	167

Sesión IV: Los determinantes de la fecundidad	183
Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos <i>Guimar Bay, Fabiana Del Popolo y Delicia Ferrando</i>	185
Las uniones conyugales en América Latina: transformaciones en un marco de desigualdad social y de género <i>Brígida García y Olga Rojas</i>	213
Sesión V: Los determinantes de la fecundidad (continuación)	231
Incidencia del aborto y sus efectos sobre la fecundidad <i>Miguel Gutiérrez y Delicia Ferrando</i>	233
Impacto sobre la fecundidad de los cambios en los sistemas de género <i>María Eugenia Zavala de Cosío</i>	247
Fecundidad deseada y no deseada en América Latina, con particular referencia a algunos aspectos de género <i>Ralph Hakkert</i>	267
La invisibilidad de los hombres en la sexualidad y la reproducción y sus consecuencias en la responsabilidad. Notas para el debate <i>José Olavarría</i>	289
Sesión VI: Programas y políticas nacionales que afectan a la fecundidad	313
Tendencias y perspectivas de la fecundidad en México <i>Virgilio Partida Bush</i>	315
Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica. El descenso de la fecundidad <i>Juan Carlos Alfonso Fraga</i>	331
Programas y políticas nacionales que afectaron el curso de la fecundidad en el Brasil <i>Ignez Helena Oliva Perpétuo y Laura Rodríguez Wong</i>	351
Bolivia: programas y políticas nacionales que afectan la fecundidad <i>René Pereira Morató</i>	373
El reemplazo de la población en el Uruguay, un fenómeno ausente en la agenda estatal <i>Carmen Varela Petito</i>	399
Sesión VII: Consecuencias socioeconómicas y demográficas del descenso de la fecundidad	421
Envejecimiento y descenso de la fecundidad: algunas relaciones y efectos <i>José Miguel Guzmán</i>	423
Efectos de los niveles de fecundidad en la salud reproductiva y en la mortalidad infantil <i>Erica Taucher</i>	437
Cambios y continuidades en las familias latinoamericanas. Efectos del descenso de la fecundidad <i>Irma Arriagada</i>	453
Fecundidad y trabajo femenino <i>María Nieves Rico</i>	473
Anexos	487
1. Agenda.....	489
2. Lista de participantes.....	492
Serie Seminarios y conferencias: números publicados	495

Presentación

El siglo XX se ha caracterizado por profundos cambios demográficos mundiales, de los cuales América Latina no ha estado ajena. En la primera mitad del siglo pasado se observó el comienzo del descenso de la mortalidad, el que se aceleró en los años posteriores a la segunda guerra mundial. Medido por la esperanza de vida al nacimiento, de 1950 hasta el final del siglo la región pasó, en promedio, de un poco más de 50 años a aproximadamente 70 años. Aun más espectacular fue lo ocurrido con la fecundidad, pues en tres décadas, como promedio, las mujeres de la región han descendido a la mitad el número medio de hijos, de 6 a menos de 3. Aunque la situación es heterogénea, se observa que varios países ya se aproximan a una tasa global de fecundidad de 2,1 por mujer, lo que implica una tendencia al reemplazo de la población.

Cabe la interrogante acerca de si el actual proceso de globalización también influirá sobre la tendencia de la fecundidad de la región y si ésta llegará a descender a la situación de los países europeos, situados bastante por debajo del reemplazo. A eso cabe agregar las consecuencias que ello tendría para los países en términos demográficos, sociales y económicos.

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)–División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) tiene bajo su responsabilidad el seguimiento de las tendencias demográficas de los países de la región, que se lleva a cabo en colaboración con los organismos especializados de los países. Las estimaciones y proyecciones que surgen son acordadas también con la División de Población de las Naciones

Unidas, quien las difunde como parte de la revisión que efectúa cada dos años. En este marco el seguimiento de la fecundidad es de mucha importancia por ser el componente que más influye en los cambios de la población.

Debido a los descensos experimentados en las tendencias de la fecundidad, desde hace un tiempo el CELADE ha estado preocupado por comprender mejor los factores que han afectado sus procesos de cambio y sus perspectivas futuras. En este sentido considera de la mayor importancia el análisis e intercambio de experiencias y conocimientos acerca de las tendencias y determinantes de la fecundidad en los países de la región.

Varias líneas de investigación en el CELADE se relacionan con el tema, entre ellas salud reproductiva y pobreza, vulnerabilidad sociodemográfica y población y pobreza. Continuando en esta misma dirección, y con el fin de integrar los avances realizados en este campo, el CELADE, con la colaboración del *Centre de Recherche Populations et Sociétés* de la Universidad de París X-Nanterre y el patrocinio del Gobierno de Francia llevó a cabo, entre el 9 y el 11 de junio del 2003, el seminario “La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?” En él se abordó la temática del descenso de la fecundidad, los factores determinantes y sus consecuencias socioeconómicas en los países de la región, y confrontó posiciones al respecto. Se espera que los resultados del seminario, además de ser un aporte para mejorar el seguimiento de la fecundidad, beneficie a los países para los cuales es importante prever su futuro demográfico y en particular de la fecundidad y sus determinantes. Este conocimiento es imprescindible para la formulación de políticas y programas relacionados con la maternidad, la salud reproductiva, los derechos reproductivos, la equidad social, y para el estudio de los efectos del cambio sobre el crecimiento y la estructura de la población por edades, en especial en relación con el proceso de envejecimiento.

Esta publicación contiene las ponencias presentadas al seminario según la estructura y orden de la reunión. De esta manera en la sesión 1 las contribuciones presentadas enfocaron la situación y tendencias de la fecundidad en el mundo y la región, como marco para la discusión específica de los distintos aspectos contemplados en el debate.

Así como los países difieren en cuanto al momento de inicio y al ritmo de los cambios en la fecundidad y la mortalidad, y también a la intensidad de sus movimientos migratorios, hay consenso en que la transición se ha dado en el seno de las transformaciones sociales y económicas vividas en la región. Ello se puso de manifiesto en la sesión 2 en que se presentaron ponencias acerca de los diferenciales sociales y espaciales en la transición de la fecundidad. Allí se puede ver que el descenso en el número de hijos muestra sistemáticamente una relación inversa con todas las variables relacionadas con las condiciones de vida, o con marcos de referencia valóricos o culturales diferentes de los tradicionales. También se presentan evidencias de sectores o áreas geográficas, como las metropolitanas, que ya habrían reducido su fecundidad por debajo del reemplazo.

En la sesión 3 se consideró la fecundidad por edad de las madres. Si bien el descenso ha ocurrido en todos los grupos de edades, su intensidad ha variado, dependiendo de las estrategias de control de la natalidad que se adopten. América Latina ha experimentado una tendencia al rejuvenecimiento de la fecundidad. Sin embargo, se plantea la inquietud acerca del futuro, considerando que los factores que operan en los países con niveles muy bajos de fecundidad, en gran medida lo han hecho postergando el nacimiento del primer hijo. Dentro de esta sesión cobra especial interés la fecundidad de madres adolescentes por las consecuencias sociales que ello acarrea.

Las sesiones 4 y 5 están integradas por contribuciones dedicadas a analizar los determinantes de la fecundidad. Entre estos se encuentran los factores geográficos, sociales, demográficos, económicos, culturales y políticos, y los determinantes próximos, como la anticoncepción, la nupcialidad, el aborto y la lactancia materna. Los primeros, llamados también contextuales, fueron

tratados en cierta manera en la sesión 2, al analizar la fecundidad según estratos sociales y áreas geográficas. De esta manera en las sesiones 4 y 5 se analizan principalmente los determinantes próximos, así como también se han considerado otros, menos tradicionales, que tienen que ver con el enfoque de género, el papel de los hombres en las decisiones reproductivas y los cambios en las intenciones reproductivas.

Considerando la importancia de analizar casos empíricos, la sesión 6 estuvo dedicada a la presentación de los programas y políticas nacionales que afectan la fecundidad en cinco países de la región. Además de describir las trayectorias de la fecundidad, se puso el acento en el papel que han desempeñado las políticas y programas llevados a cabo por instituciones estatales en función del contexto de la realidad nacional.

Las consecuencias del descenso en la fecundidad, que fueron tratadas en la sesión 7 se relacionan directamente con la salud reproductiva, incluyendo los descensos ocurridos en la mortalidad infantil. Se consideraron, además, las consecuencias de los cambios en la fecundidad sobre el tamaño y la estructura de las familias, la participación en la actividad económica femenina y el proceso de envejecimiento de la población. Este último se acentuará en las próximas décadas, con el consiguiente aumento de las demandas sobre los sistemas de seguridad social en la vejez y sobre las políticas de protección al adulto mayor en todas las esferas sociales.

Los organizadores y patrocinadores del seminario, y de esta publicación, agradecen la colaboración de ponentes y participantes por sus contribuciones, esperando que estos enriquezcan el conocimiento sobre el tema y sus alcances demográficos y sociales.

Sesión I: La fecundidad en un mundo globalizado

La transición de la fecundidad en el mundo

Sabine Henning¹

I. Introducción

Este informe se basa en los resultados de la revisión 2002 de las proyecciones demográficas en el mundo,² es decir, en las estimaciones y proyecciones demográficas oficiales preparadas por las Naciones Unidas. La principal finalidad del informe es describir la segunda etapa de la transición demográfica, es decir, el descenso de la fecundidad que ha tenido lugar en la mayor parte de los países del mundo durante el siglo XX. El análisis se centra en los niveles y tendencias de la fecundidad durante la segunda mitad del siglo XX. El documento también considera las implicaciones que las tendencias recientes de la fecundidad tienen para la proyección de la misma durante la primera mitad del siglo XXI. En particular, el hecho de que un número sustancial de países haya alcanzado ya un nivel de fecundidad por debajo del reemplazo y que en muchos de ellos los bajos niveles de fecundidad hayan perdurado durante largos períodos sugiere que, aún entre los países que todavía tienen actualmente niveles de fecundidad bastante superiores al nivel de reemplazo, existe la posibilidad de que, con el transcurso del tiempo, la fecundidad

¹ Oficial de Asuntos de Población. División de Población de Naciones Unidas.

² Naciones Unidas (2003), *World Population Prospects: The 2002 Revision, vol. I, Comprehensive Tables* (Publicación de las Naciones Unidas, Número de venta: E.03.XIII.6, ISBN: 92-1-151378-2); *World Population Prospects: The 2002 Revision, vol. II, Sex and Age Distribution of Populations* (Publicación de las Naciones Unidas, Número de venta: E.03.XIII.7, ISBN: 92-1-151379-0).

descienda por debajo del reemplazo y se mantenga ahí por períodos prolongados. Como se verá más adelante, esta hipótesis es la usada para proyectar la fecundidad en la variante media en la *Revisión del 2002*.

II. Situación actual en el mundo

De acuerdo a la revisión 2002 de las proyecciones demográficas en el mundo, el nivel de fecundidad en el mundo era de 2,8 hijos por mujer en 1995-2000 (Cuadro 1). Este nivel mundial resulta de las variadas experiencias entre países. En 1995-2000 había 59 países o áreas con un nivel de fecundidad inferior a 2,1 hijos por mujer (43 de ellos localizados en las regiones más desarrolladas) y 133 países (132 de ellos en las regiones menos desarrolladas) con un nivel igual o superior a 2,1 hijos por mujer. Entre estos últimos, 47 países tenían aún una fecundidad superior a los 5 hijos por mujer, la mayoría de los cuales eran países clasificados como menos adelantados, es decir, se encontraban entre los menos desarrollados del mundo.

En el año 2000, los 59 países con una tasa de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo representaban el 43 por ciento de la población mundial o 2.600 millones de personas, mientras que aquellos países con una tasa de fecundidad igual o superior al nivel de reemplazo representaban 3.400 millones de personas, o el 57 por ciento de la población mundial. Durante 1950-2000, la tasa de fecundidad a nivel mundial había descendido a razón de 0,49 hijos por mujer por década, pasando de 5,02 hijos por mujer en 1950-1955 a 2,83 hijos por mujer en 1995-2000, y de acuerdo a la Revisión del 2002, la tasa global de fecundidad seguirá bajando hasta llegar a un nivel de 2,02 hijos por mujer en el período 2045-2050.

III. El descenso de la fecundidad según nivel de desarrollo

Los países que hoy se consideran como desarrollados fueron los primeros en experimentar un descenso de la fecundidad. Ellos incluyen todos los países europeos (incluyendo la Federación Rusa), Canadá y Estados Unidos en América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y Japón. Si bien en algunos de estos países el descenso de la fecundidad empezó a fines del siglo dieciocho o principios del diecinueve, el proceso se aceleró durante los últimos 25 años del siglo diecinueve y, por consiguiente, la fecundidad en varios de ellos era ya relativamente baja en la década de 1920-1930. Durante los años treinta, la fecundidad en varios países europeos, Canadá y Estados Unidos alcanzó niveles muy bajos y la Segunda Guerra Mundial contribuyó a mantener tales niveles hasta alrededor de 1945. Sin embargo, el fin de la guerra trajo consigo un aumento considerable en la fecundidad cuando los nacimientos que habían sido pospuestos durante los años de conflicto empezaron a ocurrir. Por consiguiente, los niveles de fecundidad de los países desarrollados se mantuvieron a nivel moderado hasta fines de los años cincuenta y principios de los sesenta y es por esto que durante 1950-1955 la mayoría de los países desarrollados presentaban niveles de fecundidad muy por encima del nivel de reemplazo. Como se muestra en el Cuadro 2, a principios de los años cincuenta, 39 de los 44 países desarrollados tenían una tasa global de fecundidad de más de 2,1 hijos por mujer y 16 de ellos tenían una tasa global de fecundidad superior a 3 hijos por mujer.

Cuadro 1
LA DINÁMICA DEL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD: INDICADORES SEGÚN NIVEL DE DESARROLLO Y REGIÓN. ESTIMACIONES Y VARIANTE MEDIA: 1950, 2000 Y 2050¹

Grupos por nivel de desarrollo y áreas principales	Población en millones			Tasa global de fecundidad					Fecha de referencia del nivel máximo	Fecha de referencia del nivel mínimo	Número de años entre el mínimo y el máximo	Diferencia entre el máximo y el mínimo	Descenso promedio por década
	1950	2000	2050	1950-1955	1995-2000	2045-2050	Nivel máximo durante 1950-2000	Nivel mínimo durante 1950-2000					
Mundo	2 518	6 069	8 917	5,02	2,83	2,02	5,02	2,83	1953	1998	45	2,19	0,49
Países desarrollados	813	1 193	1 219	2,84	1,58	1,85	2,84	1,58	1953	1998	45	1,26	0,28
Países en desarrollo	1 705	4 876	7 698	6,16	3,11	2,04	6,16	3,11	1953	1998	45	3,05	0,68
Países menos desarrollados	200	668	1 674	6,64	5,46	2,47	6,71	5,46	1963	1998	35	1,25	0,36
Países en desarrollo sin los menos desarrollados	1 505	4 208	6 023	6,10	2,79	1,90	6,10	2,79	1953	1998	45	3,31	0,74
África	221	796	1 803	6,74	5,22	2,40	6,86	5,22	1963	1998	35	1,64	0,47
Asia	1 398	3 680	5 222	5,89	2,72	1,91	5,89	2,72	1953	1998	45	3,17	0,70
Europa	547	728	632	2,66	1,42	1,84	2,66	1,42	1953	1998	45	1,24	0,28
América Latina y el Caribe	167	520	767	5,89	2,72	1,86	5,97	2,72	1963	1998	35	3,25	0,93
América del Norte	172	316	448	3,47	2,01	1,85	3,72	1,78	1958	1978	20	1,94	0,97
Oceanía	13	31	45	3,90	2,45	1,92	4,12	2,45	1958	1998	40	1,66	0,42

Fuente: 2003 World Population Prospects: The 2002 Revision. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales del Secretariado de las Naciones Unidas.

¹ La población se refiere a aquella de los 192 países para los que existe información sobre la fecundidad.

Cuadro 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN ETAPA DE LA TRANSICIÓN A LA BAJA FECUNDIDAD Y NIVEL DE DESARROLLO: 1950¹

Nivel de desarrollo	TGF > 5	Reducción a < TGF ≤ 5	Reducción a 3 < TGF ≤ 4	Reducción a 2,1 < TGF ≤ 3	Reducción a TGF ≤ 2,1	Total
<i>Número de países</i>						
Países desarrollados	2	2	12	23	5	44
Países en desarrollo	128	14	4	2	0	148
Países menos desarrollados	47	0	0	0	0	47
Países en desarrollo sin los menos desarrollados	81	14	4	2	0	101
Mundo	130	16	16	25	5	192
<i>Población en millones</i>						
Países desarrollados	2	3	241	556	10	813
Países en desarrollo	1 642	29	29	6	0	1 705
Países menos desarrollados	200	0	0	0	0	200
Países en desarrollo sin los menos desarrollados	1 441	29	29	6	0	1 505
Mundo	1 644	32	270	561	10	2 518
<i>Porcentaje</i>						
Países desarrollados	0,3	0,4	29,7	68,4	1,3	100,0
Países en desarrollo	96,3	1,7	1,7	0,3	0,0	100,0
Países menos desarrollados	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Países en desarrollo sin los menos desarrollados	95,8	1,9	1,9	0,4	0,0	100,0
Mundo	65,3	1,3	10,7	22,3	0,4	100,0

Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales del Secretariado de las Naciones Unidas (2003). World Population Prospects: The 2002 Revision.

¹ La población se refiere a aquella de los 192 países para los que existe información sobre la fecundidad.

Cuadro 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN ETAPA DE LA TRANSICIÓN A LA BAJA FECUNDIDAD Y REGIÓN: 1950¹

Área geográfica	TGF > 5	Reducción a 4 < TGF ≤ 5	Reducción a 3 < TGF ≤ 4	Reducción a 2,1 < TGF ≤ 3	Reducción a TGF ≤ 2,1	Total
Número de países						
África	53	0	1	0	0	54
Asia	41	5	2	2	0	50
Europa	2	2	8	22	5	39
América Latina y el Caribe	25	8	1	1	0	35
América del Norte	0	0	2	0	0	2
Oceanía	9	1	2	0	0	12
Mundo	130	16	16	25	5	192
Población en millones						
África	221	0	0**	0	0	221
Asia	1 287	13	11	87	0	1 398
Europa	2	3	59	472	10	547
América Latina y el Caribe	132	16	17	2	0	167
América del Norte	0	0	172	0	0	172
Oceanía	3	0*	10	0	0	13
Mundo	1 644	32	270	561	10	2 518
Porcentaje						
África	99,8	0,0	0,2	0,0	0,0	100,0
Asia	92,0	0,9	0,8	6,2	0,0	100,0
Europa	0,4	0,5	10,9	86,3	1,9	100,0
América Latina y el Caribe	78,8	9,5	10,3	1,3	0,0	100,0
América del Norte	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Oceanía	19,7	0,5	79,8	0,0	0,0	100,0
Mundo	65,3	1,3	10,7	22,3	0,4	100,0

Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales del Secretariado de las Naciones Unidas (2003). World Population Prospects: The 2002 Revision.

¹ La población se refiere a aquella de los 192 países para los que existe información sobre la fecundidad.

* La población de Oceanía en este grupo se refiere a Nueva Caledonia (64 mil personas).

** La población de África en este grupo se refiere a Gabón (469 mil personas).

En cambio, entre los países en vías de desarrollo, la situación era muy distinta. Al principio de la década de los cincuenta, la mayoría de los países en vías de desarrollo (128 de 148) tenían una tasa global de fecundidad de por lo menos 5 hijos por mujer y sólo tres tenían una tasa global de fecundidad por debajo de 3,2 hijos por mujer (Argentina, Georgia y Uruguay). Sin embargo, la mayoría de los países en vías de desarrollo comenzaría la transición hacia una fecundidad baja durante la segunda mitad del siglo veinte, aunque no todos iniciarían la transición al mismo tiempo o experimentarían un descenso de la fecundidad al mismo ritmo. También es importante notar que en la mayoría de los países en desarrollo, el descenso de la fecundidad ocurriría después de un largo período en que la fecundidad se habría mantenido estable y, en algunos casos, hasta habría aumentado antes de comenzar a disminuir.

Como resultado de los cambios ocurridos durante la segunda mitad del siglo veinte, en 1995-2000 más de la mitad de los países del mundo tenía una tasa global de fecundidad igual o inferior a 3 hijos por mujer. Entre los países desarrollados, la totalidad (es decir, 44 países) se hallaba en ese grupo. En contraste, entre los países en vías de desarrollo, sólo un poco más de la tercera parte (56 de 148) tenía una tasa global de fecundidad inferior a los 3 hijos por mujer. Es decir, la mayoría de los países en vías de desarrollo, 92 de 148, aún tenían en 1995-2000 niveles de fecundidad que, de ser sostenidos por largo tiempo, producirían un crecimiento sustancial de la población, siendo superiores a 3 hijos por mujer (Cuadro 4).

El Cuadro 4 muestra la distribución de países y población según el nivel de fecundidad alcanzada en el período 1995-2000. Los rangos de la tasa global de fecundidad considerados permiten identificar la etapa de la transición hacia una baja fecundidad en que se encuentra cada grupo de países. Nótese que se hace una distinción entre los países que experimentaron una reducción de la fecundidad desde niveles altos (más de 5 hijos por mujer) en los años cincuenta a niveles de 3 hijos por mujer o menos en años recientes, y por otra parte los países que ya en los años cincuenta tenían niveles moderados de fecundidad (llamados de “transición temprana”). Así, el Cuadro 4 indica que tres países en vías de desarrollo experimentaron una transición temprana (Argentina, Georgia y Uruguay) y que todos ellos tenían en 1995-2000 una tasa global de fecundidad inferior a los 3 hijos por mujer. (De hecho, Georgia tenía una tasa global de fecundidad inferior a los 2,1 hijos por mujer). Además, entre los países desarrollados, 40 de los 44 habían experimentado un descenso temprano de la fecundidad y 43 de los 44 tenían en 1995-2000 una tasa global de fecundidad inferior a los 2,1 hijos por mujer.

En términos de población, a nivel mundial, 43 por ciento de la población en el año 2000 vivía en países con una tasa global de fecundidad inferior a los 2,1 hijos por mujer. Entre los países desarrollados, la casi totalidad de la población vivía en países con niveles de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo. (Considerado aquí como equivalente a 2,1 hijos por mujer aunque el nivel exacto de reemplazo varía dependiendo del nivel de mortalidad). En cambio, entre los países en vías de desarrollo, sólo el 30 por ciento de la población vivía en países con fecundidad por debajo del reemplazo. Esta observación da pie a dos conclusiones: la primera es que, según la experiencia de los países desarrollados, muchos de los cuales han estado experimentando niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo durante una o dos décadas, parecería que la transición a la baja fecundidad no lleva necesariamente a poblaciones en que el reemplazo poblacional a largo plazo esté asegurado. La segunda es que el número de los países en vías de desarrollo cuya fecundidad se halla actualmente por debajo del reemplazo es substancial y ha venido aumentando. Esto sugiere que la experiencia de los países en desarrollo está pareciéndose a aquélla de los países desarrollados, por lo que puede esperarse que entre los países en desarrollo el descenso de la fecundidad no necesariamente se frene al alcanzar el nivel de reemplazo. Si las pautas seguidas por los países desarrollados son imitadas por los países en desarrollo, puede esperarse que la fecundidad de los primeros decline por debajo del nivel de reemplazo y mantenga esos bajos niveles por períodos prolongados.

Cuadro 4
DISTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN ETAPA DE LA TRANSICIÓN A LA BAJA FECUNDIDAD Y NIVEL DE DESARROLLO: 2000¹

Nivel de desarrollo	Sin transición	Reducción pero TGF > 5	Reducción a 4 < TGF ≤ 5	Reducción a 3 < TGF ≤ 4	Reducción a 2,1 < TGF ≤ 3	Reducción a TGF ≤ 2,1	Transición temprana - 2,1 < TGF < 3	Transición temprana con "baby boom", TGF < 2,1	Reducción a TGF < 2,1	Total
Número de países										
Países desarrollados	0	0	0	0	1	3	0	40	43	44
Países en desarrollo	16	31	23	22	34	19	2	1	16	148
Países menos desarrollados	15	21	8	3	0	0	0	0	0	47
Países en desarrollo sin los menos desarrollados	1	10	15	19	34	19	2	1	16	101
Mundo	16	31	23	22	35	22	2	41	59	192
Población en millones										
Países desarrollados	0	0	0	0	3	6	0	1 184	1 190	1 193
Países en desarrollo	181	581	178	1 483	934	1 473	40	5	1 444	4 876
Países menos desarrollados	177	239	66	186	0	0	0	0	0	668
Países en desarrollo sin los menos desarrollados	3	342	112	1 297	934	1 473	40	5	1 444	4 168
Mundo	181	581	178	1 483	937	1 480	40	1 189	2 634	6 069
Porcentaje										
Países desarrollados	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5	0,0	99,2	99,7	100,0
Países en desarrollo	3,7	11,9	3,7	30,4	19,1	30,2	0,8	0,1	29,6	100,0
Países menos desarrollados	26,5	35,8	9,8	27,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Países en desarrollo sin los menos desarrollados	0,1	8,2	2,7	31,1	22,4	35,4	1,0	0,1	34,6	100,0
Mundo	3,0	9,6	2,9	24,4	15,4	24,4	0,7	19,6	43,4	100,0

Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales del Secretariado de las Naciones Unidas (2003). World Population Prospects: The 2002 Revision.
¹ La población se refiere a aquélla de los 192 países para los que existe información sobre la fecundidad.

Cuadro 5
DISTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN ETAPA DE LA TRANSICIÓN A LA BAJA FECUNDIDAD Y REGIÓN: 2000¹

Área geográfica	Sin transición	Reducción pero TGF > 5	Reducción a 4 < TGF ≤ 5	Reducción a 3 < TGF ≤ 4	Reducción a 2,1 < TGF ≤ 3	Reducción a TGF ≤ 2,1	Transición temprana - 2,1 < TGF < 3	Transición temprana con "baby boom", TGF < 2,1	Reducción a TGF < 2,1	Total
Número de países										
África	14	22	8	5	4	1	0	0	1	54
Asia	2	9	3	10	13	11	0	2	11	50
Europa	0	0	0	0	1	3	0	35	38	39
América Latina y el Caribe	0	0	6	5	15	7	2	0	5	35
América del Norte	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2
Oceanía	0	0	6	2	2	0	0	2	2	12
Mundo	16	31	23	22	35	22	2	41	59	192
Población en millones										
África	160	347	98	105	83	1	0	0	1	796
Asia	20	234	29	1 332	478	1 455	0	132	1 553	3 680
Europa	0	0	0	0	3	6	0	718	725	728
América Latina y el Caribe	0	0	45	45	372	18	40	0	17	520
América del Norte	0	0	0	0	0	0	0	316	316	316
Oceanía	0	0	6	1	0*	0	0	23	23	31
Mundo	181	581	178	1 483	937	1 480	40	1 189	2 634	6 069
Porcentaje										
África	20,2	43,7	12,3	13,3	10,5	0,1	0,0	0,0	0,1	100,0
Asia	0,5	6,4	0,8	36,2	13,0	39,5	0,0	3,6	42,2	100,0
Europa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,9	0,0	98,7	99,6	100,0
América Latina y el Caribe	0,0	0,0	8,6	8,7	71,6	3,4	7,8	0,0	3,3	100,0
América del Norte	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0
Oceanía	0,0	0,0	20,7	3,2	1,5	0,0	0,0	74,7	74,7	100,0
Mundo	3,0	9,6	2,9	24,4	15,4	24,4	0,7	19,6	43,4	100,0

Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales del Secretariado de las Naciones Unidas (2003). World Population Prospects: The 2002 Revision.

¹ La población se refiere a aquélla de los 192 países para los que existe información sobre la fecundidad.

* La población de Oceanía en este grupo se refiere a Polinesia Francesa y Nueva Caledonia (449 mil personas en total).

Los datos presentados en los Cuadros 4 y 5 muestran que, sin duda alguna, el descenso de la fecundidad ha comenzado ya en casi todos los países del mundo. Según el Cuadro 4, sólo en 16 países en desarrollo puede decirse aún que la fecundidad no ha dado muestras de disminuir. Cabe notar que entre esos 16 países, 15 pertenecen al grupo de países menos adelantados, es decir, son caracterizados por muy bajos niveles de desarrollo. Además, 14 se encuentran en África y sólo dos en Asia. Por otro lado, entre los 31 países adicionales donde el descenso de la fecundidad es aún incipiente (es decir, aquellos que en 1995-2000 tenían tasas globales de fecundidad superiores a 5 hijos por mujer aún cuando su fecundidad ya había comenzado a descender), 21 pertenecen al grupo de los países menos adelantados y 22 se hallan en África. Esto implica que en 2000, el 12,6 por ciento de la población mundial residía en países con una tasa de fecundidad global por encima de los 5 hijos por mujer y cerca del 55 por ciento de los 761 millones de personas involucradas vivían en países caracterizados como menos adelantados.

Entre los 82 países con tasas globales de fecundidad intermedias (es decir, que variaban entre 2,1 y 5 hijos por mujer en 1995-2000), sólo uno, Albania, se encuentra entre los países desarrollados. En total, los países con niveles de fecundidad intermedios tenían 2.600 millones de habitantes en el año 2000 y, por consiguiente, representaban al 43,4 por ciento de la población mundial. El grupo incluye a varios de los países más poblados del mundo, como son Bangladesh, Brasil, India e Indonesia, los cuáles constituían el 60 por ciento de la población total de los países con fecundidad intermedia en 1995-2000.

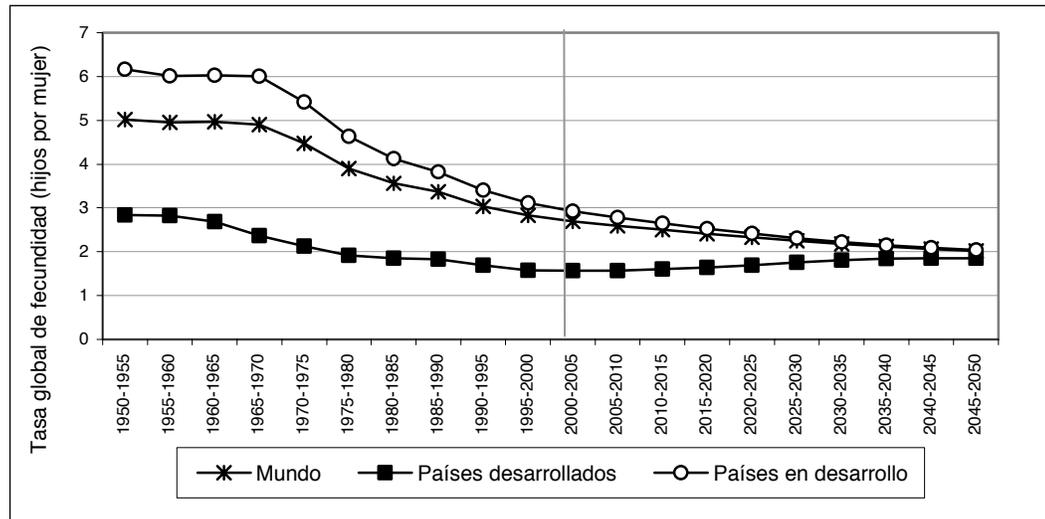
En resumen, según el Cuadro 4, en 1995-2000 había 101 países con un nivel de fecundidad superior al promedio mundial (2,83 hijos por mujer), los cuáles representaban el 42,3 por ciento de la población mundial. La gran mayoría de estos países son países en vías de desarrollo entre los cuáles 47 han sido designados como menos adelantados debido a su bajo nivel de desarrollo. Entre estos 47 países, la mayoría experimenta aún tasas globales de fecundidad altas (superiores a los 5 hijos por mujer), y en casi una tercera parte de ellos, la fecundidad no da todavía muestras de haber comenzado a descender. Por lo tanto, la experiencia de estos países contrasta marcadamente con la de la mayoría de los países en desarrollo, cuya fecundidad ha disminuido ya sustancialmente, y especialmente con la experiencia de países como China, Cuba, Puerto Rico, Tailandia o Trinidad y Tabago, cuya fecundidad se halla ya por debajo del nivel de reemplazo.

IV. El descenso de la fecundidad en el mundo en desarrollo

Es de interés contrastar la experiencia de los países en vías de desarrollo. Como se mencionó arriba, la fecundidad en el mundo en desarrollo era casi el doble en 1950-1955 que aquélla entre los países desarrollados (6,16 hijos por mujer vs. 2,84 hijos por mujer). El gráfico 1 indica que esa diferencia se acentuó en el transcurso de los siguientes 15 años, de tal manera que en 1965-1970 los países en desarrollo aún tenían, en promedio, una tasa global de fecundidad superior a 6 hijos por mujer, mientras que la fecundidad de los países desarrollados había disminuido a 2,37 hijos por mujer. Es decir, hasta el final de los años sesenta el descenso de la fecundidad en el mundo en desarrollo había sido mínimo. Es a partir de 1970 que se observa una aceleración en la caída de la fecundidad en los países en desarrollo y, según se muestra en el gráfico 1, a medida que el nivel de fecundidad se acerca a 3 hijos por mujer, se nota una desaceleración en el ritmo del descenso, sobre todo después de 1990. En el mundo desarrollado, en cambio, los años noventa traen consigo una ligera aceleración en la reducción de la fecundidad, aún cuando ésta se hallaba ya por debajo de 2 hijos por mujer en 1985-1990.

Gráfico 1

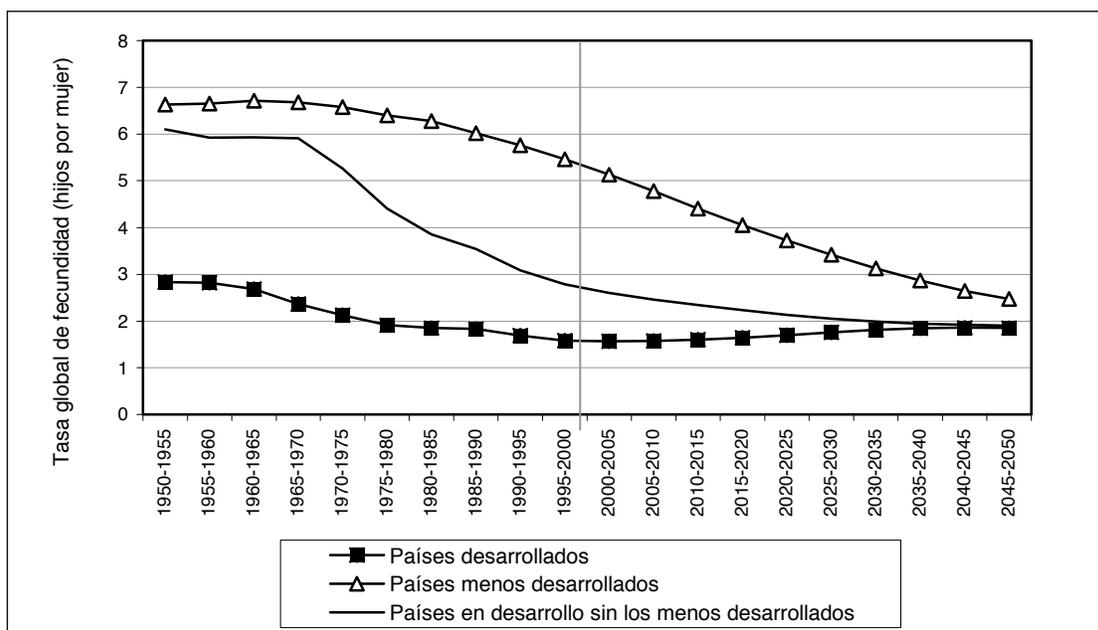
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD EN EL MUNDO Y EN PAÍSES DESARROLLADOS Y EN DESARROLLO. ESTIMACIONES Y VARIANTE MEDIA: 1950-2050



El gráfico 2 muestra que el descenso de la fecundidad no ocurrió de manera homogénea entre todos los países en vías de desarrollo. En particular, los países menos adelantados (un grupo que incluye 47 países así designados por las Naciones Unidas y que son caracterizados por muy bajos niveles de desarrollo) han mantenido, en promedio, una fecundidad considerablemente mayor que la del resto de los países en desarrollo. La trayectoria de la fecundidad en los países menos adelantados muestra un ligero incremento entre 1950-1955 y 1960-1965 (de 6,6 hijos por mujer a 6,7 hijos por mujer) y luego un paulatino descenso que se inicia en 1970. El descenso es tan lento que aún en 1985-1990 los países menos adelantados tenían, en promedio, una fecundidad superior a los 6 hijos por mujer. Para 1995-2000, la fecundidad estimada para los países menos adelantados en su conjunto era todavía de 5,5 hijos por mujer.

Gráfico 2

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD EN EL MUNDO Y EN GRUPOS DE PAÍSES POR NIVEL DE DESARROLLO. ESTIMACIONES Y VARIANTE MEDIA: 1950-2050



En contraste, el resto de los países en desarrollo experimentaron un rápido descenso de la fecundidad entre 1970 y 2000, descenso que muestra menos claramente que aquél para el total de los países en desarrollo que haya habido una desaceleración notable en el ritmo de reducción de la fecundidad desde 1990 (Gráfico 2). De hecho, entre 1985-1990 y 1995-2000, la fecundidad entre el resto de los países en vías de desarrollo (es decir, excluyendo a los países menos adelantados) disminuyó en casi 0,7 hijos por mujer, pasando de 3,5 hijos por mujer en 1985-1990 a 2,8 en 1995-2000, y habiendo cruzado así la barrera de los 3 hijos por mujer. Estos logros son especialmente importantes porque el grupo de países en vías de desarrollo que excluye a los menos adelantados, incluye a algunos de los países más poblados del mundo, como son Brasil, India e Indonesia.

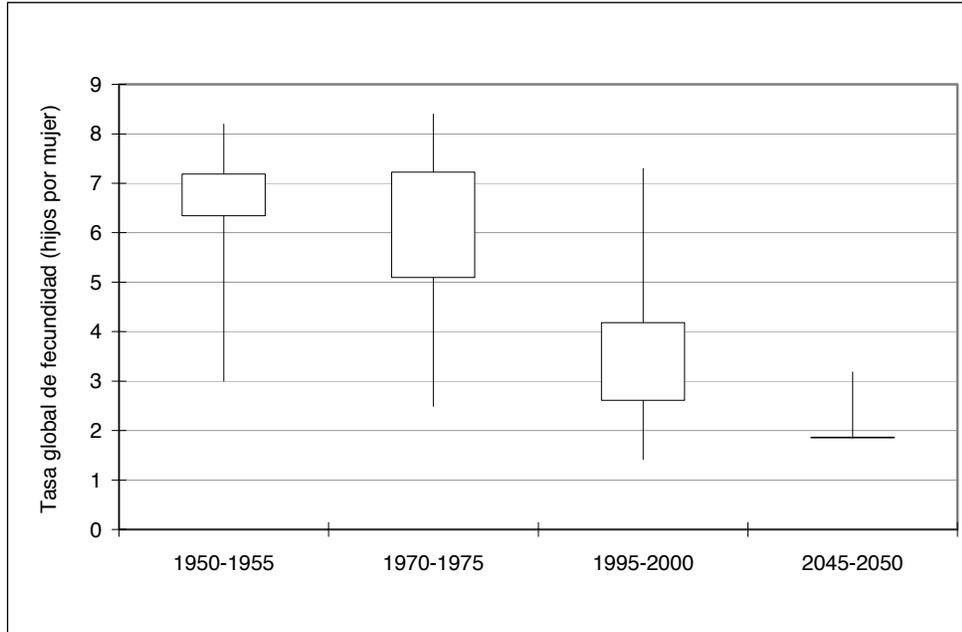
Si se comparan ahora regiones específicas dentro del mundo en desarrollo, es claro que han tenido experiencias diversas con respecto al descenso de la fecundidad. Los gráficos 3 a 6 muestran las distribuciones de países en cuatro regiones de acuerdo a sus tasas globales de fecundidad en diversos períodos. En todos esos gráficos, la parte central de la distribución en cada período considerado se representa como un rectángulo y los extremos de la distribución se representan como líneas que salen del rectángulo central. El rectángulo abarca a la mitad de los países (la parte central de la distribución), y cada una de las líneas que salen del rectángulo representa la localización de una cuarta parte de los países considerados (la cuarta parte con fecundidad alta y la cuarta con fecundidad baja). Los puntos extremos de la distribución (es decir, la tasa de fecundidad más alta y más baja de cada grupo de países) determinan la longitud de cada gráfico y de las líneas que salen del rectángulo. La longitud del rectángulo central es una medida de la variabilidad de la fecundidad entre países de cada región.

Los gráficos 3 a 6 se refieren a cuatro regiones geográficas: (1) África al sur del Sahara; (2) Asia Occidental y África del Norte; (3) Asia excluyendo Asia Occidental (grupo llamado “resto de Asia” de aquí en adelante), y (4) América Latina y el Caribe. Los gráficos muestran claramente que en 1950-1955, en la mayor parte de estas regiones en vías de desarrollo, había bastante homogeneidad con respecto a los niveles de fecundidad en los países que las constituían. Es decir, la altura del rectángulo central en las distribuciones de África al sur del Sahara, de Asia Occidental y África del Norte, y del resto de Asia en 1950-1955 es notablemente estrecha. Además la distancia entre la parte inferior del rectángulo (el cuartil inferior) y el extremo superior tiende a ser relativamente corta (equivalente a un rango de variación de cerca de dos hijos por mujer). Es decir, para tres cuartos de los países en cada región, la fecundidad en 1950-1955 era alta (de al menos 6,1 hijos por mujer en África al sur del Sahara; 6,3 hijos por mujer en Asia Occidental y África del Norte, y 5,7 hijos por mujer en el resto de Asia) y mostraba poca variación (el país con la fecundidad más alta en cada una de estas regiones tenía sólo dos hijos más que los niveles apenas mencionados).

En América Latina y el Caribe, en cambio, ya para 1950-1955 se notaba mayor variación entre los niveles de fecundidad de los países de la región. El rectángulo central era mucho más ancho verticalmente que los de otras regiones y la distancia entre el cuartil inferior y el extremo superior era de 2,5 hijos por mujer. Esta mayor variabilidad en los niveles de fecundidad era el resultado de que varios países de la región habían empezado ya a experimentar un descenso de la fecundidad. Es decir, varios de los países de América Latina y el Caribe iniciaron la transición hacia una baja fecundidad antes que los de otras regiones en vías de desarrollo. Los casos más notables son los de Argentina y Uruguay, los cuáles ya en 1950-1955 tenían niveles de fecundidad similares a los de algunos países desarrollados. A pesar de tal transición precoz, para 1995-2000, ambos países aún tenían niveles de fecundidad muy por encima del nivel de reemplazo, constituyendo así una de las más notables excepciones al patrón observado entre otros países con fecundidad baja en los años 1950, todos los cuáles tenían niveles de fecundidad por debajo del reemplazo en 1995-2000.

Gráfico 3

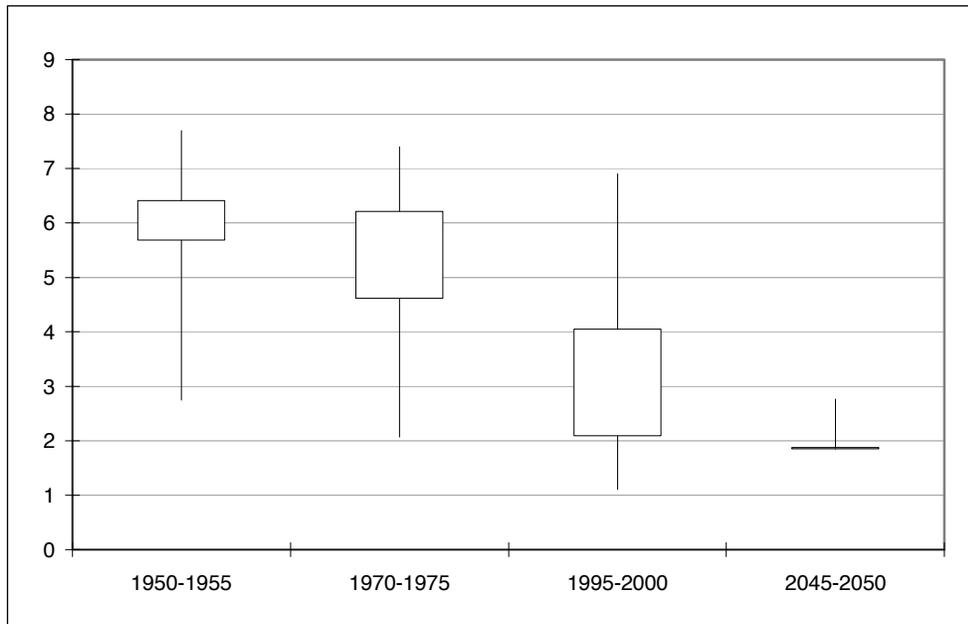
DISTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES EN ASIA OCCIDENTAL Y ÁFRICA DEL NORTE SEGÚN LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD: 1950-1955, 1970-1975, 1995-2000, 2045-2050



Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales del Secretariado de las Naciones Unidas (2003). *World Population Prospects: The 2002 Revision*.

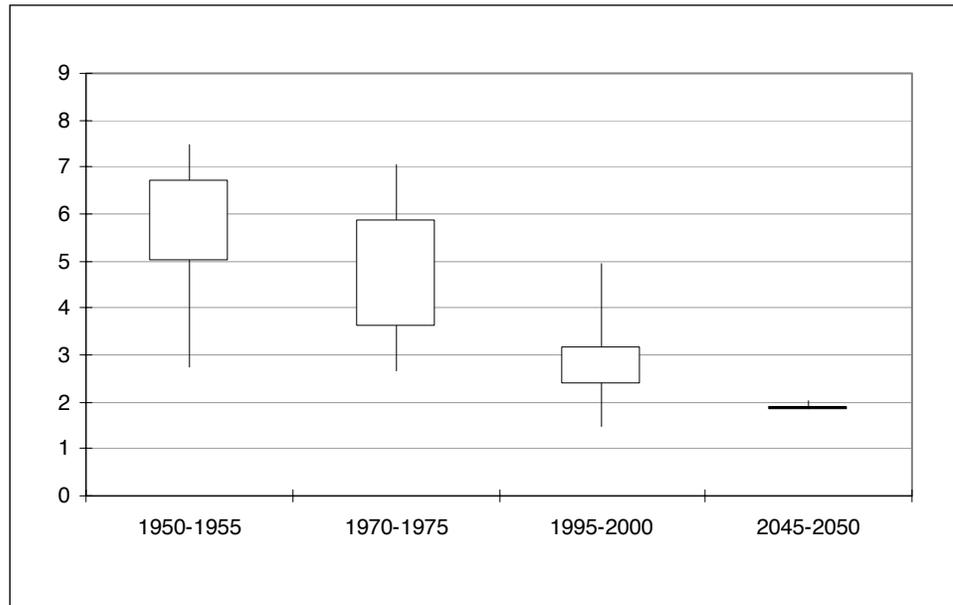
Gráfico 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES DEL RESTO DE ASIA SEGÚN LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD: 1950-1955, 1970-1975, 1995-2000, 2045-2050



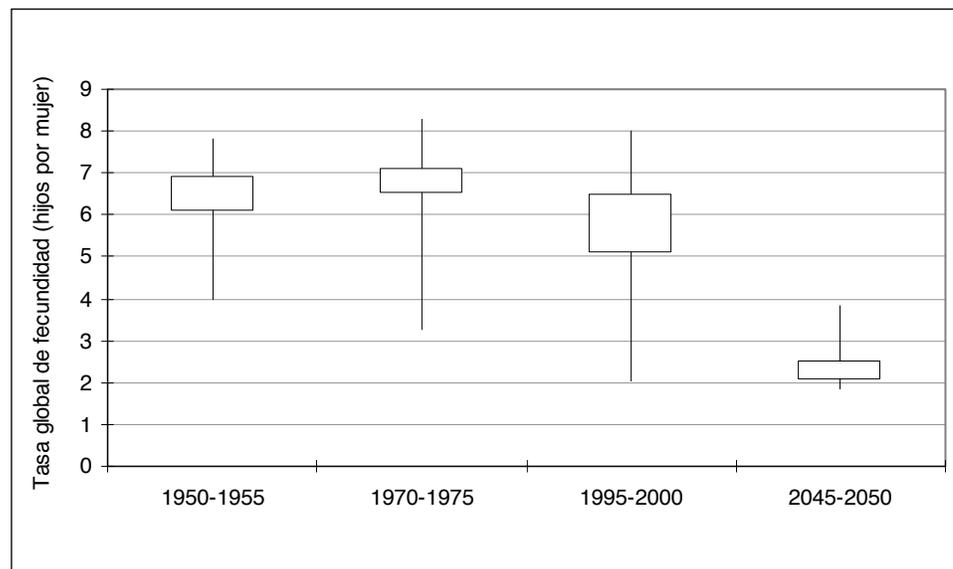
Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales del Secretariado de las Naciones Unidas (2003). *World Population Prospects: The 2002 Revision*.

Gráfico 5
DISTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE SEGÚN LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD: 1950-1955, 1970-1975, 1995-2000 Y 2045-2050



Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales del Secretariado de las Naciones Unidas (2003). *World Population Prospects: The 2002 Revision*.

Gráfico 6
DISTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES DE ÁFRICA AL SUR DEL SAHARA SEGÚN LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD: 1950-1955, 1970-1975, 1995-2000 Y 2045-2050



Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales del Secretariado de las Naciones Unidas (2003). *World Population Prospects: The 2002 Revision*.

Para 1970-1975, los gráficos muestran un aumento en la variabilidad de los niveles de fecundidad entre los países de todas las regiones consideradas excepto África al sur del Sahara. Es decir, para entonces es claro que la transición hacia una baja fecundidad se había iniciado ya en varios países de Asia Occidental y África del Norte así como en los del resto de Asia. En América Latina, al menos tres cuartos de los países tenían un nivel de fecundidad inferior a 5 hijos por mujer, indicando que ya habían entrado de lleno en la transición a una baja fecundidad. En Asia Occidental y África del Norte, aún tres cuartos de los países tenían una fecundidad por encima de los 5 hijos por mujer, y en el resto de Asia, sólo como la mitad de los países tenían una fecundidad inferior a los 5 hijos por mujer. En África al sur del Sahara, la mayor parte de los países tenían niveles de fecundidad muy superiores a los 5 hijos por mujer.

Las distribuciones para 1995-2000 hacen patentes los grandes avances logrados durante la última cuarta parte del siglo XX en reducir la fecundidad. Para todas las regiones, excepto África al sur del Sahara, es claro que la mayor parte de los países han experimentado reducciones muy notables de la fecundidad y que para 1995-2000 hay mayor homogeneidad entre los países con respecto a los niveles de fecundidad alcanzados. Es decir, se nota una tendencia a la convergencia, si bien aún existen países con muy alta fecundidad en cada una de las regiones consideradas. Tal convergencia es mucho más acentuada en América Latina y el Caribe que en Asia Occidental y África del Norte o en el resto de Asia. Así, en América Latina y el Caribe, las tasas globales de fecundidad en 1995-2000 variaban entre 1,5 hijos por mujer y 4,9 hijos por mujer, pero en la parte central de la distribución la variación era escasamente de 0,8 hijos, entre 2,4 y 3,2 hijos por mujer. En contraste, en el resto de Asia, una de las regiones que incluye muchos de los países en que la transición ha llegado ya a sus etapas más avanzadas, la variación central se hallaba entre 2,1 y 4,1 hijos por mujer, pero en comparación con América Latina y el Caribe, una cuarta parte de los países del resto de Asia tenían ya niveles de fecundidad inferiores a 2,1 hijos por mujer. En América Latina y el Caribe la proporción de países con tales niveles de fecundidad era inferior a la cuarta parte.

La evidencia disponible con respecto a las tendencias de la fecundidad en países en vías de desarrollo durante 1960-2000 provee una de las bases más firmes para formular los supuestos sobre la evolución futura de la fecundidad. Según lo presentado en esta sección es claro que las reducciones de la fecundidad experimentadas por un gran número de los países del mundo, y en especial por aquellos de América Latina y el Caribe, han sido muy significativas. Además, en un número creciente de países en desarrollo, el descenso de la fecundidad no se ha detenido al nivel de reemplazo o por encima del mismo sino que, al contrario, una vez empezado, el descenso de la fecundidad parece llevar a niveles inferiores al nivel de reemplazo. Las consecuencias de esta observación serán exploradas en las secciones siguientes.

V. Los supuestos sobre la fecundidad futura usados en la revisión del 2002 de Naciones Unidas

Para presentar los supuestos sobre la evolución futura de la fecundidad que sirvieron de base para preparar la revisión del 2002 es necesario considerar tres grupos distintos de países, definidos a continuación:

1. *Países de fecundidad alta:* países que hasta el año 2000 no habían experimentado una reducción de la fecundidad o donde tal disminución apenas estaba comenzando;
2. *Países de fecundidad media:* países donde la tasa de fecundidad había disminuido pero cuyo nivel aún era superior a los 2,1 hijos por mujer en 1995-2000;
3. *Países de fecundidad baja:* países cuyo nivel de fecundidad era igual o inferior a los 2,1 hijos por mujer en 1995-2000.

En la variante media de las proyecciones de Naciones Unidas de la *Revisión del 2002*, se supone que en los países de fecundidad alta y media, el nivel de fecundidad disminuirá en el futuro de acuerdo a modelos de cambio establecidos por la División de Población de las Naciones Unidas sobre la base de la experiencia previa de todos los países en los que la fecundidad disminuyó entre 1950 y 2000. Los modelos relacionan la tasa global de fecundidad de un período con la disminución de esa tasa global entre ese período y el siguiente. En la variante media, siempre que el nivel de fecundidad producido por la aplicación del modelo de cambio para un período cualquiera sea inferior a 1,85 hijos por mujer, el nivel usado para proyectar la fecundidad se fija en 1,85 hijos por mujer para el período involucrado y todos los siguientes hasta 2045-2050. En otras palabras, el valor de 1,85 hijos por mujer representa el mínimo por debajo del cual no se permite que caiga la tasa global de fecundidad proyectada entre 2000 y 2050 para los países de fecundidad alta y media. Sin embargo, esto no significa que todos esos países alcancen ese nivel de fecundidad en 2045-2050. Si para un país el modelo de cambio produce un valor de la tasa global de fecundidad superior a 1,85 hijos por mujer en 2045-2050, ese valor se utiliza en la proyección de la población.

Para los países de fecundidad baja, en la variante media se supone que la tasa global de fecundidad se mantendrá por debajo de 2,1 hijos por mujer durante la mayor parte del período 2000-2045 y alcanzará el nivel de 1,85 hijos por mujer en 2045-2050. En el caso de los países de fecundidad baja cuyo nivel de fecundidad en 1995-2000 se estimó por debajo de 1,85 hijos por mujer, la fecundidad proyectada generalmente disminuye aún más en el futuro cercano antes de comenzar a aumentar lentamente para alcanzar el valor de 1,85 hijos por mujer en 2045-2050.

Estos supuestos sobre la trayectoria futura de la fecundidad en la revisión del 2002 de las proyecciones demográficas en el mundo fueron adoptados como resultado de las conclusiones de una reunión de expertos organizada por la División de Población de Naciones Unidas sobre “El Final de la Transición Demográfica” (Completing the Fertility Transition),³ que tuvo lugar en Nueva York, en Marzo del 2002. Conforme con estos supuestos, en la variante media de las proyecciones, el nivel de fecundidad para los países que en 1995-2000 tenían una tasa global de fecundidad entre 2,1 y 5 hijos por mujer se proyecta estando por debajo del nivel de reemplazo en 2045-2050. Es decir, para todos aquellos países en vías de desarrollo que se encuentran ya en etapas avanzadas de la transición hacia una baja fecundidad, la fecundidad sigue trayectorias parecidas a las observadas entre los países desarrollados durante los últimos cincuenta años. Esta decisión representa un cambio importante con el pensamiento tradicional acerca del futuro de la fecundidad en el mundo. La idea de que la transición demográfica llevaría a una población estacionaria en que eventualmente el número de nacimientos sería igual al número de defunciones y, por ende, la fecundidad se mantendría a nivel de reemplazo ha tenido mucha influencia en determinar las proyecciones de fecundidad preparadas por la División de Población de Naciones Unidas. Este ideal se ha desechado para el mediano plazo luego de un cuidadoso y largo proceso de evaluación de las tendencias recientes de la fecundidad en toda la gama de países y de una seria consideración de lo que se sabe acerca de los factores socio-económicos y culturales que se cree han influido o determinado el descenso de la fecundidad en la mayor parte de los países del mundo.

Así, el reconocimiento de que un número creciente de países en desarrollo ha experimentado un descenso de la fecundidad a niveles inferiores al de reemplazo y que esos países se hallan en situaciones socio-económicas y culturales muy diversas, da bases para postular el supuesto de que la transición demográfica no lleva necesariamente a poblaciones en que la fecundidad balancea la mortalidad. Las poblaciones del mundo no están preprogramadas a alcanzar y mantener una fecundidad de reemplazo. De hecho, estudios recientes sobre las causas y la dinámica de la transición de una alta a una baja fecundidad indican que ésta ha ocurrido en una gran variedad de situaciones, en países con muy diferentes niveles de desarrollo y con esquemas culturales muy

³ Naciones Unidas (2002). *Completing the Fertility Transition*. ESA/P/WP.172/Rev.1

variados. Tal multiplicidad de situaciones ha llevado a los estudiosos del tema a argüir que el descenso de la fecundidad depende más de la difusión de ideas, valores, normas e información concreta acerca de medios para controlar la fecundidad que de la situación socio-económica o cultural de las poblaciones involucradas. Esta difusión ha causado ya cambios similares en sociedades distintas, es decir, la casi universalidad del descenso de la fecundidad y, dada la incidencia creciente de regímenes de fecundidad en que el nivel de reemplazo no se alcanza, es probable que ese patrón también juegue un papel de modelo en el futuro para las poblaciones en que los niveles de fecundidad actuales aún se hallan por encima del reemplazo.

VI. La fecundidad en el futuro: 2000-2050

Dado el presente estado de la transición de la fecundidad y las rápidas reducciones en el nivel de la fecundidad que varios países han experimentado en el mundo en desarrollo, se espera que la transición hacia una tasa de fecundidad más baja continúe y se expanda en el futuro. Como ya se dijo, la revisión del 2002 refleja un cambio importante en cuanto a la visión actual sobre la trayectoria futura de la fecundidad en los países que están ya avanzados en la transición demográfica. Así, según la variante media, se proyecta que 155 de los 192 países del mundo tendrán un nivel de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo en 2045-2050. Para entonces, la población de estos países constituirá el 84 por ciento de la población mundial o 7.500 millones de personas sobre un total proyectado de 8.900 millones en 2050. Por primera vez las proyecciones de la División de Población sugieren que, en algún momento del siglo XXI, la mayoría de los países en desarrollo tendrá niveles de fecundidad por debajo de 2,1 hijos por mujer. Según la variante media, tres de cada cuatro países en las regiones menos desarrolladas tendrán una tasa global de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo en 2050 y la fecundidad de todos los países desarrollados estará también debajo de ese nivel.

En los últimos 50 años se ha observado una notable reducción en los niveles de fecundidad de las regiones en vías de desarrollo, cuya tasa global de fecundidad pasó de 6 a 3 hijos por mujer entre 1950-1955 y 1995-2000. En los próximos años, se prevé que la fecundidad alcanzará el nivel de reemplazo en 2035-2040 y se mantendrá después por debajo de ese nivel hasta 2045-2050. Para el grupo de países menos adelantados, se prevé que la fecundidad promedio estará aún por encima de los 2 hijos por mujer en 2045-2050 debido principalmente a la heterogeneidad creciente de la dinámica demográfica entre esos países. Así por ejemplo, se prevé que 32 de los 47 países menos adelantados tendrán una tasa global de fecundidad superior a 2,1 hijos por mujer en 2045-2050. A escala global, alrededor del 20 por ciento de los países tendrá una tasa de fecundidad por encima del nivel de reemplazo y representará el 16 por ciento de la población total o 1.400 millones sobre un total de 8.900 millones de habitantes en el 2050.

Los Cuadros 6 y 7 muestran la distribución de los países por nivel de fecundidad y grandes regiones para el año 2050. Como se puede apreciar, los países con un nivel de fecundidad por encima de 2,1 hijos por mujer se concentrarán en África y todos pertenecen al grupo de menos adelantados. En África, 3 de cada 5 países o casi 70 por ciento de la población se encontrará en esta situación en 2050. Cuatro países menos adelantados, un país en Asia (Yemen) y tres en África (Angola, Nigeria y Somalia) tendrán un nivel proyectado de fecundidad entre 3 y 3,8 hijos por mujer en 2045-2050. Yemen va a representar 1,6 por ciento de la población en Asia en 2050 y los tres países en África constituirán el 7,5 por ciento de la población en África en este período. Otros países muy poblados, tales como Etiopía y la República Democrática del Congo, tendrán niveles de fecundidad entre 2,1 y 3 hijos por mujer en 2045-2050 y junto con los anteriormente mencionados serán los que continuarán propulsando el crecimiento de la población mundial en 2050. En Asia solo 5 países, cuya población representa el 2,3 por ciento de la población de Asia, mantendrán un nivel de fecundidad entre 2,1 y 3 hijos por mujer en 2045-2050. En orden decreciente según el

nivel de fecundidad proyectado para 2045-2050 estos países son: Afganistán, el Territorio Ocupado de Palestina, Omán, Bhután y Camboya. En contraste, se espera que todos los países de América Latina y el Caribe, Europa, América del Norte y Oceanía tengan una tasa global de fecundidad inferior a 2,1 hijos por mujer en 2045-2050. Es más, dado el nuevo valor mínimo de 1,85 hijos por mujer establecido en la *Revisión del 2002*, casi dos de cada tres países en el mundo, constituyendo el 74 por ciento de la población mundial, tendrán ese nivel de fecundidad hacia 2050.

Es necesario recordar que para todos aquellos países con un nivel de fecundidad por debajo de 1,85 hijos por mujer, la revisión del 2002 asume que la fecundidad alcanzará 1,85 hijos por mujer en 2045-2050. Este supuesto se basa en el hecho de que los bajísimos niveles de fecundidad que algunos países desarrollados han estado experimentando recientemente son el resultado de que diversas cohortes de mujeres jóvenes han estado posponiendo la maternidad. Como se espera que en un futuro cercano tal fenómeno cese, se proyecta una recuperación de los niveles de fecundidad, recuperación por lo general muy paulatina. Así, en la *Revisión del 2002*, 46 países tienen actualmente niveles de fecundidad inferiores a 1,85 hijos por mujer y para los que se proyecta un aumento hasta alcanzar el nivel de 1,85 hijos por mujer en 2045-2050. De estos países, 33 se encuentran en Europa, 8 en Asia, 3 en América Latina y el Caribe y uno en América del Norte y Oceanía.

Cuadro 6

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN ETAPA DE LA TRANSICIÓN A LA BAJA FECUNDIDAD
Y NIVEL DE DESARROLLO: 2050¹**

Nivel de desarrollo	TGF > 3	Reducción a 2,1 < TGF <= 3	Reducción a 1,85 < TGF <= 2,1	Reducción a TGF < 2,1	TGF = 1,85	Total
Número de países						
Países desarrollados	0	0	0	44	44	44
Países en desarrollo	4	33	32	111	79	148
Países menos desarrollados	4	28	12	0	3	47
Países en desarrollo sin los menos desarrollados	0	5	20	0	76	101
Mundo	4	33	32	155	123	192
Población en millones						
Países desarrollados	0	0	0	1 219	1 219	1 219
Países en desarrollo	220	1 231	898	6 247	5 349	7 698
Países menos desarrollados	220	916	218	538	320	1 674
Países en desarrollo sin los menos desarrollados	0	315	680	5 708	5 029	6 023
Mundo	220	1 231	898	7 466	6 568	8 917
Porcentaje						
Países desarrollados	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0
Países en desarrollo	2,9	16,0	11,7	81,2	69,5	100,0
Países menos desarrollados	13,2	54,7	13,0	32,1	19,1	100,0
Países en desarrollo sin los menos desarrollados	0,0	5,2	11,3	94,8	83,5	100,0
Mundo	2,5	13,8	10,1	83,7	73,7	100,0

Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales del Secretariado de las Naciones Unidas (2003). *World Population Prospects: The 2002 Revision*.

¹ La población se refiere a aquella de los 192 países para los que existe información sobre la fecundidad.

Cuadro 7

DISTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN ETAPA DE LA TRANSICIÓN A LA BAJA FECUNDIDAD Y REGIÓN: 2050¹

Área geográfica	TGF > 3	Reducción a 2,1 < TGF <= 3	Reducción a 1,85 < TGF <= 2,1	Reducción a TGF < 2,1	TGF = 1,85	Total
Número de países						
África	3	28	13	23	10	54
Asia	1	5	7	44	37	50
Europa	0	0	0	39	39	39
América Latina y el Caribe	0	0	6	35	29	35
América del Norte	0	0	0	2	2	2
Oceanía	0	0	6	12	6	12
Mundo	4	33	32	155	123	192
Población en millones						
África	136	1 108	269	559	290	1 803
Asia	84	122	526	5 015	4 489	5 222
Europa	0	0	0	632	632	632
América Latina y el Caribe	0	0	90	767	677	767
América del Norte	0	0	0	448	448	448
Oceanía	0	0	13	45	32	45
Mundo	220	1 231	898	7 466	6 568	8 917
Porcentaje						
África	7,5	61,5	14,9	31,0	16,1	100,0
Asia	1,6	2,3	10,1	96,0	86,0	100,0
Europa	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0
América Latina y el Caribe	0,0	0,0	11,7	100,0	88,3	100,0
América del Norte	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0
Oceanía	0,0	0,0	29,1	100,0	70,9	100,0
Mundo	2,5	13,8	10,1	83,7	73,7	100,0

Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales del Secretariado de las Naciones Unidas (2003). *World Population Prospects: The 2002 Revision*.

¹ La población se refiere a aquélla de los 192 países para los que existe información sobre la fecundidad.

Como consecuencia de los supuestos usados en las proyecciones, la trayectoria futura de la fecundidad será el principal factor que influya en la estructura, tamaño y distribución futura de la población mundial. Según los resultados de la *Revisión del 2002*, habrá una creciente diversidad en la dinámica demográfica de los países y regiones del mundo. Mientras que hoy día (2000-2005) la población de las regiones más desarrolladas del mundo aumenta a una tasa anual del 0,25 por ciento, la de las regiones menos desarrolladas aumenta aproximadamente seis veces más rápido, a una tasa anual del 1,46 por ciento, y el subconjunto de los países menos adelantados experimenta un crecimiento demográfico aún más rápido (2,4 por ciento anual). Estas diferencias, aunque un tanto atenuadas, persistirán hasta el año 2050. Para entonces, la población de las regiones más desarrolladas habrá estado disminuyendo por 20 años (comenzando en 2030-2035), mientras que la población de las regiones menos desarrolladas todavía continuará aumentando a una tasa anual del 0,4 por ciento durante 2045-2050. Y, lo que es más importante, la población de los países menos adelantados estará creciendo probablemente a una tasa superior al 1,2 por ciento anual durante 2045-2050.

Como resultado de estas tendencias, se prevé que la población de las regiones más desarrolladas, que actualmente suma 1.200 millones de habitantes, habrá de cambiar poco durante los próximos 50 años. Además, puesto que se prevé que los niveles de fecundidad de la mayoría de los países desarrollados se mantendrán por debajo del nivel de reemplazo durante el período 2000-2050, para mediados de siglo habrá 30 países desarrollados cuya población será inferior a la de la actualidad (así, por ejemplo, la población en 2050 será 14 por ciento menor en Japón; 22 por ciento menor en Italia y entre 30 y 50 por ciento menor en los casos de Bulgaria, Estonia, la Federación Rusa, Georgia, Letonia y Ucrania).

De acuerdo con la *Revisión del 2002*, la población de las regiones menos desarrolladas aumentará constantemente, pasando de 4.900 millones de habitantes en 2000 a 7.700 millones en 2050 (variante media). Se prevé un crecimiento particularmente rápido entre los países menos adelantados, cuya población aumentará de 668 millones en 2000 a 1.700 millones de habitantes en 2050, a pesar de que se proyecta una reducción sustancial en su fecundidad (de 5,1 hijos por mujer hoy en día (2000-2005) a 2,5 hijos por mujer en el período 2045-2050). Debido a que mantendrán tasas de crecimiento anual superiores al 2,5 por ciento entre 2000 y 2050, las poblaciones de Burkina Faso, Mali, Níger, Somalia, Uganda y Yemen se cuadruplicarán, pasando de 85 millones en 2000 a 369 millones en 2050 tomadas en conjunto. También se prevén incrementos notables entre los países más poblados, aún cuando los niveles de fecundidad proyectados sean bajos. Así, se espera que ocho países sean responsables por la mitad del aumento de la población mundial entre 2000 y 2050: India, Pakistán, Nigeria, Estados Unidos de América, China, Bangladesh, Etiopía y la República Democrática del Congo, en orden de crecimiento demográfico.

Las reducciones de la fecundidad proyectadas en la revisión del 2002 se traducen en un envejecimiento de la población de los países en desarrollo a un ritmo más rápido que el previsto en revisiones anteriores. A nivel mundial, el número de personas de edad avanzada (60 años o más) prácticamente se triplicará, pasando de 606 millones en el 2000 a casi 1.900 millones en 2050. Mientras que hoy en día 6 de cada 10 personas de edad avanzada viven en las regiones menos desarrolladas, esta cifra pasará a 8 de cada 10 en 2050. Se prevé un aumento aún más marcado en el número de ancianos de 80 años o más a escala mundial: de 69 millones en 2000 a 377 millones en 2050. En las regiones menos desarrolladas, el incremento equivalente será de 32 millones a 265 millones, lo que supone una vez más que para 2050 la mayoría de los ancianos de 80 años y más vivirá en países en vías de desarrollo.

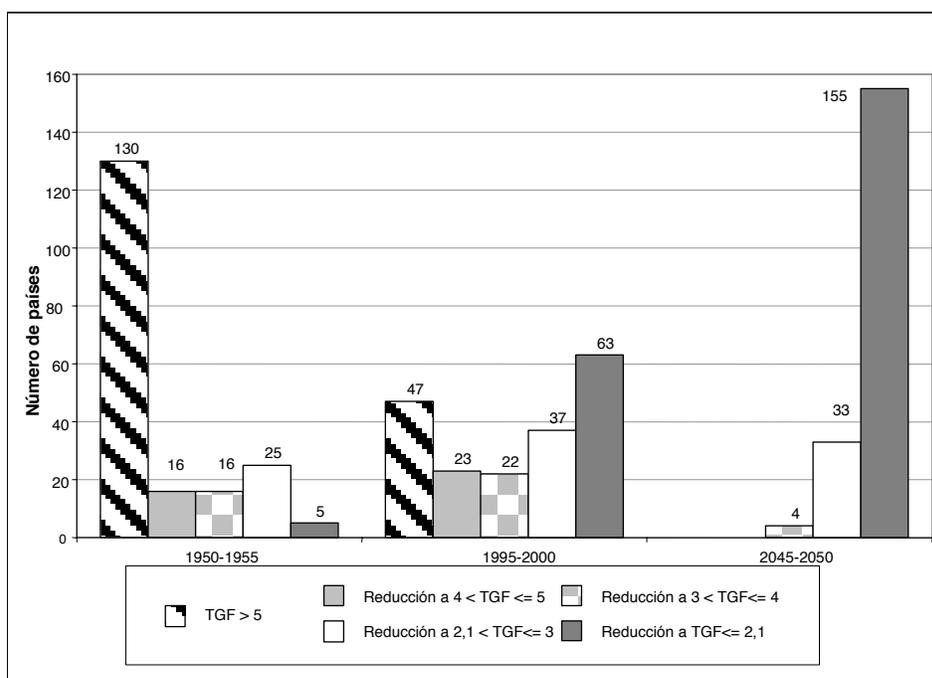
En las regiones más desarrolladas, la población de 60 años o más constituye actualmente el 19 por ciento de la población; en 2050 representará el 32 por ciento. En estas regiones la población de personas de edad avanzada ya ha sobrepasado a la población infantil (personas de 0 a 14 años de edad) y en 2050 habrá 2 personas de edad avanzada por cada niño. En las regiones menos desarrolladas, la proporción de la población de 60 años o más aumentará del 8 por ciento en 2000 a cerca del 20 por ciento en 2050.

VII. Conclusión

Este informe, basado en los resultados de la revisión del 2002 de las proyecciones demográficas en el mundo, muestra que ya en el año 2000 la gran mayoría de los países en desarrollo había experimentado un descenso sustancial de la fecundidad, pasando en muchos casos de entre 6 y 8 hijos por mujer a un nivel cercano a 3 hijos por mujer o menos. Así, durante 1950-2000 el número de países con una tasa global de fecundidad superior a los 5 hijos por mujer disminuyó de 130 a 47, mientras que el número de países con una tasa de fecundidad igual o inferior a 2,1 hijos por mujer, aumentó de 5 a 63 países. Más importante aún es el hecho de que en 1950 había solo 57 países con una tasa de fecundidad global intermedia (niveles entre 2,1 y 5 hijos por mujer) y ese número en el 2000 había aumentado a 82 países.

Gráfico 7

DISTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES POR NIVEL DE FECUNDIDAD. ESTIMACIONES Y VARIANTE MEDIA: 1950-1955, 1995-2000, 2045-2050



Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales del Secretariado de las Naciones Unidas (2003). *World Population Prospects: The 2002 Revision*.

En términos de población, los países con una tasa alta de fecundidad pasaron de representar el 65 por ciento de la población mundial en 1950 al 12,6 por ciento en el 2000. Aquellos con una tasa global de fecundidad baja pasaron de constituir el 0,4 por ciento de la población mundial en 1950 al 43,9 por ciento en el 2000 y por último, los países con una tasa de fecundidad intermedia, que representaban un 34,3 por ciento de la población mundial en 1950, habían aumentado su proporción a 43,4 por ciento en 2000. Si bien varios países (todos dentro del grupo de los menos adelantados y situados principalmente en África y algunos en Asia) todavía no experimentan un descenso de la fecundidad o se encuentran en las primeras etapas del descenso de la misma, un número creciente de países muy diversos ha continuado experimentando reducciones sustanciales de la fecundidad.

Basándose en las tendencias observadas y de acuerdo a las conclusiones alcanzadas en la reunión del grupo de expertos sobre “El Final de la Transición Demográfica”, la revisión del 2002 de las proyecciones demográficas en el mundo proyecta por primera vez que el nivel de fecundidad de la mayoría de los países estará por debajo de 2,1 hijos por mujer (el nivel normalmente considerado de reemplazo) durante el siglo veintiuno, y que para 2050, según la variable media, 3 de cada 4 países en las regiones menos desarrolladas tendrán niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. Estos resultados constituyen una desviación significativa con respecto a la idea convencional de que la transición demográfica terminaría cuando la fecundidad de los países en desarrollo alcanzara y mantuviera el nivel de reemplazo. Claramente, los supuestos de la *Revisión del 2002* producen una población mundial que crece menos que en revisiones pasadas y que tiene el potencial de reducirse a largo plazo.

También muestra este informe cómo la reducción de la fecundidad ha ocurrido en países muy distintos en términos de nivel de desarrollo, cultural, etc. Si bien todavía algunos países en desarrollo siguen presentando una fecundidad elevada, la mayoría tiene un nivel de fecundidad intermedio. Como introducción al próximo informe que hablará especialmente sobre América Latina y el Caribe, cabe recalcar la experiencia de algunos países en esa región, que si bien han experimentado una reducción de la fecundidad, no han experimentado aún niveles de fecundidad por debajo del reemplazo. Así, países como Argentina, Chile y Uruguay han visto su fecundidad mantenerse a un nivel superior a 2,5 hijos por mujer, pese a la precoz transición que algunos de ellos experimentaron. La experiencia de estos países contrasta con aquella de varios países de Asia, donde el descenso de la fecundidad empezó más tarde pero ha sido más rápido y no se ha detenido por encima del reemplazo (por ejemplo China, Hong Kong, Macau, Tailandia o Singapur).

La fecundidad en América Latina

*Susana Schkolnik*⁴

I. La transición demográfica

En las últimas décadas América Latina ha pasado por cambios demográficos, sociales, económicos, políticos y culturales de gran magnitud, que se aceleran en la era de la globalización. Entre todos estos, los cambios demográficos no han sido los menos importantes y se insertan en el denominado proceso de transición demográfica.

Si bien el concepto de transición demográfica tuvo su origen en el intento de explicar la relación entre los cambios demográficos y los cambios socioeconómicos en Europa durante el siglo XVIII, su uso se ha extendido hasta el presente, tanto porque se refiere a procesos demográficos identificables aun en diferentes situaciones históricas, como por el hecho de que constituye una propuesta de establecer una relación entre la dinámica demográfica y los factores sociales, económicos, políticos y culturales (Zavala de Cosío, 1992). Esto no quiere decir, sin embargo, que la relación postulada sea de un determinado tipo, con un determinado grupo de variables, o en una sola dirección. Los países difieren en el momento de inicio y en el ritmo de los cambios en la fecundidad y la mortalidad, así como en otras variables estrechamente relacionadas con estas. No obstante las diferencias, hay un cierto consenso en que la transición demográfica se ha dado en el seno de transformaciones sociales y económica ocurridas en la región, aunque la relación entre esa transición y esos cambios sea compleja y difícil de cuantificar.

⁴ Jefa Área Demografía. CELADE-División de Población, CEPAL.

La transición demográfica ha sido descrita como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento y con niveles también bajos en las respectivas tasas.

Si bien se suponía que la culminación del proceso de transición demográfica coincidía con el reemplazo de las generaciones (tasa de crecimiento de la población nulo), se ha visto que la fecundidad puede ir por debajo del reemplazo y que, por lo tanto, se podría pasar de un crecimiento bajo a una tasa de crecimiento natural negativa y, eventualmente, en ausencia de migraciones, a una disminución de la población en números absolutos. Esto conlleva una serie de cambios drásticos a nivel de la sociedad en su conjunto, como ya pueden verse en los países, principalmente de Europa, con tasas globales de fecundidad muy inferiores al reemplazo.

En el diagrama 1 se muestra una clasificación de los países de la región en cuatro etapas de la transición demográfica, en función de las tasas de natalidad y mortalidad de los países correspondientes al período 1995-2000. Transición incipiente: Guatemala y Haití; transición moderada: Bolivia, Nicaragua, Honduras y Panamá; transición plena o en progreso: El Salvador, Perú, Ecuador, Venezuela, República Dominicana, Colombia, Costa Rica, México y Panamá; transición avanzada: Argentina, Chile, Uruguay y Brasil y transición muy avanzada: Cuba.

Debe entenderse que esta clasificación no es rígida, pues una pequeña variación en las tasas, dadas las pequeñas diferencias que hay en la actualidad entre algunos países, puede producir un cambio de categoría. Sin embargo, a grandes rasgos, ella da una idea de las semejanzas en la situación demográfica entre países dentro de cada uno de los grupos.

Diagrama 1
LAS ETAPAS DE LA TRANSICIÓN
DEMOGRÁFICA EN AMÉRICA LATINA, 1995-2000⁵

MUY AVANZADA	Cuba
AVANZADA	Argentina Chile Uruguay Brasil
PLENA O EN PROGRESO	El Salvador Perú Ecuador Venezuela República Dominicana Colombia Costa Rica México Panamá
MODERADA	Bolivia Nicaragua Honduras Paraguay
INCIPIENTE	Guatemala Haití

⁵ El criterio para determinar las etapas de la transición demográfica fue el de tomar en consideración los niveles de las tasas de natalidad y mortalidad en base a las estimaciones de población vigentes en CELADE-División de Población/CEPAL. La transición demográfica se caracteriza porque, una vez iniciado el proceso y luego de un aumento en el crecimiento debido al descenso anterior de la mortalidad, los países avanzan hacia tasas de crecimiento de la población cada vez más reducidas a medida que descienden las tasas de natalidad y la mortalidad.

Entre las variables que afectan la dinámica demográfica, la fecundidad es la que mayor influencia ha tenido en este proceso por su fuerte impacto en el tamaño de las nuevas generaciones, efecto que se traslada con los años a los diferentes grupos de edades. A partir de 1965 aproximadamente los países de la región comenzaron a entrar en el proceso de descenso de la fecundidad,⁶ aunque con diferencias marcadas entre y dentro de ellos. La experiencia fue heterogénea a este respecto pero a un ritmo más o menos acelerado, todos los países se han visto sometidos a estos cambios.

II. La fecundidad según las etapas de la transición demográfica

El cuadro 1 muestra las tasas globales de fecundidad de los países entre 1950 y 2000, clasificados según las etapas de la transición demográfica.

Antes de los años 60 los parámetros demográficos de la región indicaban una situación pre-transicional con una tasa global de fecundidad promedio de aproximadamente 6 hijos por mujer. Sólo Chile y Cuba podría decirse que tenían una fecundidad intermedia, y Argentina y Uruguay una fecundidad baja para la época. En 1995-2000, la tasa global de fecundidad se encontraba ya en 2,7 hijos por mujer, menos de la mitad del valor que tenía 35 o 40 años atrás.

Cuadro 1
AMÉRICA LATINA: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD SEGÚN
LAS ETAPAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA, 1950-2000

América Latina	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000
Transición muy avanzada										
Cuba	4,1	3,7	4,7	4,3	3,5	2,1	1,8	1,8	1,6	1,6
Transición avanzada										
Chile	5,0	5,3	5,3	4,4	3,6	3,0	2,7	2,7	2,6	2,2
Uruguay	2,7	2,8	2,9	2,8	3,0	2,9	2,6	2,5	2,5	2,4
Brasil	6,2	6,2	6,2	5,4	4,7	4,3	3,6	3,1	2,6	2,5
Argentina	3,2	3,1	3,1	3,0	3,1	3,4	3,2	3,0	2,8	2,6
Plena transición										
Costa Rica	6,7	7,1	6,9	5,8	4,3	3,9	3,5	3,4	3,0	2,6
Colombia	6,8	6,8	6,8	6,2	5,0	4,3	3,7	3,2	3,0	2,8
México	6,9	7,0	6,8	6,8	6,5	5,3	4,2	3,6	3,1	2,8
Panamá	5,7	5,9	5,9	5,6	4,9	4,1	3,5	3,2	2,9	2,8
República Dominicana	7,4	7,4	7,3	6,7	5,6	4,7	4,2	3,6	3,2	2,9
Venezuela	6,5	6,5	6,7	5,9	4,9	4,5	4,0	3,6	3,3	3,0
Ecuador	6,7	6,7	6,7	6,5	6,0	5,4	4,7	4,0	3,4	3,1
El Salvador	6,5	6,8	6,8	6,6	6,1	5,6	4,5	3,9	3,5	3,2
Perú	6,9	6,9	6,9	6,6	6,0	5,4	4,7	4,1	3,7	3,2
Transición moderada										
Paraguay	6,5	6,5	6,6	6,3	5,7	5,2	5,3	4,9	4,6	4,2
Bolivia	6,8	6,8	6,6	6,6	6,5	5,8	5,3	5,0	4,8	4,3
Nicaragua	7,3	7,3	7,3	7,1	6,8	6,4	6,2	5,1	4,8	4,3
Honduras	7,5	7,5	7,4	7,4	7,1	6,6	6,0	5,4	4,9	4,3
Transición incipiente										
Haití	6,3	6,3	6,3	6,0	5,8	6,0	6,2	5,9	4,8	4,7
Guatemala	7,0	6,6	6,5	6,3	6,2	6,2	6,1	5,7	5,5	5,0

Fuente: CELADE, estimaciones de población vigentes.

⁶ Con la excepción de Argentina y Uruguay que ya tenían para esa fecha tasas globales de fecundidad relativamente bajas.

A continuación se analizarán las tendencias de la fecundidad considerando tres períodos: (1) entre 1950-55 y 1965-70; (2) entre 1965-70 y 1980-85 y (3) entre 1980-85 y 1995-2000 (cuadro 2 y gráfico 1).

El primer período, entre 1950-55 y 1965-70, consistió en un período de relativa estabilidad, leve descenso e, incluso, aumento de la tasa global de fecundidad en algunos países hacia niveles aún más elevados que los identificados a comienzos del período. Si bien en la mayoría de los países se verificaron descensos de las tasas globales de fecundidad, estos no fueron más allá del 12 o 13 por ciento respecto al inicio del período. Los países que descendieron más en este período fueron Chile, Brasil y Costa Rica. Este fue el período de alto crecimiento de la población que alarmó al mundo, debido a la reducción de la mortalidad y el aún incipiente descenso de la fecundidad.

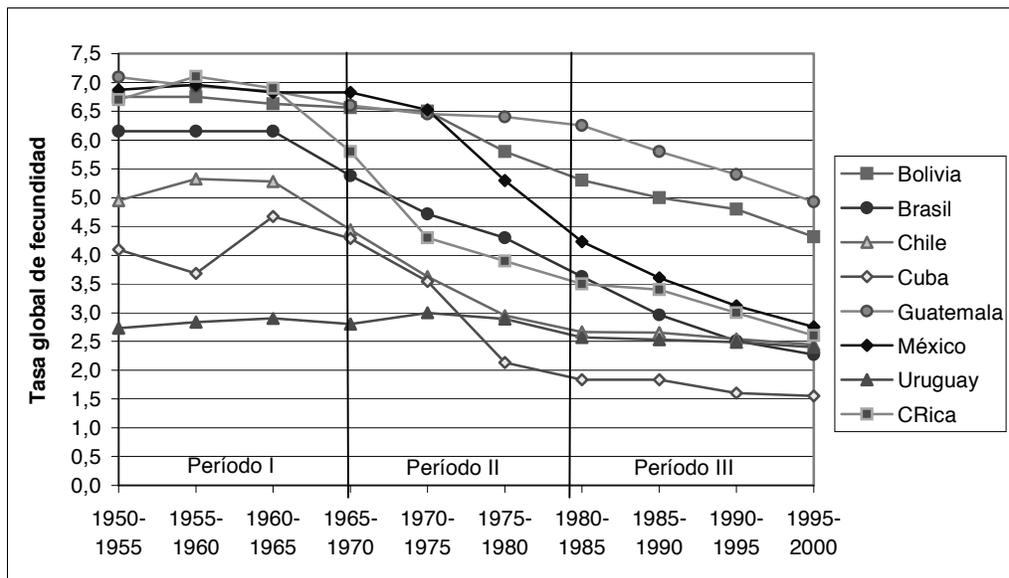
Cuadro 2
AMÉRICA LATINA: PORCENTAJES DE CAMBIO DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD ENTRE PERÍODOS SELECCIONADOS

Países según etapas de la transición	Períodos		
	1950-1955 1965-1970	1965-1970 1980-1985	1980-1985 1995-2000
América Latina			
Muy avanzada			
Cuba	4,9	-58,1	-11,1
Avanzada			
Chile	-12,0	-38,6	-18,5
Uruguay	3,7	-7,1	-7,7
Brasil	-12,9	-33,3	-30,6
Argentina	-6,3	6,7	-18,8
Plena transición			
Costa Rica	-13,4	-39,7	-25,7
Colombia	-8,8	-40,3	-24,3
México	-1,4	-38,2	-33,3
Panamá	-1,8	-37,5	-20,0
República Dominicana	-9,5	-37,3	-31,0
Venezuela	-9,2	-32,2	-25,0
Ecuador	-3,0	-27,7	-34,0
El Salvador	1,5	-31,8	-28,9
Perú	-4,3	-28,8	-31,9
Moderada			
Paraguay	-3,1	-15,9	-20,8
Bolivia	-2,9	-19,7	-18,9
Nicaragua	-2,7	-12,7	-30,6
Honduras	-1,3	-18,9	-28,3
Incipiente			
Haití	-4,8	3,3	-24,2
Guatemala	-7,0	-4,5	-22,2

Fuente: cuadro 1.

Gráfico 1

AMÉRICA LATINA: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD EN PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-2000



Fuente: cuadro 1.

El segundo período, entre 1965-70 y 1980-85, fue un período crítico pues durante el mismo se produjeron los cambios demográficos más intensos especialmente a propósito de la reducción de la fecundidad, lo que hizo descender la tasa de crecimiento de la población de la región y comenzó a alejar el mito de la sobrepoblación.

Aunque no están todos los países ejemplificados en el gráfico 1, se alcanzan a observar entrecruzamientos entre las líneas que muestran las tendencias de las tasas globales de fecundidad, dado que en algunos países se aceleró más que en otros este descenso. Este puede atribuirse principalmente a la existencia de políticas de planificación familiar y, aún en ausencia de estas, a una serie de factores que facilitaron la incorporación y difusión de los anticonceptivos más eficaces, además de la continua práctica del aborto.

Cuba fue el país donde se redujo más notablemente la fecundidad en este período (58 por ciento) lo que lo llevó por debajo del nivel de reemplazo (1,8 hijos por mujer) y lo identificó como el país con menor fecundidad en la región.

Un descenso también notable aunque menor (entre 30 y 40 por ciento) tuvieron Chile y Brasil entre los países de transición avanzada y casi todos los países de plena transición. Entre estos, sin embargo, hubo descensos menores aunque también notables en Ecuador y Perú (un poco menos del 30 por ciento).

En los países de transición moderada el descenso de la fecundidad fue más bajo aún en este segundo período, no alcanzando su valor al 20 por ciento del nivel que tenían a comienzos del mismo. Finalmente, entre los países que se han clasificado de transición incipiente, los cambios que se observaron fueron de muy escasa magnitud y, en el caso de Haití, incluso se pudo ver un incremento de la fecundidad.

El período más reciente, entre 1980-85 y 1995-2000, muestra que todos los países continuaron con una tendencia descendente en sus tasas globales de fecundidad.

Como era de esperar, el descenso espectacular observado en Cuba en el período anterior se redujo radicalmente y, entre los países de transición avanzada, cabe destacar que Brasil se mantuvo en un ritmo similar al del período anterior (30 por ciento de descenso) y que Argentina invirtió su tendencia al aumento entrando en una fase de franco descenso, aunque no tan rápido como Brasil.

Es interesante observar también que en los países de plena transición la norma fue que el descenso de la fecundidad continúa, a un ritmo menor que en el período anterior, pero persistente, con Ecuador, México y Perú como los que mantienen un ritmo más acelerado.

Lo nuevo del período es, sin embargo, la aceleración que se produjo en el descenso de la fecundidad entre los países de transición moderada e incipiente que son los países más rezagados en el proceso. En particular Honduras, Nicaragua, Haití y Guatemala, con porcentajes de descenso de las respectivas tasas globales de entre el 20 y el 30 por ciento.

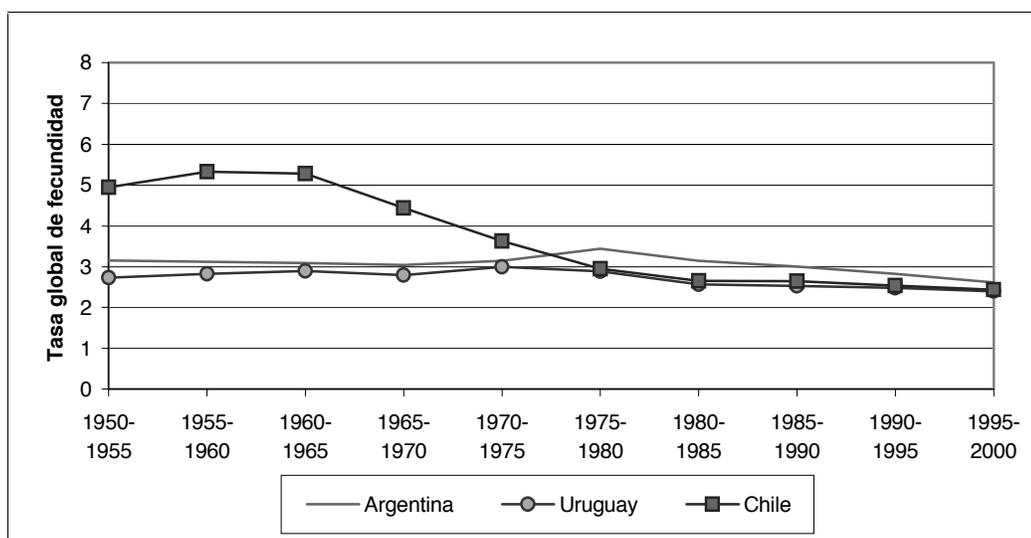
Finalmente es posible afirmar que, comparando todos los países, se observa en fechas recientes una mayor convergencia en la fecundidad promedio respecto al comienzo del período que estamos observando: el rango de variación del número de hijos que iba de 2,7 a 7,5 en 1950-1955, se redujo a uno que va de 1,6 a 5 hijos por mujer en 1995-2000.

III. Trayectorias similares en países contiguos

Otro aspecto en relación con las trayectorias de la fecundidad entre 1950 y 2000 tiene que ver con el hecho de que, dentro de cada etapa de la transición demográfica, se encuentran países que no sólo tienen niveles similares en algunos momentos en el tiempo, sino que tienen trayectorias de su tasa global muy semejantes en el lapso de los 50 años que se está considerando.

- Entre los países de transición avanzada, Argentina y Uruguay tienen perfiles muy similares. Por su parte, Chile, muy diferente a Argentina y Uruguay, entre 1950 y 1975 se conecta, aproximadamente desde el año 1975, con el nivel y la tendencia de estos otros dos países (gráfico 2).

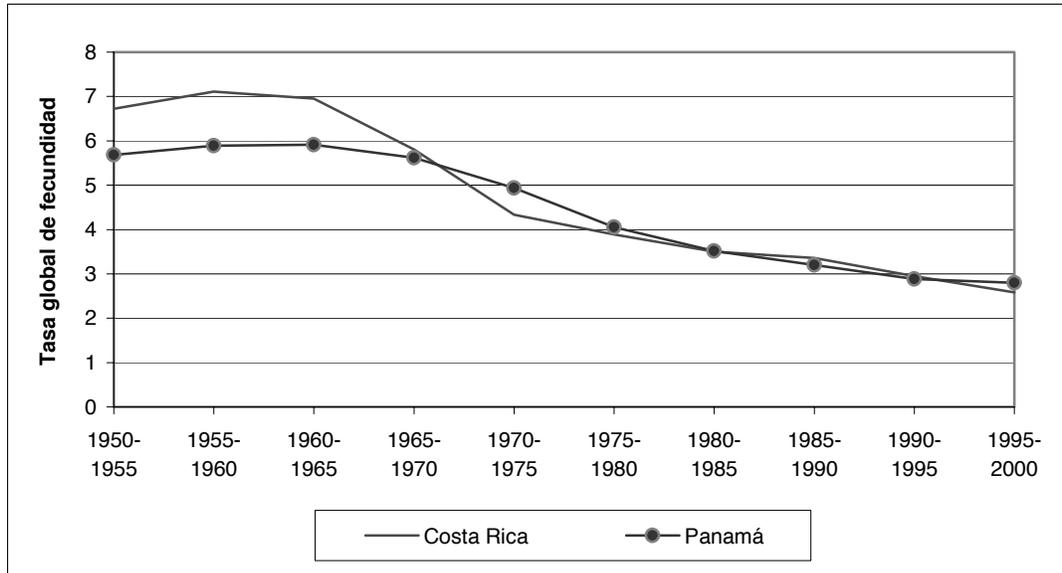
Gráfico 2
ARGENTINA, CHILE Y URUGUAY: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD, 1950-2000



Fuente: cuadro 1.

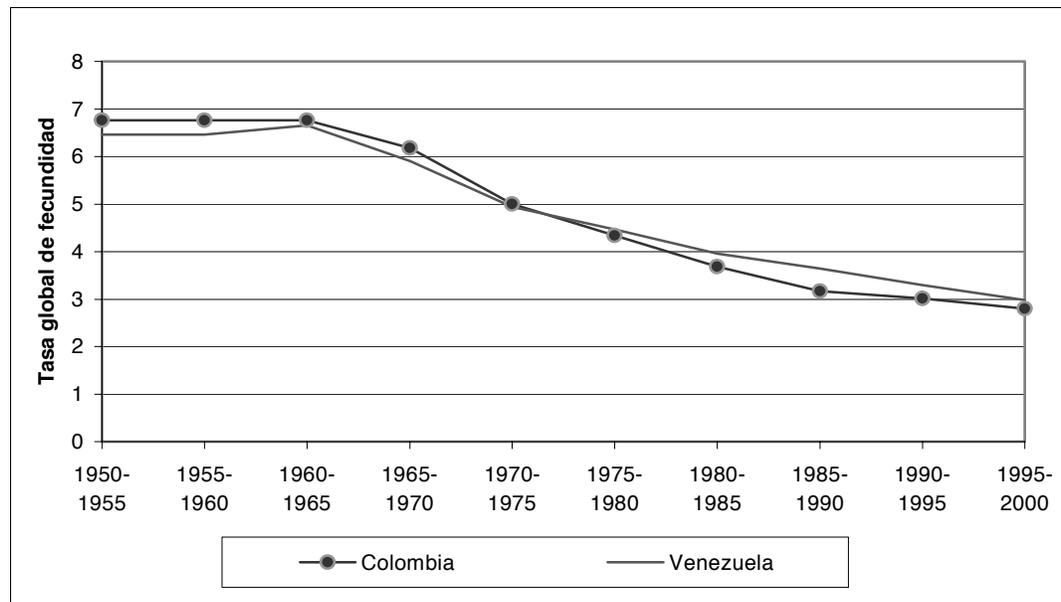
- Entre los países de plena transición se observan tres pares de países con trayectorias muy similares entre sí: Costa Rica y Panamá; Colombia y Venezuela y Ecuador y Perú (gráficos 3, 4 y 5).

Gráfico 3
COSTA RICA Y PANAMÁ: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD, 1950-2000



Fuente: cuadro 1.

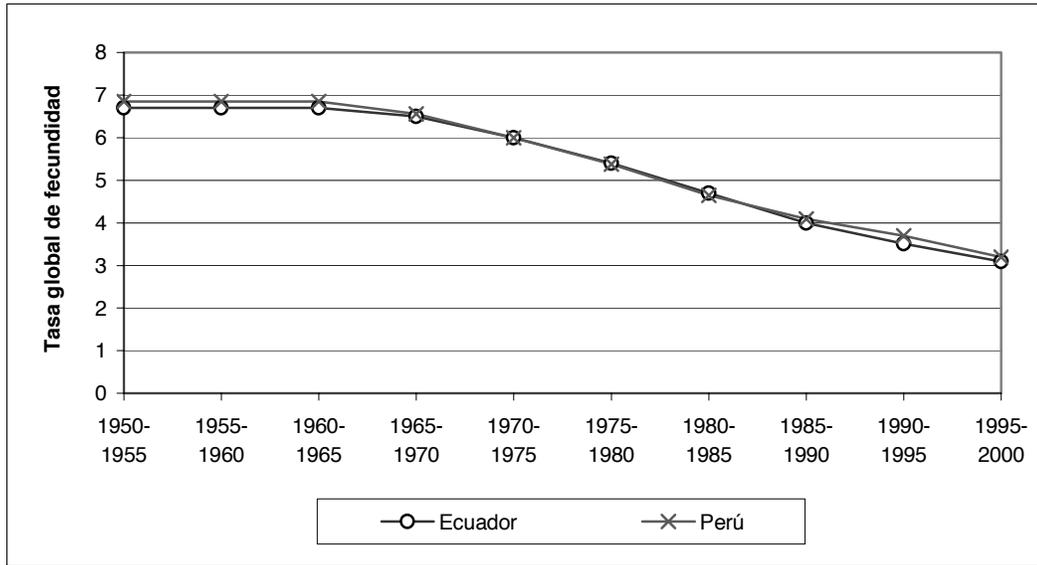
Gráfico 4
COLOMBIA Y VENEZUELA: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD, 1950-2000



Fuente: cuadro 1.

Gráfico 5

ECUADOR Y PERÚ: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD, 1950-2000

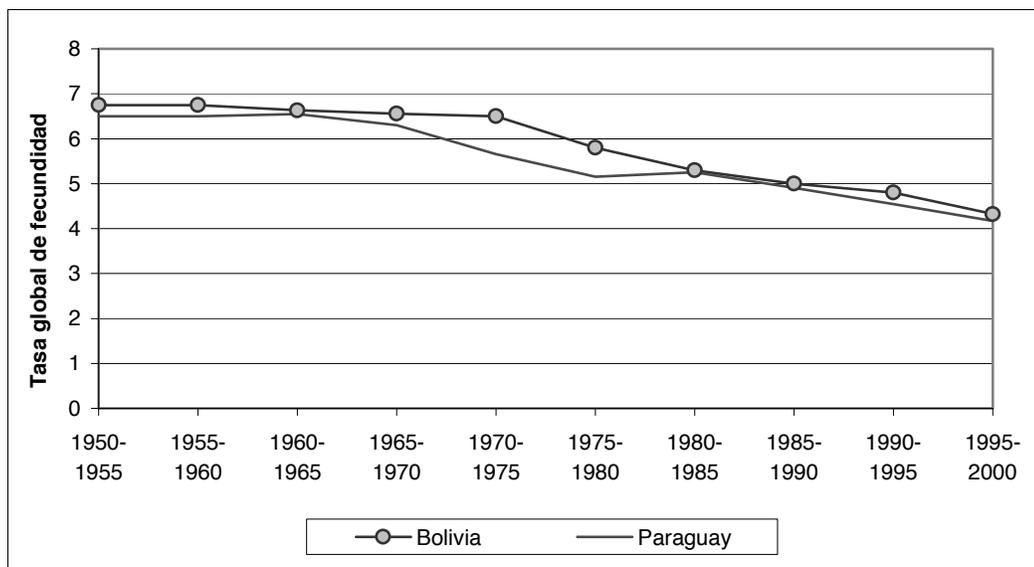


Fuente: cuadro 1.

- Entre los países con transición demográfica moderada se pueden distinguir dos grupos. Bolivia y Paraguay por un lado (gráfico 6) y Honduras y Nicaragua, por otro (gráfico 7).

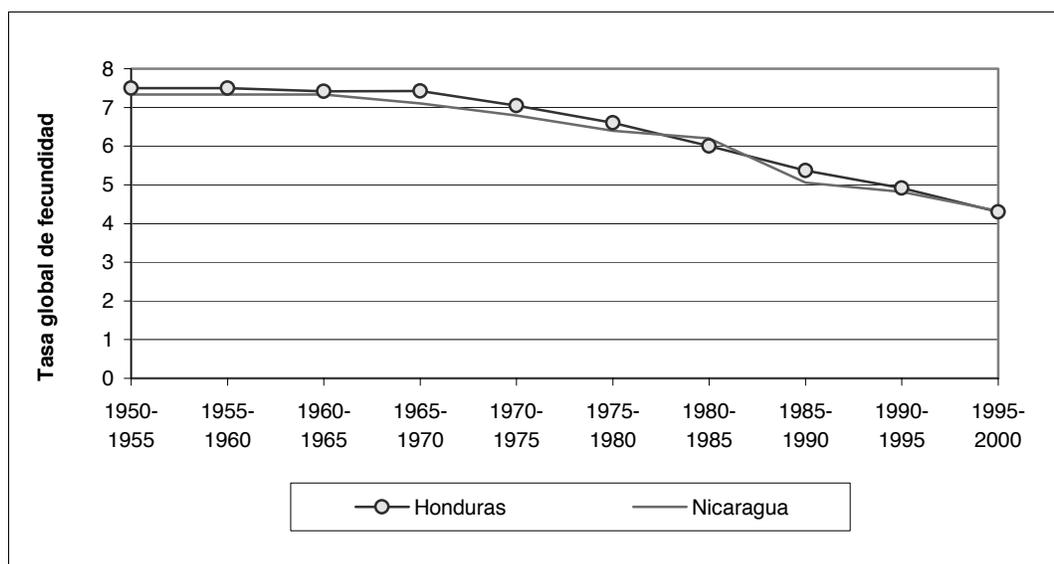
Gráfico 6

BOLIVIA Y PARAGUAY: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD, 1950-2000



Fuente: cuadro 1.

Gráfico 7

HONDURAS Y NICARAGUA: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD, 1950-2000

Fuente: cuadro 1.

Hasta ahora estas similitudes, aunque notables dado que se está observando un período de 50 años, no son inesperadas. Sin embargo, al fijarnos de qué países se trata en cada uno de los grupos, se observa que las similitudes coinciden con una “contigüidad” geográfica entre los países y no coinciden con otros criterios habitualmente utilizados como la agrupación entre países andinos, del cono sur, o de centroamérica y caribe, por ejemplo.

Este hallazgo, si pudiera llamarse así, podría llevar eventualmente a identificar otros factores comunes en países contiguos asociados a similares itinerarios de descenso de la fecundidad. De alguna manera quedan delimitados grupos de países que parece interesante investigar, ya que podría tener importantes consecuencias prácticas entre otras, para predecir el futuro de la fecundidad.

IV. Factores relacionados con el descenso de la fecundidad en la región

El curso futuro que efectivamente tome la fecundidad dependerá de muchos factores. En la época actual, en la que los procesos de “globalización” están tan presentes, existe una mayor conciencia del hecho de que muchos procesos que ocurren en otros países o regiones del mundo –principalmente en los más desarrollados y hegemónicos– pueden tener impacto sobre los países de América Latina y sobre el comportamiento individual.

Como se señala en algunos documentos de la CEPAL en relación con el proceso de globalización, “aunque no se trata de un proceso nuevo, los cambios dramáticos en los espacios y los tiempos generados por la revolución de las comunicaciones y la información le han dado nuevas dimensiones a este proceso” (CEPAL, 2002). Estas nuevas dimensiones incluyen una diseminación sin precedentes de cambios en las escalas de valores, modos de vida, ideas y conocimientos prevalecientes en otros lugares del mundo, que sin duda continúan ejerciendo una fuerte atracción ideológica y cultural respecto a la periferia. Esto no quiere decir que se piense que todos los cambios deban llegar vía “globalización”, pero por el desarrollo de la tecnología, particularmente

de la tecnología de la información, estos pueden tener un impacto aún mayor que en el pasado. Sin embargo, el conocimiento de ideas y experiencias generadas en otros contextos no afecta a los grupos o a las personas a menos que se hayan generado dentro de ellos las condiciones necesarias. La transmisión no es automática ni está exenta de ser reelaborada o reinterpretada a la luz de las culturas locales. Más aún, en América Latina parecen darse algunos fenómenos típicos, como la edad temprana al primer nacimiento, que no son fácilmente erradicables pese a la fuerza de los modelos externos, por lo que el proceso es complejo y la predicción difícil.

En este contexto es lógico preguntarse, por lo tanto, qué se espera que ocurra con América Latina, cuando ya se ha visto que la región tiene un promedio de menos de 3 hijos por mujer siendo, además, que esto ocurrió en un período de apenas 35 años, cuando era efectivo que alrededor de 1965, o aún de 1975, la mayoría de ellos tenía tasas de fecundidad superiores a 6 o 7 hijos.

Todo intento de responder a estos cuestionamientos debe conducir necesariamente a la investigación y análisis de los factores determinantes del descenso de la fecundidad. Entre estos factores se encuentran tanto los factores contextuales o socioeconómicos como los clásicamente denominados determinantes próximos y otros que se intenta vincular al análisis de la fecundidad aprovechando la creciente visibilidad de los temas, tales como el enfoque de género, los estudios sobre la situación de la mujer y su mayor participación en los ámbitos laborales y en el nivel de toma de decisiones dentro y fuera del hogar, el papel de los hombres en las decisiones reproductivas, la paternidad responsable, la identidad masculina, etc. El descenso de la fecundidad es una respuesta, sin duda, del efecto combinado de un gran número de variables, como todo fenómeno que conjuga diversos aspectos, tanto biológicos como sociales y culturales.

1. Factores socioeconómicos

El descenso de la fecundidad está asociado a las diferencias socioeconómicas y culturales entre los grupos sociales, las clases o los estratos. Aunque su descenso tuvo lugar, en sus inicios, entre las mujeres urbanas, más educadas y de mayores ingresos, en la actualidad también se puede ver este fenómeno entre las mujeres rurales, de bajos ingresos y pocos años de estudio (Schkolnik y Chackiel, 1998).

El cambio demográfico, en particular la fecundidad y la mortalidad y los factores directos que las afectan, se ha dado en el marco de grandes transformaciones sociales, económicas y culturales, y se han encontrado asociaciones importantes con variables que son indicadores de este proceso, como la urbanización, la terciarización de la economía, la expansión de la educación y otros, ya sean producto de políticas especialmente diseñadas para modificar las tendencias demográficas o no.

En aspectos más concretos se puede suponer que mayores avances en el acceso a la atención de salud, la expansión de la educación y la mayor participación de la mujer en el mercado de trabajo formal son, sin duda, factores que acelerarían el descenso de la fecundidad, mientras que mejoras en el nivel económico y la aplicación de políticas públicas pronatalistas o incentivos económicos a la maternidad podrían -aunque no necesariamente- frenar, o al menos retardar el proceso. Más aún, en términos macroeconómicos, diversos estudios han formulado la hipótesis de que las frecuentes crisis económicas y las medidas restrictivas de las políticas macroeconómicas, no habrían detenido el descenso de la fecundidad sino que eventualmente hasta lo habrían acelerado por la dificultad de asegurar los recursos para mantener y educar a los hijos, en una sociedad crecientemente competitiva y poco solidaria.

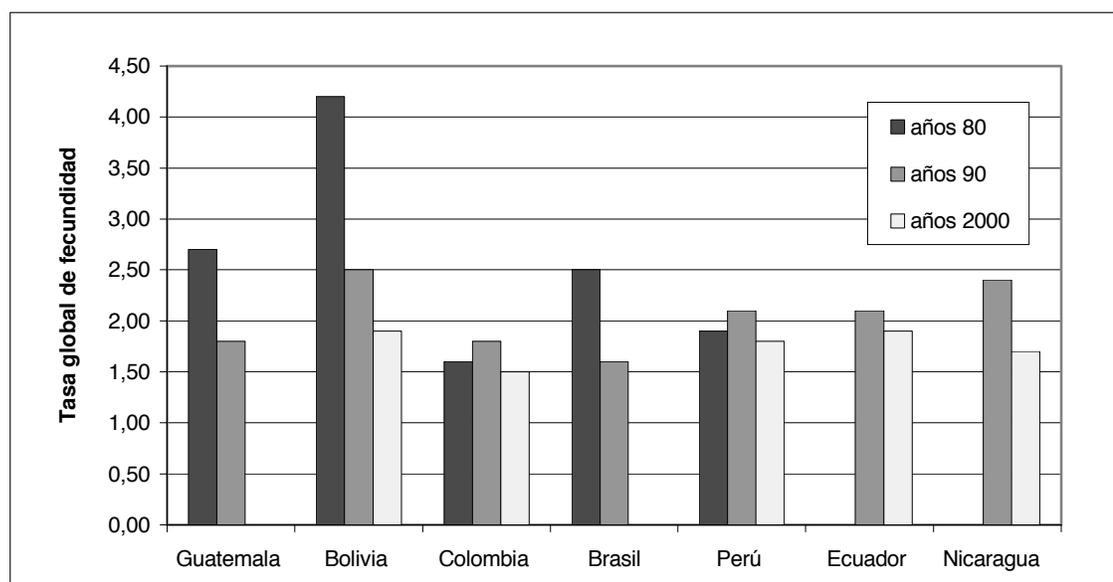
Los diferenciales socioeconómicos de la fecundidad que se relacionan directamente con los individuos, a nivel microsocial, han mostrado que la transición de la fecundidad en América Latina

estuvo –y aún está– estrechamente asociada con la educación de la madre, el estrato social, la residencia urbana o rural, el nivel de vida y la pertenencia étnica, entre otros.

Sin duda, la educación de la madre ha sido la variable más significativa para identificar diferenciales, y recientemente se ha obtenido una información muy valiosa proveniente de las encuestas de Demografía y Salud (EDS-DHS).

En el gráfico 8 vemos niveles de fecundidad de las mujeres con educación superior que están en diferentes etapas en la transición y en muy diferentes niveles de desarrollo económico y social. Se puede observar que aunque los países presentan grandes diferencias en estos aspectos el comportamiento reproductivo de las mujeres con mayor educación es muy similar entre ellas, sobre todo a partir de los años 90 y del 2000, encontrándose entre aproximadamente 1,5 y 2 hijos por mujer en casi todos los casos observados. (Transición avanzada: Brasil; transición plena: Colombia, Perú y Ecuador; transición moderada: Bolivia y Nicaragua).

Gráfico 8
PAÍSES DE AMÉRICA LATINA EN DIFERENTES ESTAPAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD DE MUJERES CON NIVEL DE INSTRUCCIÓN SUPERIOR, ENTRE 1980 Y 2000



Fuente: encuestas de Demografía y Salud (DHS).

2. Factores demográficos

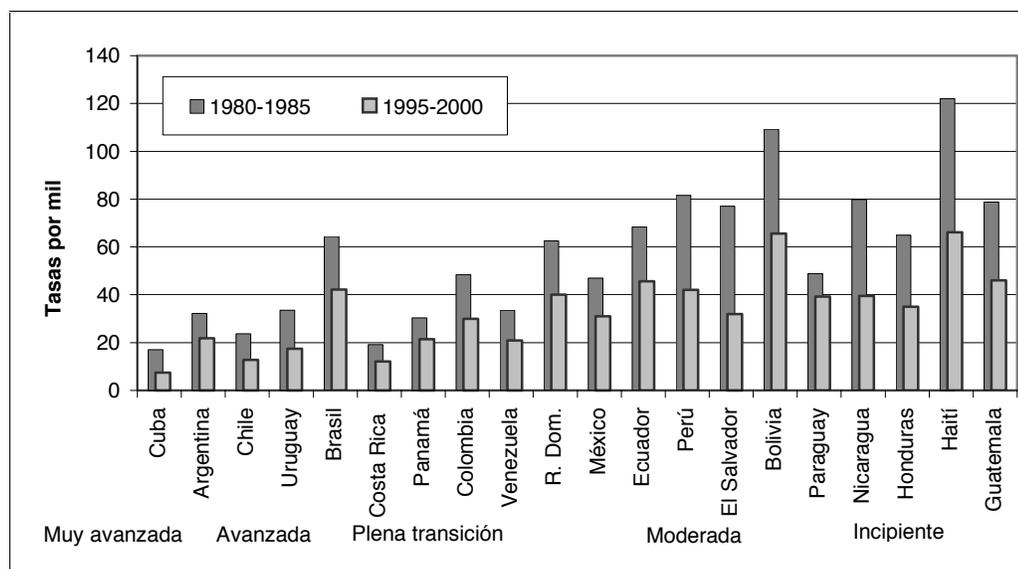
Entre los factores demográficos, el descenso de la mortalidad infantil y el desbalance subsecuente creado por una menor mortalidad, ha sido un factor crucial en el descenso de la fecundidad. El descenso de la mortalidad infantil, generalmente después de un período de tiempo, produce una caída de la fecundidad, lo que, a su vez puede promover otro descenso de la mortalidad infantil, debido principalmente a factores biológicos y de salud como la prolongación de los intervalos entre nacimientos, el menor número de nacimientos en las edades de alto riesgo y una menor paridez. En consecuencia, el impacto mutuo entre estas variables podría potenciar el descenso de ambas.

En el caso de la mortalidad –y en particular, de la mortalidad infantil– los factores que probablemente más han incidido en su descenso tienen que ver con el progreso médico, la mayor cobertura de salud, las políticas de atención primaria, y el mejoramiento de las condiciones de vida de

la población. Estos factores operan a través de variables biológicas, nutricionales, de salud y de atención médica de los niños, que se manifiestan en las diferentes causas de muerte.

En el gráfico 9 puede verse que los países de la región han experimentado descensos de sus respectivas tasas de mortalidad infantil pero que, considerando los niveles que muestran los países de transición avanzada, muy avanzada y algunos de los países en plena transición, el potencial de descenso es todavía grande.

Gráfico 9
AMÉRICA LATINA: CAMBIOS EN LOS NIVELES DE MORTALIDAD INFANTIL
ENTRE 1980-85 Y 1995-2000



Fuente: CELADE, estimaciones de población vigentes.

De lo anterior se infiere que aun queda mucho por avanzar en la lucha contra las causas de muerte en la infancia, que las diferencias entre los países todavía son muy notables y que la tendencia es hacia el descenso, aunque con diferentes grados de éxito.

3. Determinantes próximos: nupcialidad, anticoncepción, lactancia y aborto

Los factores contextuales inciden, a su vez, en los determinantes próximos de la fecundidad que tienen que ver con la exposición a la concepción, al embarazo y al parto: los más estudiados han sido la nupcialidad, la anticoncepción, la lactancia y el aborto.

Se sabe que en los inicios de la transición demográfica en Europa tanto la postergación de los matrimonios como el aumento del celibato tuvieron un impacto decisivo en el descenso de la fecundidad y los indicadores de nupcialidad de las mujeres de sectores medios y altos en América Latina muestran comportamientos que van en la misma dirección. La edad a la primera unión de las mujeres con educación media o superior oscila alrededor de los 24 años y el porcentaje de solteras al final del período fértil es más alto que en grupos de educación con menos años de instrucción.

Entre las mujeres con menor instrucción, sin embargo, la edad a la primera unión, no sólo es mucho más baja que entre las mujeres más educadas, sino que muestra pocos cambios en el tiempo.

Podría hablarse, también, de un leve incremento en las uniones consensuales, un menor porcentaje de solteras y un mayor tiempo transcurrido en uniones en períodos similares (Weinberger *et al.*, 1989). Todos estos factores son conducentes a una fecundidad más elevada.

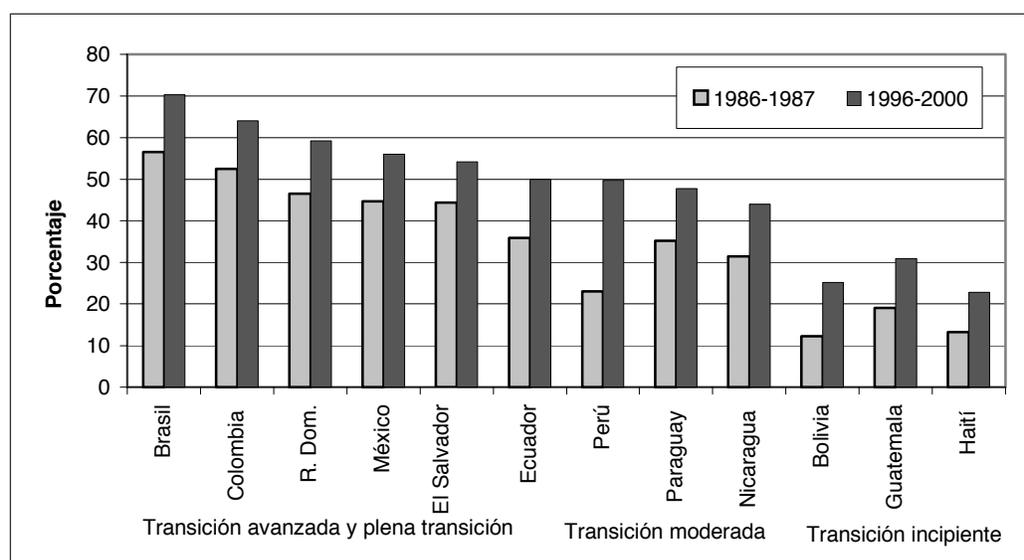
Entre los determinantes próximos se ha visto que, hasta ahora, el factor que ha tenido el mayor impacto en América Latina para favorecer el descenso de la fecundidad ha sido el uso de anticonceptivos modernos y eficientes. Múltiples estudios (Bongaarts, Mauldin y Phillips, 1990; Zavala de Cosío, 1992; Bay, Del Popolo y Ferrando, 2003) muestran que la anticoncepción ha sido la variable que ha tenido el peso más decisivo en el proceso.

Debido a la urbanización, la expansión de la educación, el mejoramiento en la situación de la mujer y los esfuerzos de los programas de planificación familiar, entre otros factores, se ha extendido en los países y también en los distintos grupos sociales de la región, la información sobre anticonceptivos y cómo obtenerlos. En general, a medida que aumenta la educación aumenta la proporción de usuarias de anticonceptivos y se pueden distinguir diferentes patrones de uso según países y sectores sociales.

La información disponible en las encuestas sobre porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años, usuarias de anticonceptivos modernos (gráfico 10), nos muestra que también su uso se ha incrementado en los últimos años, que difiere bastante entre los países y que existe un gran potencial de aumento en el uso de medios eficaces para la regulación de los nacimientos y la planificación familiar.

La duración de la lactancia materna en el descenso de la fecundidad no ha mostrado tener un impacto importante y, en cuanto al aborto, no se dispone de datos generalizables debido a su falta de condición legal en los países de la región, con excepción de Cuba. Esta falta de información impide cuantificar su contribución al descenso de la fecundidad, aunque estudios parciales dan indicios de que desempeña un papel importante en su descenso, aunque no mayor que la anticoncepción, no habiendo diferenciales socioeconómicos claros de las mujeres expuestas.

Gráfico 10
AMÉRICA LATINA: TENDENCIAS EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS MODERNOS
ENTRE 1986-87 Y 1996-2000



Fuente: encuestas de Demografía y Salud (DHS).

V. Comentarios finales

Es evidente que en todos los países de la región, hay aún un gran potencial para el descenso de la fecundidad y que existen factores que pueden acelerar dicho descenso por debajo del nivel de reemplazo, pero en cuánto tiempo y hasta qué nivel es más difícil de apreciar. Todo parece indicar, sin embargo, que el descenso es inevitable e irreversible.

La educación tiene todavía un papel importante que cumplir: dado que hay una relación estrecha entre educación, edad al casarse y número de hijos tenidos, el creciente acceso a la educación por parte de las mujeres puede resultar en un incremento en el número de mujeres que postergan la edad a la primera unión y, por lo tanto, la edad al nacimiento del primer hijo y, eventualmente, en un descenso en el número de hijos al final del ciclo reproductivo.

Por otra parte, la mortalidad infantil, aún elevada en algunos sectores sociales, podría descender en forma significativa, sin que necesariamente medien cambios importantes en las condiciones de vida, aumentando de este modo el número de hijos sobrevivientes, lo que permite alcanzar el número deseado de hijos con un menor número de nacimientos.

Además, aún existe una gran subutilización de anticonceptivos modernos y eficientes. Su uso aún puede ampliarse notablemente en todos los sectores sociales, pero especialmente en aquellos de mayor fecundidad, cuando las mujeres se decidan o se atrevan a disminuir la brecha entre el número de hijos que tienen y el que manifiestan a través de sus intenciones reproductivas.

El aumento en el acceso a los métodos anticonceptivos, la difusión de políticas más integradas de planificación familiar o directamente de los medios que logren satisfacer la demanda actualmente insatisfecha, así como eventuales perspectivas de legalización del aborto (o la inexistencia de políticas represivas) podrían, por su parte, llevar la tasa global de fecundidad a nivel nacional hacia el descenso, aún por debajo del nivel de reemplazo.

Pese a que hay indicios de que la fecundidad en la región podría seguir los pasos de los países desarrollados, hay una serie de preguntas que se hacen en función de la planificación de servicios y asignación de recursos en diversos sectores de actividad:

- ¿Continuará hacia el futuro el proceso de convergencia hacia niveles cada vez más bajos de fecundidad?
- ¿Existe un límite para la fecundidad alrededor del cuál esta se vaya a estabilizar?
- ¿El límite de la fecundidad es el nivel de reemplazo, por debajo del mismo o muy por debajo del mismo?
- ¿Se dispone de elementos para predecir si los países de América Latina y Caribe alcanzarán o aún superarán los bajos niveles de fecundidad de los países desarrollados?
- ¿El lento descenso de la fecundidad que se observó en los años recientes cuando los países alcanzan un nivel entre 2 y 3 hijos, es un indicador de un descenso persistente, lento pero seguro hacia niveles muy bajos o es, por el contrario, un indicador de una estabilización cercana al nivel de reemplazo?
- ¿Existe en América Latina una “idiosincrasia” asociada a la familia tipo de dos hijos, que podría ser el modelo que hizo reducir la velocidad del descenso de la tasa global en los últimos años?
- ¿O, por el contrario, los cambios sociales y la creciente competitividad en el mercado de trabajo pueden conducir a un descenso continuo?

Queda aún mucho por decir sobre los determinantes de la fecundidad y la forma en que éstos habrán de ejercer su influencia de aquí en adelante en los diferentes grupos sociales.

Una de las principales ideas de este seminario fue la de profundizar y llevar al debate principalmente el tema de los determinantes de la fecundidad, y en qué medida estos empujarán la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y hasta dónde. Por esta razón se ha dado un lugar importante no solo a los determinantes clásicamente asociados con la fecundidad sino también a otros desarrollos que provienen de los estudios con enfoque de género, al papel de las intenciones reproductivas, a la dinámica de los procesos de toma de decisiones en relación con la reproducción y al papel de los hombres en estos procesos, entre otros.

No es sólo un interés académico. Los países se basan en las proyecciones de población cada vez más para múltiples propósitos y por lo tanto, entre otras demandas, la revisión de las estimaciones y proyecciones de población a la luz de los censos de la ronda del 2000, requiere disponer de hipótesis que prevean el curso futuro de la fecundidad en función del nuevo panorama mundial y sus determinantes, con vistas a identificar las características de la dinámica demográfica de siglo XXI.

El requerimiento de esta información por parte de los países radica en el hecho de que la etapa de la transición demográfica en que un país se encuentra y lo que se espera que ocurra con su población en las próximas décadas tiene importantes consecuencias económicas, sociales, programáticas y de asignación de recursos. Son muchísimos los procesos sociales, económicos y hasta políticos, que se ven afectados por el curso de esta variable y los gobiernos están más que antes interesados en la incorporación de las variables de población en las políticas públicas y en la agenda social.

Bibliografía

- Bay, G., F. Del Popolo y D. Ferrando (2003), *Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos*. CEPAL, Naciones Unidas, Serie Población y Desarrollo N° 43, Chile.
- Bongaarts, J., W.P. Mauldin y J. F. Phillips (1990), "The Demographic Impact of Family Planning Programs", *Studies in Family Planning*, 21(6), noviembre/diciembre.
- CEPAL (2002), Globalización y desarrollo, Naciones Unidas, CEPAL. LC/G.2157 (SES 2973).
- Schkolnik, S. y J. Chackiel (1998), "América Latina: La transición demográfica en sectores rezagados". *Notas de Población*, N° 67-68, CELADE/CEPAL, Chile.
- Weinberger, M.B. et al. (1989), "Women's education and fertility: A decade of change in four Latin American countries". *International Family Planning Perspectives*, Vol.15, N° 1.
- Zavala de Cosío, M.E. (1992), "La transición demográfica en América Latina y Europa". *Notas de Población*, N° 56, CELADE/CEPAL, Chile.

Sesión II: Los diferenciales sociales y espaciales en la transición de la fecundidad

América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad

*Juan Chackiel*⁷
*Susana Schkolnik*⁸

I. Introducción

Este trabajo constituye una actualización y adaptación del documento “América Latina: La transición demográfica en sectores rezagados” presentado por los autores a la conferencia internacional de población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Beijing, octubre de 1997 (Schkolnik y Chackiel, 1998).⁹ En el presente documento se considera la transición de la fecundidad, introduciendo, además, información más actualizada.

Existe consenso entre los estudiosos de los temas de población en que no se puede hablar sólo de **la** transición, que describe cambios en los componentes promedio de una población, sino de **las** transiciones, lo que se cumple también para el caso particular de la fecundidad. Esto es válido cuando se hace referencia a América Latina como región, debido a la heterogeneidad existente entre países, y también cuando se considera cada país por separado, dado el comportamiento demográfico diferencial de los distintos sectores sociales o áreas de residencia

⁷ Consultor CELADE-División de Población, CEPAL.

⁸ Jefa Área Demografía CELADE-División de Población, CEPAL.

⁹ La publicación citada corresponde a una versión ampliada del documento presentado en este seminario.

Los cambios en el comportamiento de las variables demográficas de un país son el resultado, en consecuencia, de lo que ocurre dentro de cada sector y, al mismo tiempo, se ven afectados por la transferencia de personas entre diferentes sectores, es decir por la movilidad social. Así, por ejemplo, en tanto exista movilidad ascendente, con un porcentaje mayor de población con comportamientos propios de sectores medios y altos, se lograrán avances en la transición, sin que ello implique necesariamente cambios de conductas dentro de cada uno de los grupos sociales. Sin embargo, el peso relativo de estos dos factores ha estado cambiando. Dado que los cambios demográficos han estado ligados, en parte importante, a las conductas de los mencionados estratos medios y altos, existe la expectativa de que las tendencias futuras estén ligadas fundamentalmente a lo que ocurra en los grupos más rezagados en la transición. Estos grupos ya han mostrado signos inequívocos de haber iniciado su propio proceso de transición. Esto último estaría avalado por la tendencia de las últimas dos décadas, que muestra la continuidad del proceso de transición a pesar del estancamiento económico que produjo, incluso, un aumento en el porcentaje de pobres en muchos países. Es, sin embargo, difícil establecer con precisión los factores determinantes de este proceso.

Esta situación ha dado lugar a planteamientos que consideran posible, por ejemplo, postular la existencia de un modelo de transición de la fecundidad propio de los grupos sociales de bajos ingresos, que se diferenciaría del modelo europeo del siglo XIX y del que han seguido los sectores medios y altos de América Latina durante la primera mitad del siglo XX. Mientras que en estos últimos sectores el elemento contextual clave para la transición habría sido el desarrollo económico y social, podría ser que en los cambios recientes de las clases bajas de los países de América Latina los continuos descensos fueran mejor explicados por la presión de las necesidades económicas agudizadas en períodos de crisis.

Probablemente ambos tipos de factores han tenido una influencia importante en el proceso. Si bien las crisis de las últimas décadas en Latinoamérica pudieron provocar descensos de la fecundidad, es probable que los sectores pobres también se hayan visto influidos por el proceso global de desarrollo que ha tenido lugar en la región. Aunque en años recientes el desarrollo no se tradujo en mejoras en los ingresos, en el empleo y en las condiciones de vida de algunos sectores de la población (los que incluso se habrían deteriorado), sí se ha reflejado, en cambio, en otros aspectos tales como la expansión de la educación y de la atención de salud, en la ampliación de las comunicaciones, en la mayor participación económica de la mujer y, como consecuencia, en la emergencia de nuevas actitudes hacia la procreación asociadas al uso de métodos modernos de planificación familiar. Además, en apoyo al planteo de que la fecundidad en los sectores pobres descendió en parte importante también por efecto del desarrollo global, cabe señalar que en algunos países de mayor desarrollo relativo se observa que dicho descenso comenzó con anterioridad a la crisis de los años ochenta.

También se ha considerado que una vez desencadenado el proceso de transición demográfica –en asociación con los aspectos del desarrollo ya mencionados– las variables demográficas (así como otros indicadores sociales relacionados, como la educación y la salud) adquieren una cierta inercia que las hace –por su naturaleza y características– relativamente independientes de los movimientos de corto plazo de la economía. Por lo tanto, existe la factibilidad de modificar el comportamiento de estas variables con políticas sociales específicas, lo que también contribuiría a explicar que su tendencia al descenso continuará durante los períodos de crisis.

Como es sabido, el rezago en la transición se presenta en los estratos sociales bajos, que viven en condiciones de pobreza y con menor nivel de instrucción. Esta situación se da en las zonas rurales donde la mayoría de la población vive en estas condiciones, en las poblaciones marginales urbanas y en las poblaciones indígenas, en las cuales la pobreza se une a las barreras culturales y lingüísticas que dificultan su acceso a la información sobre salud y planificación familiar.

Si bien hay trabajos que analizan las diferencias de mortalidad y fecundidad según sectores sociales, estos son puntuales y no siempre comparables entre países y a través del tiempo. La información disponible que permite construir tendencias en un plazo mayor se refiere, generalmente, a dos formas de estratificar la población: zona de residencia (urbana/rural) y nivel de instrucción de la madre (número de años de estudio o ciclo de enseñanza).

A los efectos de estudiar qué está sucediendo con las tendencias de la fecundidad de aquellos sectores más rezagados, y cuál es su contribución al cambio demográfico de los países, se analizará la evolución de la tasa global de fecundidad y de los determinantes próximos, según nivel de instrucción de la madre, debido al alto poder discriminador de esta variable (Cleland, 2002; Cleland y Rodríguez, 1988; United Nations, 1995; Weinberger y otros, 1989). En un análisis multivariado aplicado en el citado estudio de Naciones Unidas, en América Latina, la relación inversa entre educación de la madre y fecundidad ha mostrado ser en términos comparativos la más fuerte. Prácticamente, todos los coeficientes de regresión son los más elevados y estadísticamente significativos, luego de controlar por variables geográficas y sociodemográficas. Esto avalaría el hecho de que la educación es probablemente la variable que capta mejor los diferenciales que existen en la fecundidad entre grupos sociodemográficos y económicos. En lo que sigue, se considera a las analfabetas y a las mujeres con muy bajo nivel de instrucción (0 a 3 años de estudio o primaria incompleta), como los grupos más rezagados en la transición demográfica.

Las fuentes principales de información son los casos nacionales de la “Encuesta Mundial de Fecundidad” (WFS), los censos de población y estadísticas vitales, para el decenio de 1970, y las “Encuestas Demográficas y de Salud” (DHS) para las décadas de 1980 y 1990 y para los años más recientes cercanos al 2000.

II. La transición demográfica y de la fecundidad en América Latina

Existen múltiples estudios sobre la transición demográfica latinoamericana, que expresan sus características particulares, principalmente en comparación con el proceso europeo.

La situación pre-transicional, a comienzos del siglo XX, se definía por una esperanza de vida al nacer $E(0)$ del orden de 30 años y una tasa global de fecundidad (TGF) en torno a 6 hijos (Pérez Brignoli, 1994). Una de las características distintivas de la pre-transición latinoamericana, respecto de la europea, es el mayor nivel observado en la fecundidad, lo que se atribuye a una nupcialidad más temprana y a una menor incidencia del celibato en los países latinoamericanos (Zavala de Cosío, 1992).

En primer lugar comenzó a descender la mortalidad, con lentitud a comienzos del siglo XX, con mayor intensidad desde 1930 (Arriaga, 1974), generalizándose con posterioridad a la segunda guerra mundial. La región alcanzó, en promedio, 52 años de $E(0)$ y una tasa de mortalidad infantil (TMI) de 127 por mil en el período 1950-1955 (CEPAL/CELADE, 2004). En las dos décadas siguientes se lograron los mayores avances, superándose los 60 años de $E(0)$ en la década de 1970. En la actualidad la región ya tiene una $E(0)$ de 70 años (nueve países superan los 70 años) y una TMI de aproximadamente 33 por mil.

El descenso de la fecundidad fue bastante posterior al de la mortalidad. Al comenzar la segunda mitad del siglo XX la fecundidad promedio de América Latina se aproximaba a los 6 hijos por mujer y mostraba tendencias moderadamente crecientes hasta el inicio de la década de 1960. Esta tendencia a aumentos de la fecundidad fue probablemente producto de los descensos anteriores de la mortalidad, que aumentó el tiempo de exposición de la mujer a quedar embarazada y se asoció a mejores condiciones de salud para la procreación. También habrían incidido los aumentos en la nupcialidad observados en los decenios de 1950 y 1960 (Zavala de Cosío, 1992).

Recién en la segunda mitad del decenio de 1960 hubo un cambio importante en el número promedio de hijos por mujer, el que fue descendiendo para llegar en la actualidad a ser igual a 2,7, menos que la mitad del valor que tenía 35 años atrás. El descenso coincidió con la llamada segunda revolución anticonceptiva europea, es decir con la difusión de métodos modernos de anticoncepción, incluyendo la esterilización y sin descartar que el aborto pudo haber tenido una gran importancia en este proceso. La rapidez del descenso de la fecundidad marca también una diferencia con el proceso seguido por los países desarrollados, aunque América Latina todavía se mantiene en niveles superiores a aquellos. Es de hacer notar que principalmente en Europa se asiste a un fenómeno de baja de la fecundidad a niveles inesperados, bastante por debajo del nivel de reemplazo, lo que en la región solamente ocurre en Cuba.

La información disponible actualmente acerca de la transición demográfica y de la fecundidad en América Latina indica que todos los países han entrado con mayor o menor intensidad en ellas. Sin embargo, las experiencias han sido muy heterogéneas. Al respecto se presenta una tipología de los países, agrupándolos en categorías según las tasas de fecundidad a mediados del siglo pasado y en el período 1995-2000 (diagrama 1).

Diagrama 1

CLASIFICACIÓN DE LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA POR NIVEL DE FECUNDIDAD DE ACUERDO A LA TASA GLOBAL OBSERVADA EN LOS QUINQUENIOS 1950-1955 Y 1995-2000

Nivel de fecundidad 1950-55	Nivel de fecundidad 1995-2000					
	Muy alta 5,5 y más	Alta 4,5-5,4	Media alta 3,5-4,4	Media baja 2,5-3,4	Baja 1,8-2,4	Muy baja menos de 1,8
Muy alta 5,5 y más		Guatemala (5,0)	Bolivia (4,4) Haití (4,4) Honduras (4,4) Nicaragua (3,9) Paraguay (4,2)	El Salvador (3,2) Perú (3,2) Ecuador (3,1) Venezuela (3,0) República Dominicana (2,9) Colombia (2,8) Costa Rica (2,6) Panamá (2,8)	México (2,8) Brasil (2,5)	
Alta 4,5-5,4					Chile (2,2)	
Media alta 3,5-4,4						Cuba (1,6)
Media baja 2,5-3,4				Argentina (2,6)	Uruguay (2,4)	
Baja 1,8-2,4						
Muy baja menos de 1,8						

Fuente: CEPAL/CELADE (2004).

Nota: los valores entre paréntesis corresponden a la tasa global de fecundidad del período 1995-2000.

De esta manera se han conformado categorías que toman en cuenta el nivel actual y la trayectoria de la fecundidad en los últimos 50 años. Cabe hacer notar que mientras en 1950-1955, 16 de los 20 países de la región tenían la fecundidad muy alta, en el último quinquenio ninguno tiene tasas en esa categoría y ya 14 de ellos están en los grupos de fecundidad media baja, baja y muy baja. En síntesis se identifican las siguientes situaciones: a) Países que han pasado de fecundidad muy alta a alta (Guatemala); b) países que han pasado de fecundidad muy alta a media alta (cinco países); c) países que han pasado de fecundidad muy alta a media baja (ocho países);

d) países que han pasado de fecundidad muy alta a baja (Brasil y México); e) países que han pasado de fecundidad alta a baja (Chile); f) países que han pasado de fecundidad media alta a muy baja (Cuba); g) países que se han mantenido en media baja (Argentina); h) países que han pasado de fecundidad media baja a baja (Uruguay). Cabe destacar que Cuba es el único país que tiene una tasa global de fecundidad por debajo del reemplazo.

A los efectos de este trabajo se trató de seleccionar países en las diversas situaciones, lo que paradójicamente no ha sido posible en los países de transición precoz y más avanzada (Argentina, Cuba y Uruguay) por no tener información disponible sobre fecundidad y sus determinantes próximos por grupos sociales.

III. Transición de la fecundidad en los grupos rezagados

No todos los grupos sociales fueron protagonistas, de la misma manera, del proceso de cambio en la fecundidad que en general se inició a mediados de la década de 1960. Los datos disponibles cubren las décadas de 1970, 1980, 1990 y en algunos casos hay información para algún año cercano al 2000, por lo que resultan suficientes para sacar algunas conclusiones al respecto.

En general, en la década 1970 la TGF del grupo "sin instrucción" se mantenía sobre los 5,5 hijos por mujer. Las mujeres de baja instrucción (primaria incompleta ó 1 a 3 años de estudio) presentaban una TGF relativamente menor, pero también se ubicaban en esa categoría. Los datos más recientes indican que, salvo en los países de baja fecundidad, en los demás se mantendría en los grupos rezagados una TGF superior a 4 hijos y, en ciertos casos, de más de 5,5 hijos. Sin embargo, en los países donde persisten tasas globales de fecundidad altas, también se observan descensos, pues anteriormente tenían valores próximos a 7 hijos. En síntesis, existe un cambio reciente de la fecundidad en los grupos más rezagados, pero aún persisten valores relativamente elevados (cuadro 1, diagrama 2).

El hecho de que en el diagrama 2 la mayoría de los grupos según nivel de instrucción se ubique encima de la diagonal expresa un cambio de categorías que implica un descenso de los valores de la TGF. Esto sin embargo no es tan válido para los grupos rezagados en los países seleccionados de alta fecundidad, dado que cerca de la mitad de los 11 casos que en el decenio de 1970 tenía fecundidad "muy alta" permanecen en esa categoría. De todas maneras tres casos pasaron a la categoría "alta" y tres a la "media alta". A su vez, de los tres que estaban en la categoría "alta", uno descendió su fecundidad para ubicarse en "media alta" y dos en "media baja". También se observa que los grupos rezagados de los países más avanzados en la transición, en general tenían una menor fecundidad en el período inicial e incluso en Chile, alcanzan una fecundidad baja en el período reciente. La totalidad de los casos que pertenecen a un nivel de instrucción superior se ubican en las categorías de fecundidad media baja y baja, y muestran también un descenso durante el período considerado.

De acuerdo al modelo general de la transición demográfica, como se ha visto, la fecundidad parece también haber comenzado a descender entre los grupos más postergados y, según lo esperado, ello habría ocurrido en forma más tardía que la mortalidad. El descenso anterior de la mortalidad infantil respecto al de la fecundidad puede apreciarse en el estudio de Schkolnik y Chackiel (1998). El desequilibrio demográfico creado por una mortalidad más baja en relación con la fecundidad, que se ha observado en el origen de otros procesos de transición demográfica (Zavala de Cosío, 1992), está también presente en este caso. Luego de desencadenado el cambio en la fecundidad ese hecho podría producir mayores bajas en la mortalidad en la niñez, principalmente por factores biológicos (prolongación del intervalo intergenésico medio, menor número de nacimientos en edades de alto riesgo, menor paridez). De esta manera los efectos mutuos entre estas variables producirían una tendencia potenciada al descenso de ambas.

Diagrama 2

CLASIFICACIÓN DE LOS GRUPOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MUJER DE ACUERDO A LA TGF OBSERVADA EN LA DÉCADA DE 1970 Y EN UN PERÍODO RECIENTE. PAÍSES SELECCIONADOS

Nivel de fecundidad década 1970	Nivel de fecundidad 1995-2000					
	Muy alta 5,5 y más	Alta 4,5 - 5,4	Media alta 3,5 - 4,4	Media baja 2,5 - 3,4	Baja 1,8 - 2,4	Muy baja menos de 1,8
Muy alta 5,5 y más	Bolivia-A (7,1) Bolivia-B (5,8) Honduras-A (7,1) Honduras-B (6,1) Ecuador-A (6,2)	Honduras-I (4,8) Ecuador-B (5,4) México-A (4,7)	Ecuador-I (3,6) México-B (3,7) Colombia-A (4,1)			
Alta 4,5-5,4			Colombia-B (3,6)	México-I (3,1) Chile-A		
Media alta 3,5-4,4		Bolivia-I (4,6)			Chile-B (2,4) Ecuador-S (2,6)	
Media baja 2,5-3,4				Honduras-S (2,9) Bolivia-S (2,7)	Colombia-S (2,2) México-S (2,2) Chile-I (2,4) Chile-S (2,4)	
Baja 1,8-2,4						
Muy baja menos de 1,8						

A-analfabeta B- Primaria incompleta I-Intermedio S- Secundaria y más

Fuente: Cuadro 1.

Nota: los valores entre paréntesis corresponden a la tasa global de fecundidad del período 1995-2000.

La información fragmentaria disponible no permite apreciar con claridad si la disminución de la fecundidad de los sectores rezagados fue precedida de un aumento de la misma, como sucedió a nivel nacional en la mayoría de los países de la región en la década de 1950 (Chackiel y Schkolnik, 1992). Sin embargo, en algunos países se ha detectado este fenómeno, aunque de distinta manera. Por ejemplo, Haití muestra en una encuesta de 1987 tasas globales de fecundidad superiores al pasado en todos los grupos sociales y Honduras presenta un aumento en los grupos más rezagados en la década de 1970 (cuadro 1, gráfico 1). Es probable que en la actualidad, el descenso de la mortalidad, sobre todo la infantil, haga primar más fuertemente los factores que tienden a disminuir la fecundidad, en lugar de los que propician un aumento, al estar más presentes las motivaciones y los mecanismos necesarios para limitar el número de hijos. También puede ser que el aumento se haya producido antes del período analizado, en algunos casos concomitantemente con lo observado para el total del país en el período 1950-1960. Un estudio de Guzmán y Rodríguez (1993) confirmaría este hecho al analizar la tendencia de la fecundidad pre-transicional por zona de residencia. Los autores ligan este hecho con aumentos de la nupcialidad en la década de 1950, con mejoras en las condiciones sanitarias y con las expectativas económicas de las parejas.

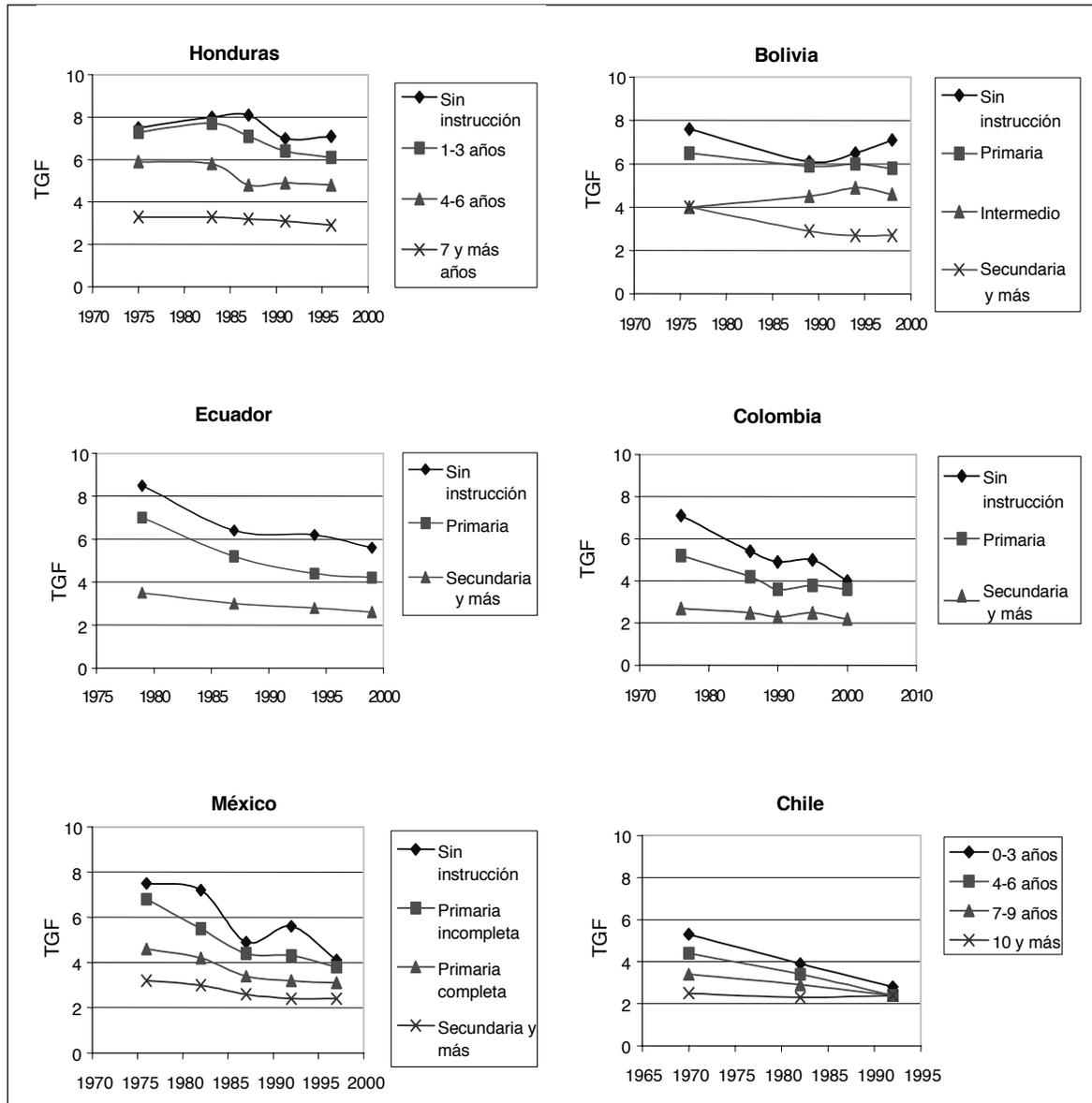
El gráfico 1 permite apreciar, que a pesar de las deficiencias propias de la información, en los países más retrasados en la transición la brecha de la tasa global de fecundidad, según nivel de instrucción de la madre, aumenta o permanece estable. Es el caso ilustrado aquí con Honduras y Bolivia. Sin embargo, a medida que se consideran países más avanzados en la transición, como

México, Colombia y principalmente Chile, se observa que hay una tendencia a una convergencia, producto de un descenso más pronunciado de la fecundidad de los grupos rezagados. Estos tienen margen para lograr reducciones en la tasa global de fecundidad, mientras que los grupos de mayor instrucción ya han alcanzado bajas tasas y probablemente los descensos serán menores. Aparentemente, para sus hijos habría descendido la mortalidad infantil tempranamente en el siglo XX, y su fecundidad probablemente lo hizo en los años posteriores a la segunda guerra mundial. En síntesis, como se mencionó, y lo ejemplifica el gráfico 1, se esperaría que el descenso de la fecundidad según estratos sociales en estos últimos países condujera a una tendencia general hacia la convergencia en valores bajos.

Los datos de algunas DHS de finales de la década de 1990 y comienzos de la del 2000 permiten evaluar lo que ha sucedido recientemente en las tendencias de la fecundidad y también de la mortalidad infantil. De acuerdo a lo mencionado, varios estudios han formulado hipótesis acerca del efecto que la crisis ha tenido sobre estas variables. En particular, se considera que la crisis y las medidas de ajuste económico no habrían detenido la disminución en la mortalidad infantil ni en la fecundidad y que los cambios demográficos se habrían independizado del proceso de desarrollo. Más aún, la crisis habría profundizado el deseo de tener menos hijos por la dificultad de asegurar una crianza adecuada. En este sentido, para los grupos rezagados se esperaría la continuación de la disminución de la fecundidad. Los datos muestran heterogeneidad en cuanto al comportamiento según sectores sociales. Por ejemplo, la tendencia reciente del número promedio de hijos muestra que los sectores rezagados en general continuaron dicho proceso, aunque en varios casos con menor intensidad que en el pasado. En los sectores con mayor nivel de instrucción la TGF tiende a estabilizarse, en general, en valores todavía superiores a los observados en el mundo desarrollado, aunque en países de fecundidad baja de la región ya llegaron a tasas cercanas o inferiores al reemplazo (cuadro 1).

Gráfico 1

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES, PAÍSES SELECCIONADOS



Fuente: cuadro 1.

Cuadro 1

**DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LA POBLACIÓN FEMENINA DE 15-49 AÑOS Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD
SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN A PARTIR DE DIVERSAS FUENTES. PAÍSES SELECCIONADOS**

Nivel de fecundidad, país y fuente	Fuente 1 (decenio 1970)		Fuente 2 (decenio 1980)		Fuente 3 (decenio 1990)		Fuente 4 (circa 2000)	
	Mujeres %	TGF	Mujeres %	TGF	Mujeres %	TGF	Mujeres %	TGF
Fecundidad alta								
Guatemala (DHS 87/95/98)								
Sin instrucción	-	-	100	5,6	100	5,1	100	5,0
Primaria incompleta	-	-	38	7,0	28	7,1	25	7,1
Primaria completa	-	-	35	5,6	47	5,1	49	5,2
Secundaria y más	-	-	12	3,9	-	-	-	-
	-	-	15	2,7	25	2,7	25	3,0
Fecundidad media alta								
Bolivia (censo 76, DHS 89, 94, 98)								
Sin instrucción	100	6,5	100	4,9	100	4,8	100	4,2
Básico	43	7,6	18	6,1	12	6,5	8	7,1
Intermedio	30	6,5	36	5,9	36	6,0	29	5,8
Secundaria y más	12	4,0	16	4,5	16	4,9	14	4,6
	15	4,0	30	2,9	36	2,7	49	2,7
Honduras (EDENH 75, 83, ENESF 91, DHS 96)								
Sin instrucción	100	7,0	100	6,3	100	5,2	100	4,9
1-3 años	42	7,5	24	8,0	15	7,0	12	7,1
4-6 años	28	7,3	26	7,7	26	6,4	23	6,1
7 años y más	23	5,9	28	5,8	35	4,9	37	4,8
	7	3,3	22	3,3	24	3,1	28	2,9
Fecundidad media baja								
Ecuador (ENF 79, ENDESA 87, ENDEMAIN 94, 99)								
Sin instrucción	100	6,6	100	4,3	100	3,6	100	3,3
Primaria	10	8,6	8	6,4	5	6,2	4	5,6
Secundaria y más	55	7,0	48	5,2	43	4,4	40	4,2
Superior	35	3,5	44	3,0	52	2,8	56	2,6
	-	-	-	-	12	2,1	15	1,9

(continúa)

Cuadro 1 (conclusión)

Nivel de fecundidad, país y fuente	Fuente 1 (decenio 1970)		Fuente 2 (decenio 1980)		Fuente 3 (decenio 1990)		Fuente 4 (circa 2000)	
	Mujeres %	TGF	Mujeres %	TGF	Mujeres %	TGF	Mujeres %	TGF
Fecundidad media baja								
Colombia (ENFC76, EPDS86, ENDS 95, DHS 2000)								
Sin instrucción	100	4,7	100	3,3	100	3,0	100	2,6
Primaria	21	7,1	6	5,4	4	5,0	3	4,1
Secundaria y más	55	5,2	49	4,2	37	3,8	32	3,6
Superior	24	2,7	45	2,5	59	2,5	50	2,4
	-	-	-	-	-	-	15	1,5
Fecundidad baja								
México (EMF 76, END 82, ENDD 92, 97)								
Sin instrucción	100	6,3	100	4,7	100	3,5	100	2,7
Primaria incompleta	34	7,5	12	7,2	15	5,6	6	4,7
Primaria completa	38	6,8	32	5,5	23	4,3	17	3,7
Secundaria y más	18	4,6	19	4,2	20	3,2	22	3,1
	10	3,2	37	3,0	42	2,4	55	2,2
Chile (Censos/ registros 70, 82, 92)								
0-3 años	100	3,9	100	3,0	100	2,5	-	-
4-6 años	31	5,3	13	3,9	7	2,8	-	-
7-9 años	28	4,4	25	3,4	17	2,4	-	-
10 años y más	10	3,4	35	2,9	24	2,4	-	-
	31	2,5	27	2,3	52	2,4	-	-
Brasil (DHS 86, 96)								
Sin instrucción	-	-	100	3,4	100	2,5	-	-
Primario incompleto	-	-	7	6,5	5	5,0	-	-
Primario completo	-	-	67	5,1	33	3,3	-	-
Secundaria y más	-	-	-	3,1	-	2,4	-	-
Superior	-	-	26	2,5	62	1,6	-	-

Fuente: Schkolnik, S. y J. Chackiel (1998); Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, (varios años), www.measuredhs.com.

Nota: las fuentes no son necesariamente comparables en términos de las categorías de nivel de instrucción. El cuadro se construyó tratando de que las categorías sean coherentes para las fuentes de un mismo país.

IV. El aporte de los grupos rezagados a la transición demográfica nacional

Esta sección se refiere al análisis de los cambios en la fecundidad atribuibles, por un lado, a la evolución del perfil educativo de la población (que sería el indicador de los cambios implícitos en los fenómenos de movilidad social) y, por otro, a las tendencias de las tasas en cada categoría educacional (que sería el indicador de cambios de fecundidad al interior de los grupos). Para ello se ha recurrido al procedimiento de tipificación (estandarización) utilizada en un trabajo anterior, que demostraba la existencia de importantes contribuciones de ambos factores (Weinberger y otros, 1989). En aquella ocasión, los autores citados examinaron lo que ocurría en cuatro países latinoamericanos entre los decenios de 1970 y 1980. En el presente documento, al igual que en el trabajo anterior (Schkolnik y Chackiel, 1998), se ha aplicado el procedimiento a un número mayor de países, incluyendo ahora también un período más reciente para la fecundidad. El ejercicio da una idea global de la contribución de ambos factores, pero es poco robusto cuando las variaciones en la TGF son muy pequeñas pues, en ese caso, la sensibilidad de los resultados, debida a imprecisiones menores de las estimaciones, puede conducir a conclusiones erróneas.

En el cuadro 2 se presentan los porcentajes de cambio en la fecundidad atribuibles al perfil educativo (llamado efecto "distribución") y al cambio al interior de los grupos (llamado efecto "tasas").¹⁰ Se corroboran los hallazgos de Weinberger y otros (1989) en el sentido de que ambos factores desempeñan un rol muy importante en el cambio de la fecundidad de los países y que el aporte debido a las "tasas" sería, en la mayoría de los países, superior al de "distribución" sobre todo en los casos en que ya se ha alcanzado una fecundidad baja. De esta manera, se puede observar en dicho cuadro que ello en general ocurre en Ecuador, México, Colombia y Chile, con algunas excepciones en México y Colombia.

En los países más avanzados en la transición, el efecto de las "tasas" se incrementa en el último período, lo que surge de cambios más generalizados en la fecundidad dentro de los distintos grupos sociales y también porque se atenúan los cambios en la estructura por nivel educacional. Como consecuencia, se observa algo similar cuando se examinan las diferencias entre países tomando en consideración la etapa de la transición por la que atraviesan. Por ejemplo, en Chile el aporte de las "tasas" al cambio en la TGF es superior a 80%, llegando al 96% en el período más reciente, mientras que en Bolivia y Honduras, en general, predomina el efecto "distribución". En estos dos países podrían presentarse algunas irregularidades producto de la calidad de los datos y de robustez del ejercicio por la pequeña reducción en la TGF.

La contribución de cada grupo al cambio de la fecundidad se presenta en el mismo cuadro 2.¹¹ La mayor contribución al descenso está dada, en general, por los grupos de "primaria" o "1 a 6 años de estudio". Si bien en algunos casos las mayores bajas en números absolutos se observan al interior de las "analfabetas", en los países de transición avanzada su aporte al descenso es menor por la pérdida de importancia relativa de ese grupo debido a la universalización de la enseñanza básica (cuadro 1).

Para ilustrar lo que ocurre en los países en las primeras etapas de la transición, se recurrió a los casos de Bolivia y Honduras (cuadro 2). En el primer país, entre las décadas de 1970 y 1980,

¹⁰ La contribución del perfil educativo de las mujeres se calcula comparando el cambio en la TGF real con el valor esperado si se aplica a las tasas del momento "0" el perfil educativo del momento "1". La contribución de las "tasas" al interior de las categorías surge de comparar el cambio real con el esperado si se aplican las tasas del momento "1" al perfil educativo del momento "0". El residuo, atribuible al efecto interacción de ambos, surge de la diferencia entre 100 y la suma de los efectos anteriormente calculados.

¹¹ El porcentaje de aporte se calculó tomando el cambio ocurrido en cada grupo educacional en el período comprendido entre dos fuentes de información, ponderado por el peso del grupo que surge del promedio de la distribución por nivel educacional en las dos fuentes consideradas y dividiendo por el cambio total.

los mayores cambios en la fecundidad están en los extremos y la mayor contribución al descenso corresponde a las “analfabetas” (55%) porque tienen un mayor cambio absoluto y un mayor peso relativo. En el segundo período (década 1980-1990), los datos de Bolivia están afectados por los problemas de falta de robustez ya mencionados, que se pueden presentar cuando los cambios son menores, lo que podría explicar que el efecto de las "tasas" tienda a hacer aumentar la fecundidad. Ya en el período más reciente (finales de la década de 1990) se observa la mayor importancia del aporte de las mujeres con enseñanza básica. En Honduras el comportamiento se parece más a los países más adelantados en la transición, observándose los mayores aportes en las mujeres con “4 a 6” años de estudio.

En síntesis, en los últimos años ya no se observa el hecho de que los aportes se deban principalmente a los grupos de altos niveles de educación formal, con la expectativa que luego se extienda a los demás. Es probable que ello se deba a que esos sectores han tenido los cambios demográficos importantes, incluso en los países rezagados en la transición, con anterioridad a 1970. Lo que estaría sucediendo es que los descensos actuales de la fecundidad se dan fundamentalmente por el aporte de las mujeres de más baja instrucción, principalmente las que han cursado estudios básicos, considerando que las analfabetas en muchos países ya representan un porcentaje muy bajo de la población.

Cuadro 2

APORTE DE LAS TASAS, DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA POR NIVEL EDUCACIONAL Y DE LOS CAMBIOS DENTRO DE CADA GRUPO AL CAMBIO DE LA TGF

Países y fuentes	Fecundidad					
	Decenio 70 – 80		Decenio 80 – 90		Circa 2000	
	Aporte absoluto	Aporte %	Aporte absoluto	Aporte %	Aporte absoluto	Aporte %
Bolivia (Censo 1976,DHS-89, 94, 98)						
Efecto "tasas"	-0,9	62	0,1	-97	-0,1	10
Efecto "distribución"	-0,8	50	-0,2	166	-0,4	89
Grupos:						
Sin instrucción	-1,5	55	0,4	-64	0,6	-120
Básico	-0,6	24	0,1	-38	-0,2	130
Intermedio	0,5	-8	0,4	-68	-0,3	90
Medio o más	-1,1	29	-0,2	70	0,0	0
Honduras (EDENHII 75, 83, DHS 91/92, 96)						
Efecto "tasas"	0,3	-58	-0,9	80	-0,1	44
Efecto "distribución"	-0,7	138	-0,2	23	-0,2	55
Grupos:						
Sin instrucción	0,5	-67	-1,0	23	0,1	-9
de 1 a 3 años	0,4	-44	-1,3	39	-0,3	50
de 4 a 6 años	-0,1	11	-0,9	33	-0,1	24
7 años o más	0,0	0	-0,2	5	-0,2	35

(continúa)

Cuadro 2 (conclusión)

Países y fuentes	Fecundidad					
	Decenio 70 – 80		Decenio 80 – 90		Circa 2000	
	Aporte absoluto	Aporte %	Aporte absoluto	Aporte %	Aporte absoluto	Aporte %
Ecuador (WFS-79, DHS-87 , Enc. 94, 99)						
Efecto "tasas"	-1,4	86	-0,5	73	-0,2	74
Efecto "distribución"	-0,3	21	-0,2	32	-0,1	28
Grupos:						
Sin instrucción	-2,2	15	-0,2	1	-0,6	12
de 1 a 6 años	-1,8	70	-0,8	90	-0,2	38
7 años o más	-0,5	15	-0,2	9	-0,2	50
México (WFS-76/77, Enc. 1982, 1992, 1997)						
Efecto "tasas"	-0,7	39	-1,0	92	-0,4	56
Efecto "distribución"	-1,0	66	-0,1	25	-0,4	57
Grupos:						
Sin instrucción	-0,3	11	-1,6	22	-0,9	27
Primaria incompleta	-1,3	70	-1,2	34	-0,6	34
Primaria completa	-0,4	13	-1,0	22	-0,2	12
Más que primaria	-0,2	6	-0,6	22	-0,2	27
Colombia (WFS-76, DHS-86, 95, 2000)						
Efecto "tasas"	-1,0	64	-0,2	52	-0,3	76
Efecto "distribución"	-0,8	54	-0,3	62	-0,1	24
Grupos:						
Sin instrucción	-1,7	28	-0,4	10	-0,9	11
Primaria	-1,0	64	-0,4	90	-0,2	24
Secundaria o más	-0,2	8	0,0	0	-0,3	65
Chile (Censo y registros 1970, 1982 y 1992)						
Efecto "tasas"	-0,8	83	-0,5	96	-	-
Efecto "distribución"	-0,3	34	-0,3	44	-	-
Grupos:						
0 a 3 años	-1,4	42	-1,1	26	-	-
4 a 6 años	-1,0	35	-1,0	49	-	-
7 a 9 años	-0,5	15	-0,5	34	-	-
10 años o más	-0,2	8	0,1	-9	-	-

Fuente: elaborado en base al cuadro 1.

V. Los determinantes próximos de la fecundidad

En las secciones anteriores se ha visto que en los últimos años los sectores sociales más rezagados, incluso en países de alta fecundidad, han iniciado su proceso de transición. Si bien se observan cambios en estos grupos, aún mantienen fecundidad elevada y su posición de desventaja social y económica. Además, como se ha mencionado, es probable que las motivaciones y los mecanismos que producen la transición no sean los mismos que los observados en el modelo europeo del siglo XIX y en los sectores medios y altos de América Latina.

En el caso de la fecundidad, la influencia de los cambios sociales es mediatizada por un conjunto de determinantes próximos que tienen que ver con la exposición a la concepción, al embarazo y al parto (Davis y Blake, 1956; Bongaarts, 1978, 1982). En lo que sigue, aprovechando información proporcionada por las DHS y otras encuestas, se hará referencia principalmente al comportamiento de los determinantes próximos que pudieran haber tenido mayor impacto sobre el descenso de la fecundidad en los grupos más rezagados.

Se ha observado que los factores asociados al descenso de la fecundidad en los países europeos pudieran estar presentes en las mujeres con más instrucción de América Latina. En Europa en los inicios de la transición tuvo un papel importante la nupcialidad (matrimonios menos frecuentes y más tardíos) y posteriormente el aumento en la prevalencia de anticonceptivos modernos (Zavala de Cosío, 1992).

En América Latina, sin embargo, las mujeres de los estratos más bajos parecerían no estar siguiendo dichas pautas en lo que se refiere a la nupcialidad y sólo parcialmente en lo relativo a la anticoncepción. Esto, sin embargo, no puede atribuirse al deseo de tener una familia numerosa, pues en sus declaraciones del número ideal de hijos no están tan alejadas del tamaño ideal de familia de las que tienen mayor nivel de instrucción. En efecto, el número ideal de hijos declarado por las mujeres de grupos rezagados en las encuestas (cuadro 3) es relativamente bajo y, aunque sistemáticamente mayor, no muestra gran diferencia con el declarado por las mujeres de mayor instrucción. Por ejemplo, el número ideal de hijos de las mujeres sin instrucción es de 2,7 en Brasil y Bolivia, de 2,9 en Colombia y Perú, y de 3,1 en Ecuador, mientras las de mayor instrucción varían entre 2,2 y 2,4 en los mismos países. Ello se expresa en que las brechas entre la fecundidad observada y la deseada de los grupos rezagados son de una magnitud considerable (por ejemplo, 5,0 frente a 2,7 en Brasil, 5,6 frente a 3,1 en Ecuador, 5,1 frente a 2,9 en Perú, 7,1 frente a 2,7 en Bolivia, 6,4 frente a 3,5 en Haití). Los casos de Colombia y Perú, que contienen datos de la década de 1970, muestran asimismo, que las mujeres de menor instrucción no siempre desearon un número de hijos tan bajo como el señalado en las últimas encuestas. En este sentido, en las últimas décadas parece haberse dado una evolución hacia un número menor de ideal de hijos, que afectó a las mujeres de todos los grupos sociales, incluso las de estratos más bajo, aunque las motivaciones de cada grupo puedan ser diferentes.

Los estudios realizados con base en los principales determinantes próximos de la fecundidad (nupcialidad, infertilidad postparto, anticoncepción y aborto), muestran que la anticoncepción es la variable que ha tenido un peso decisivo en el descenso de la fecundidad en la región. Esto también parece ser así en el caso de los grupos más rezagados, observándose en estos grupos un aumento en el uso de anticonceptivos, incluyendo los modernos. El aborto queda excluido de los estudios por falta de información, aunque hay indicios de que puede estar desempeñando un papel importante en todos los sectores sociales (Ferrando, 2003).

Debido a la urbanización, la expansión de la educación, el mejoramiento en la situación de la mujer y los esfuerzos de los programas de planificación familiar, entre otros factores, la información sobre anticonceptivos y cómo obtenerlos se ha difundido por los países de la región y en los distintos grupos sociales. En general, a medida que aumenta la educación formal aumenta el

uso de anticonceptivos y se pueden distinguir dos patrones de uso según sectores sociales, lo que está ligado al nivel de la fecundidad de cada país (cuadros 3 y 4). Así se tiene por un lado el de los países generalmente de fecundidad alta y media, en que hay gran diferencia en el comportamiento anticonceptivo entre grupos extremos de nivel de instrucción (ej.: Guatemala, Bolivia y, en menor medida, Nicaragua). Por otra parte están aquellos países, generalmente de menor fecundidad, donde se observa menos diferencia en el comportamiento anticonceptivo entre estos grupos y donde las mujeres de menor instrucción se han incorporado con mayor intensidad a la práctica anticonceptiva (ej.: Brasil y Colombia). Lo que los distingue es que en el primer grupo de países hay una mayor diferencia (entre las con menos y más instrucción) en la prevalencia de anticonceptivos modernos de acuerdo a las encuestas más recientes (ej.: 16 frente a 54 en Guatemala y 8 frente a 38 en Bolivia) y un uso relativamente bajo de esterilización femenina (cuadro 4) (ej. 11 frente a 24 en Guatemala y 4 frente a 8 en Bolivia). En estos países este último método, en general, presenta mayor prevalencia entre las mujeres con mayor instrucción. En el segundo grupo de países, por su parte, la diferencia en el uso de anticonceptivos modernos es menor (ej.: 57 frente a 75 en Brasil y 56 frente a 65 en Colombia), observándose un nivel elevado de esterilización femenina en todos los grupos (ej.: 46 frente a 36 en Brasil y 39 frente a 23 en Colombia), posiblemente como consecuencia del énfasis de los programas de planificación familiar en este método. De todas maneras cabe mencionar que en los países con mayor descenso de la fecundidad, la esterilización femenina es más marcada entre las mujeres de menor instrucción, lo que ha dado pie a dudas acerca de si las usuarias han decidido su uso en forma voluntaria o han sido inducidas a ello por su falta de mejor información sobre las otras opciones. Es probable que parte de este comportamiento se deba a que las mujeres con menor instrucción tienen una distribución por edades más envejecida, en que la esterilización es más frecuente.

En síntesis, comparando las mujeres sin instrucción en estos dos grupos de países se observa que las diferencias en las TGF se encuentran asociadas a diferencias en el uso de anticonceptivos modernos, principalmente de la esterilización femenina.

Ciertos aspectos del comportamiento reproductivo y el resultado final del tamaño de la familia se encuentran ligados al comportamiento de las mujeres en cuanto a la nupcialidad, tales como la edad al casarse, la frecuencia con que se realizan las uniones, la importancia del celibato permanente, el tiempo de permanencia dentro de las uniones, entre otros.

Como se ha mencionado, en los inicios de la transición de la fecundidad en los países de Europa Occidental, tanto la postergación de los matrimonios como el incremento del celibato tuvieron un impacto decisivo (Zavala de Cosío, 1992). Asimismo los indicadores de nupcialidad para las mujeres de los sectores sociales medios y altos en América Latina muestran comportamientos que, si bien pueden no ser tan extremos como aquellos, van en la misma dirección. La edad a la primera unión de las mujeres con educación media o superior oscila, en general, alrededor de los 24 años (cuadro 3) y el porcentaje de solteras al final del período fértil es superior al que se encuentra en los restantes grupos. Sin embargo, en los sectores de mujeres con menor instrucción los patrones de nupcialidad han desempeñado un papel menor que la anticoncepción en el descenso de la fecundidad, que el que han tenido —y aún tienen— entre las con más instrucción.

Los indicadores de nupcialidad derivados de las DHS muestran que las mujeres sin instrucción tienen una mayor exposición a la concepción que las con mayor instrucción, tanto por el menor porcentaje de solteras como por el mayor tiempo transcurrido en uniones en períodos similares y por una temprana edad a la primera unión. En efecto, la edad a la primera unión es más baja entre estas mujeres que entre las con mayor nivel de instrucción, pero no se observan —como en el caso anterior— diferencias entre países con diferente nivel de fecundidad (cuadro 3).

La duración de la lactancia —un componente fundamental de la infertilidad postparto— también ha sido considerada como un importante determinante próximo de la fecundidad, que afecta la exposición al riesgo de embarazo, los intervalos entre nacimientos y el nivel de fecundidad final. La lactancia tiene como uno de sus resultados la supresión de la ovulación prolongando la amenorrea postparto, por lo cual se esperaría encontrar que el descenso de la fecundidad estuviera asociado a períodos más prolongados de lactancia.

Si bien en América Latina existe tradicionalmente el ideal de la lactancia prolongada que resalta la importancia de la leche materna para la salud y el desarrollo futuro del niño, especialmente en los sectores sociales menos aventajados, los niveles encontrados en las últimas encuestas muestran una cierta heterogeneidad que va de un promedio nacional de 8 meses de lactancia en República Dominicana a 22 meses en Perú (cuadro 5).

Cuando se observa el promedio de meses de lactancia por nivel de instrucción de las mujeres se advierte que, así como las restantes variables, también éste es diferencial y con una tendencia a disminuir a medida que aumentan los años de instrucción, según muestran los datos publicados de las DHS. De hecho este comportamiento se observa también en otros países y parece ser consecuencia del ritmo más acelerado de la vida urbana, la mayor incorporación de las mujeres al trabajo fuera del hogar, el insuficiente conocimiento de los beneficios de la lactancia materna y la gran difusión de la alimentación alternativa de fácil obtención. Se ha señalado que una de las causas de la disminución de la lactancia materna es que las instituciones de salud han desarrollado rutinas y prácticas que no la favorecen, tales como la separación de la madre y el recién nacido, el establecimiento de horarios de alimentación rígidos, el uso del biberón y la distribución de muestras de otros tipos de alimentos en forma gratuita (Rodríguez-García y otros, 1990).

Entre las mujeres sin instrucción la duración de la lactancia es la más elevada —entre 10 y 25 meses— y no se observan cambios significativos en el tiempo dentro de cada país, por lo cual se hace evidente que al menos en los últimos años esta variable no ha incidido en los cambios en el nivel de la fecundidad. A esto se puede agregar que las mismas encuestas muestran que —entre las mujeres sin instrucción— la duración de la lactancia es incluso menor en los países de más baja fecundidad, como Colombia y República Dominicana, en comparación con países que tienen mayor fecundidad, como Guatemala y Bolivia. En estos últimos, si bien la duración de la lactancia es mayor, lo que favorecería el descenso de la fecundidad, es evidente que esto no logra compensar el menor uso de anticonceptivos como determinante del descenso de la fecundidad.

Cuadro 3
AMÉRICA LATINA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y VARIABLES INTERMEDIAS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES EN PAÍSES SELECCIONADOS EN DISTINTAS ETAPAS DE EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD

Nivel de fecundidad	Nivel de instrucción																								
	Sin instrucción					Primaria					Intermedio					Secundaria y más									
	TGF	Ideal de hijos	Edad 1era unión	Uso de MAC	MAC moder- nos	TGF	Ideal de hijos	Edad 1era unión	Uso de MAC	MAC moder- nos	TGF	Ideal de hijos	Edad 1era unión	Uso de MAC	MAC moder- nos	TGF	Ideal de hijos	Edad 1era unión	Uso de MAC	MAC moder- nos					
Baja	Total																								
Brasil																									
DHS-86	3,4	2,8	21,2	66,2	56,5	6,5	3,3	19,4	47,3	39,5	5,1	2,9	20,4	67,1	57,7	3,1	n.d.	n.d.	69,9	n.d.	2,5	2,5	25,0	72,9	61,2
DHS-96	2,5	2,3	21,1	76,7	70,3	5,0	2,7	18,8	64,1	56,6	3,3	2,5	19,7	71,9	66,1	2,4	n.d.	n.d.	80,1	n.d.	1,6	2,2	22,2	81,8	75,0
México																									
DHS-87	4,0	3,0	19,9	52,7	44,6	4,9	4,4	17,3	23,7	19,2	4,4	3,2	19,3	52,0	44,8	3,4	n.d.	n.d.	62,0	n.d.	2,6	2,4	22,7	69,8	57,9
DHS-87 1997	n.d.	n.d.	n.d.	67,6	56,0	4,1	n.d.	n.d.	45,0	n.d.	3,8	n.d.	n.d.	58,8	n.d.	3,1	n.d.	n.d.	68,6	n.d.	2,4	n.d.	n.d.	74,0	n.d.
Media baja	Total																								
R. Dominicana																									
DHS-86	3,7	3,4	18,5	49,8	46,5	5,3	3,6	16,8	35,7	32,4	4,3	3,5	17,6	49,0	46,7	2,9	3,1	21,3	55,2	n.d.	2,1	3,1	22,4	55,5	49,6
DHS-91	3,3	3,1	19,0	56,4	51,7	5,2	3,5	16,6	41,5	37,8	4,3	3,3	17,6	55,2	52,3	3,5	2,9	20,9	59,2	51,7	2,7	2,9	22,9	61,4	53,7
DHS-96	3,2	3,2	19,3	63,7	59,2	5,0	3,7	16,3	53,1	50,7	4,3	3,3	17,6	64,5	61,0	3,4	n.d.	n.d.	64,5	n.d.	2,4	2,9	22,7	65,2	58,7
Colombia																									
WFS-76	4,7	4,1	19,2	n.d.	n.d.	7,1	4,9	18,5	n.d.	n.d.	5,2	4,1	19,1	n.d.	n.d.	2,7	3,4	19,8	n.d.	n.d.	2,5	3,1	22,2	62,9	n.d.
DHS-86	3,2	2,7	20,8	64,8	52,4	5,4	3,4	18,1	50,7	42,8	4,2	2,9	20,1	62,0	49,2	2,5	2,4	22,1	71,8	60,6	1,5	2,4	22,7	81,4	66,5
DHS-90	2,8	2,6	21,0	66,1	54,6	4,9	3,1	18,7	52,6	44,0	3,6	2,8	19,7	63,3	51,8	2,4	2,4	22,0	69,4	57,8	1,6	2,4	22,9	76,8	64,2
DHS-95	3,0	2,5	21,5	72,2	59,3	5,0	3,3	18,5	58,0	45,4	3,8	2,8	19,7	70,4	56,6	2,6	2,3	21,9	74,7	62,7	1,8	2,3	23,0	77,1	64,5
DHS 2000	2,6	2,3	21,4	76,9	64,0	4,0	2,9	18,6	72,7	55,5	3,6	2,5	19,8	77,0	62,1	2,4	n.d.	n.d.	77,7	n.d.	1,5	2,2	22,9	77,2	66,0
Ecuador																									
DHS-87	4,2	3,0	20,1	44,2	35,8	6,4	3,6	18,4	18,5	15,4	5,2	3,3	19,2	41,0	34,6	3,1	2,6	20,9	54,8	n.d.	2,3	2,6	21,9	56,7	43,5
CDC-94	3,6	2,7	20,7	56,8	44,4	6,2	3,6	18,6	26,0	20,3	4,4	2,9	19,5	50,7	40,1	2,8	2,4	21,4	66,1	52,0	2,1	2,4	24,9	74,3	54,8
CDC-99	3,3	2,5	21,0	65,8	50,0	5,6	3,1	18,5	45,8	35,1	4,1	2,8	19,6	60,5	46,1	2,9	2,5	21,3	70,8	53,6	1,9	2,4	25,0	78,6	60,0
Perú																									
WFS-77	5,3	4,4	18,4	41,3	n.d.	7,3	4,0	17,6	20,6	n.d.	6,8	4,0	18,3	48,8	n.d.	5,1	3,3	20,1	68,3	n.d.	3,3	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
DHS-86	4,3	2,7	20,5	45,8	23,0	7,0	3,2	18,7	19,1	7,6	6,1	2,9	19,1	39,3	17,1	4,7	2,4	21,2	61,9	n.d.	2,9	2,5	23,3	69,1	n.d.
DHS-92	4,0	2,5	21,1	59,0	32,8	7,1	3,0	18,7	35,5	11,6	5,1	2,6	19,0	51,3	24,0	3,1	2,3	21,4	65,6	39,6	1,9	2,4	23,2	73,2	47,9

(continúa)

Cuadro 3 (conclusión)

Nivel de fecundidad	Nivel de instrucción																									
	Sin instrucción						Primaria						Intermedio						Secundaria y más							
	TGF	Ideal de hijos	Edad 1era unión	Uso de MAC	MAC modernos	TGF	Ideal de hijos	Edad 1era unión	Uso de MAC	MAC modernos	TGF	Ideal de hijos	Edad 1era unión	Uso de MAC	MAC modernos	TGF	Ideal de hijos	Edad 1era unión	Uso de MAC	MAC modernos						
Media baja	Total																									
Perú	3,5	2,5	20,9	64,2	41,3	6,9	3,1	18,7	38,3	18,8	5,0	2,7	19,1	59,0	34,9	3,0	n.d.	n.d	70,2	n.d	2,1	2,3	23,0	75,4	49,3	
DHS-96	2,9	2,4	21,4	68,9	49,7	5,1	2,9	18,8	50,2	33,0	4,1	2,6	19,2	63,5	43,8	2,4	n.d.	n.d	74,6	n.d	1,8	2,3	23,5	75,5	57,1	
El Salvador	4,2	3,6	19,0	47,3	44,3	6,0	4,7	17,7	36,5	35,5	4,4	3,7	18,7	48,4	45,6	3,5	2,7	20,1	52,0	45,4	2,3	2,6	22,8	63,9	56,0	
DHS-85	3,8	n.d.	19,4	53,3	48,0	5,1	n.d.	17,2	43,4	41,8	3,8	n.d.	18,4	51,0	46,6	3,1	n.d.	20,2	59,5	51,9	2,3	n.d.	23,6	67,5	54,3	
CDC-93	3,6	n.d.	19,5	59,7	54,1	4,8	n.d.	17,3	49,6	n.d.	3,6	n.d.	18,4	51,8	n.d.	3,2	n.d.	20,1	61,8	n.d.	2,4	n.d.	23,4	67,8	n.d.	
CDC-98																										
Media alta	Total																									
Bolivia	5,0	2,6	20,3	30,3	12,2	6,1	2,8	20,0	11,5	2,4	5,9	2,6	19,8	24,8	8,3	4,5	2,5	19,9	38,4	16,8	2,9	2,5	21,3	49,4	23,8	
DHS-89	4,8	2,5	20,6	45,3	17,8	6,5	2,7	20,2	22,7	3,0	6,0	2,5	19,7	39,2	11,4	4,9	2,5	19,5	46,7	17,1	2,7	2,4	21,6	61,4	30,3	
DHS-94	4,2	2,6	20,9	48,3	25,2	7,1	2,7	20,2	19,4	7,6	5,8	2,7	19,7	38,1	17,6	4,6	n.d.	n.d	53,3	n.d.	2,7	2,5	22,1	63,6	36,7	
Paraguay	4,7	3,9	20,9	48,4	35,2	6,7	5,0	19,4	28,2	19,9	6,2	4,2	20,0	43,3	31,2	4,5	n.d.	n.d	47,4	n.d.	3,2	3,3	23,3	62,4	46,1	
DHS-90	4,4	3,6	21,0	50,7	41,3	6,9	4,7	18,7	32,6	26,7	5,5	3,9	20,0	43,0	35,5	4,7	3,1	21,1	51,4	42,3	3,0	3,0	24,6	64,4	51,4	
CDC-95/96	4,3	n.d.	n.d.	57,4	47,7	6,2	n.d.	n.d	36,5	30,9	5,8	n.d.	n.d	52,9	41,3	5,0	n.d.	n.d	53,7	45,8	3,0	n.d.	n.d	69,4	58,5	
CDC-98																										
Alta	Total																									
Guatemala	5,5	3,8	18,6	23,2	19,0	7,0	4,7	17,7	9,8	8,6	5,6	3,5	18,7	29,5	24,3	n.d.	n.d.	n.d	n.d	n.d.	n.d.	3,9	2,9	22,8	53,3	46,2
DHS-87	5,1	3,6	19,0	31,4	26,9	7,1	4,6	17,8	14,1	12,7	5,1	3,6	18,7	32,5	28,3	n.d.	n.d.	n.d	n.d	n.d.	n.d.	2,6	2,7	22,3	63,1	51,2
DHS-95	5,0	3,4	19,3	38,2	30,9	6,8	4,4	17,8	19,4	16,0	5,2	3,4	19,0	38,4	31,3	n.d.	n.d.	n.d	n.d	n.d.	n.d.	2,9	2,7	21,9	68,0	53,6
DHS-98/99																										
Haití	4,8	3,3	20,8	18,0	13,2	6,1	3,6	20,1	11,3	8,4	4,8	3,2	20,7	19,7	15,2	n.d.	n.d.	n.d	n.d	n.d.	n.d.	2,5	2,9	23,9	34,2	23,2
DHS-94/95	4,7	3,1	20,5	28,1	22,8	6,4	3,5	19,3	21,9	19,4	5,1	3,1	20,1	29,3	23,1	n.d.	n.d.	n.d	n.d	n.d.	n.d.	2,5	2,7	24,8	39,3	29,7
DHS-2000																										

Fuente: Ferrando, Delicia (2003).

TGF: tasa global de fecundidad; MAC: prevalencia de uso de métodos anticonceptivos; MAC modernos: prevalencia de uso de anticonceptivos modernos; n.d: no disponible.

Cuadro 4
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y PORCENTAJE DE USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS SEGÚN TIPO DE MÉTODO POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Nivel de fecundidad	Tasa global de fecundidad	Usa cualquier método	Usa métodos modernos						Usa métodos tradicionales				No usan métodos	Total		
			Total método mod.	Píldora	DIU	Inyección	Vaginales	Condón	Esterilización fem.	Esterilización masc.	Total mét. tradic.	Ritmo			Retiro	Otros
Alta																
Guatemala 98/99																
Sin instrucción	5,0	38,2	30,9	5,0	2,2	3,9	0,0	2,3	16,7	0,8	7,2	5,7	1,5	0,1	61,8	100
Primaria	6,8	19,4	16,0	1,2	0,3	2,3	0,0	0,7	11,4	0,0	3,4	2,8	0,6	0,0	80,6	100
Medio y más	5,2	38,4	31,3	5,9	0,9	4,1	0,0	2,0	17,3	1,2	6,8	5,4	1,4	0,3	61,6	100
Media alta																
Bolivia 1998																
Sin instrucción	2,9	68,0	53,6	9,0	8,3	5,8	0,2	5,7	23,7	1,0	14,3	11,1	3,3	0,0	32,0	100
Básico	4,2	48,3	25,2	3,8	11,1	1,1	0,0	2,6	6,5	-	23,1	20,0	2,3	0,8	51,7	100
Intermedio	7,1	19,4	7,6	0,5	2,8	0,2	0,0	0,4	3,7	-	11,9	9,9	0,4	1,5	80,6	100
Secundaria y más	5,8	38,1	16,4	2,5	6,6	0,8	0,0	1,4	5,1	-	21,7	18,0	2,5	1,2	61,9	100
Nicaragua 2001																
Sin instrucción	4,6	53,3	27,5	6,8	10,0	1,1	0,0	2,2	7,4	-	25,9	22,0	3,0	0,9	46,7	100
Primaria 1-3	2,7	65,2	38,3	4,9	18,5	1,7	0,1	4,7	8,3	-	26,9	24,4	2,4	0,2	34,8	100
Primaria 4-6	3,2	68,6	66,1	14,6	6,4	14,3	-	3,3	25,3	0,5	2,5	1,5	1,0	-	31,4	100
Secundaria	5,2	52,1	50,4	8,9	2,0	14,4	-	1,1	21,4	0,0	1,8	1,1	0,6	-	47,9	100
Superior	4,2	67,4	65,8	13,4	2,9	16,4	-	2,2	27,9	0,6	1,6	0,8	0,7	-	32,6	100
Media baja																
Perú 2000																
Sin instrucción	3,3	74,5	72,4	16,8	7,0	15,4	-	3,2	27,4	0,5	2,0	1,4	0,6	-	25,5	100
Primaria	2,5	73,0	69,7	17,7	9,0	12,9	-	4,4	24,0	0,7	3,3	1,8	1,5	-	27,0	100
Secundaria	1,7	72,7	68,3	11,5	11,9	10,7	-	6,5	26,6	0,3	4,5	3,0	1,5	-	27,3	100
Superior	2,9	68,9	50,4	6,7	9,1	14,8	0,6	5,6	12,3	0,5	17,5	14,4	3,2	0,9	31,1	100
Perú 2000																
Sin instrucción	5,1	50,2	33,0	2,8	4,0	11,9	0,0	0,8	11,8	0,9	15,2	13,0	2,2	2,0	49,8	100
Primaria	4,0	63,5	43,8	5,5	4,0	15,7	0,4	2,8	13,8	0,4	18,4	15,2	3,2	1,4	36,5	100
Secundaria	2,4	74,6	56,7	8,0	11,9	16,8	0,8	6,6	11,6	0,5	17,3	13,6	3,8	0,6	25,4	100
Superior	1,8	75,5	58,1	7,8	15,6	9,9	0,9	11,3	10,8	0,6	17,3	14,9	2,4	0,1	24,5	100

(continúa)

Cuadro 4 (conclusión)

Nivel de fecundidad	Tasa global de fecundidad	Usa cualquier método	Usa métodos modernos							Usa métodos tradicionales					Total					
			Total método mod.	Píldora	DIU	Inyección	Vaginales	Condón	Esterilización fem.	Esterilización masc.	Total mét. tradic.	Ritmo	Retiro	Otros		No usan métodos				
Media baja																				
Colombia 2000	2,6	76,9	64,0	11,8	12,4	4,0	0,8	6,1	27,1	1,0	12,3	6,0	6,3	0,7	23,1	100				
Sin instrucción	4,0	72,7	55,5	8,0	2,6	2,0	0,5	2,1	39,3	0,0	15,7	3,6	12,1	1,5	27,3	100				
Primaria	3,6	77,0	62,1	12,7	9,7	2,8	0,5	4,5	30,3	0,5	14,1	5,6	8,4	0,9	23,0	100				
Secundaria	2,4	77,7	66,7	12,6	14,5	5,6	1,0	6,8	24,1	1,5	10,5	5,6	4,9	0,5	22,3	100				
Universitaria	1,5	75,4	63,5	7,2	17,5	3,1	0,9	10,3	22,7	0,9	11,8	9,5	2,3	0,2	24,6	100				
Baja																				
Brasil 1996	2,5	76,7	70,3	20,7	1,1	1,2	0,1	4,4	40,1	2,6	6,1	3,0	3,1	0,3	23,3	100				
Sin instrucción	5,0	64,1	56,6	7,2	0,8	0,4	0,0	2,2	45,7	0,3	6,8	2,7	4,1	0,7	35,9	100				
1-3 años	3,6	69,2	63,7	14,1	0,5	0,8	0,0	2,1	44,9	1,1	5,0	2,0	3,0	0,5	30,8	100				
4 años	3,0	75,0	68,8	20,9	1,0	0,9	0,1	3,6	40,4	1,9	5,8	2,6	3,2	0,4	25,0	100				
5-8 años	2,4	80,1	74,5	27,3	1,0	1,5	0,0	5,1	36,9	2,7	5,5	2,4	3,1	0,1	19,9	100				
9-11 años	1,7	83,1	75,4	23,0	1,5	1,9	0,0	6,0	38,8	4,1	7,6	4,6	3,0	0,1	16,9	100				
12 o más	1,5	85,7	76,3	19,4	3,3	0,8	0,4	8,8	35,7	8,0	9,1	6,4	2,7	0,3	14,3	100				

Fuente: Ferrando, Delicia (2003) y Encuestas Demográficas y de Salud.

Cuadro 5

MESES DE LACTANCIA SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA EN DISTINTAS ETAPAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

Nivel de fecundidad	Nivel de instrucción									
	Total		Sin instrucción		Primaria		Secundaria		Superior	
	TGF	Lactancia	TGF	Lactancia	TGF	Lactancia	TGF	Lactancia	TGF	Lactancia
Alta										
Guatemala										
DHS-87	5,6	20,6	7,0	22,9	5,6	20,1	3,3	14,4	-	-
DHS-95	5,1	19,8	7,1	22,2	5,1	19,0	2,7	11,0	1,8	9,6
DHS-98/99	5,0	19,9	6,8	21,4	5,2	19,0	2,9	13,6	-	-
Media alta										
Bolivia										
DHS-89	4,9	16,2	6,1	17,8	5,9	17,3	4,5	15,2	2,9	12,3
DHS-94	4,8	17,5	6,5	20,7	6,0	18,0	4,9	15,2	2,7	15,1
DHS-98	4,2	17,5	7,1	20,5	5,8	18,4	4,6	15,8	2,7	15,9
Nicaragua										
ESF-92/93	4,5	12,3	6,8	15,9	4,7	12,2	3,4	9,6	2,4	9,4
DHS-98	3,9	12,2	6,1	17,6	4,7	14,1	2,7	8,4	1,5	6,0
DHS-2001	3,2	17,0	5,2	20,2	3,8	18,4	2,5	14,7	1,7	9,4
Media baja										
Perú										
DHS-86	4,5	16,3	7,0	-	6,1	-	4,7	-	2,9	-
DHS-92	3,5	17,3	7,1	21,9	5,1	19,3	3,1	14,8	1,9	10,3
DHS-96	3,5	19,5	6,9	22,4	5,0	19,9	3,0	19,5	2,1	15,0
DHS-2000	2,9	21,6	5,1	25,4	4,0	21,9	2,4	22,0	1,8	17,4
República Dominicana										
DHS-86	3,7	9,4	5,3	12,7	4,3	10,0	2,9	7,2	2,1	6,2
DHS-91	3,3	5,9	5,2	16,6	3,8	7,1	2,8	5,2	2,6	2,5
DHS-96	3,2	7,6	5,0	14,2	3,0	9,1	2,6	6,5	1,9	4,4
Colombia										
DHS-86	3,3	11,1	5,4	12,4	4,2	11,9	2,5	9,5	1,5	-
DHS-90	2,9	8,5	4,9	13,7	3,6	9,4	2,4	7,8	1,6	4,9
DHS-95	3,0	11,3	5,0	12,2	3,8	12,6	2,6	10,6	1,8	7,8
DHS-2000	2,6	13,1	4,0	9,9	3,6	16,9	2,4	12,6	1,5	6,4
Baja										
Brasil										
DHS-86	3,4	-	6,5	-	5,1	-	3,1	-	2,5	-
DHS-96	2,5	7,0	5,0	5,8	3,3	7,6	2,4	6,5	1,6	7,5

Fuente: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, (varios años), www.measuredhs.com.

V. Conclusiones

Así como en todos los procesos de transición demográfica conocidos, en América Latina también en los grupos más rezagados (identificados a través de las mujeres sin instrucción o con nivel primario) ya comenzó el descenso de la fecundidad, probablemente estimulado por la baja de la mortalidad infantil que lo habría precedido. Asimismo, hubo un descenso de la fecundidad en estos grupos en prácticamente todos los países de la región, independientemente del nivel en que se encuentren en el proceso de transición demográfica y del nivel de fecundidad del que partieron o del que se encuentran actualmente. Los datos obtenidos de las DHS más recientes confirman este comportamiento.

En los países de transición más avanzada ya es posible apreciar una tendencia decreciente y convergente hacia niveles bajos, aunque sigue habiendo diferencias según nivel de instrucción. Más aún, los niveles actuales de la TGF entre los grupos más rezagados son, todavía, elevados en relación con el promedio de la región. En los países de fecundidad alta y media se observa una mayor brecha entre grupos según el nivel de instrucción y la TGF de los grupos rezagados muestra un descenso menor y en algunos casos incluso aumentos. Para estos países su valor es todavía propio de una fecundidad alta, generalmente superior a 5 hijos por mujer.

Con respecto a la contribución al descenso de la TGF por efecto de la movilidad social y el cambio al interior de los sectores, los resultados indican que en los inicios de la transición —1960 y 1970— ambos factores fueron importantes, con preponderancia siempre del último. En años recientes los cambios estuvieron más asociados a lo ocurrido en los grupos rezagados. Ya en la última década los descensos de la fecundidad en los países provienen principalmente del aporte de las mujeres de bajo nivel de instrucción. En los países más atrasados en la transición el comportamiento es más heterogéneo y en los más avanzados la mayor contribución está más claramente dada por las mujeres con educación primaria.

Las mujeres de los grupos más rezagados -que desean un tamaño de familia no tan alejado del con mayor instrucción- no muestran un comportamiento parecido a éstas en cuanto a la postergación del matrimonio sino que mantienen una nupcialidad temprana. Se ha observado entre ellas, sin embargo, un incremento en el uso de anticonceptivos, aunque —como era de esperar— en niveles inferiores a las de instrucción mayor. En este aspecto hay diferencias entre los países observados: en los países de menor fecundidad el comportamiento anticonceptivo de las mujeres de bajo nivel de instrucción presenta menor diferencia del con mayor instrucción, en el uso de anticonceptivos modernos, en particular la esterilización. Esta última incluso es superior entre las mujeres de menor instrucción y puede haber estado asociada en parte con decisiones no totalmente voluntarias de las usuarias, sino que condicionadas por la falta de información y acceso a otras opciones. En los países de mayor fecundidad, el uso de anticonceptivos es bajo, lo que sin duda mantiene la fecundidad de los grupos más rezagados en niveles elevados.

Bibliografía

- Arriaga, E. (1974), “América Latina: El descenso de la mortalidad y sus efectos demográfico”, *Asociación colombiana para el estudio de la población y The Population Council*, Bogotá-Colombia.
- Bongaarts, J. (1978), “A framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility”, *Population and Development Review*, 4(1).
- (1982), “The Fertility Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables”, *Studies in Family Planning*, 13(6/7).
- Bongaarts, J., W.P. Mauldin y J. F. Phillips (1990), “The Demographic Impact of Family Planning Programs”, *Studies in Family Planning*, 21(6), noviembre/diciembre.
- CEPAL/CELADE (2004), *Boletín Demográfico N° 73*, Santiago de Chile.

- ___ (1995), *Población, equidad y transformación productiva*, Serie E 37, Santiago de Chile.
- Chackiel J. y S. Schkolnik (1992), “La transición de la fecundidad en América Latina”, en *Notas de Población N° 55*, CELADE, Santiago de Chile.
- Cleland J. (2002), “Education and future fertility trends, with special reference to mid-transitional countries”, en *Completing the fertility transition*, Naciones Unidas, Nueva York.
- Cleland J. y G. Rodríguez (1988), “The effect of parental education on marital fertility in developing countries”, en *Population Studies N° 3*, London School of Economics.
- Davis, K. y J. Blake (1956), “Social Structure and Fertility: An Analytic Framework”, *Economic Development and Cultural Change*, (IV)3, abril.
- Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (varios años), www.measuredhs.com.
- Ferrando, D. (2003), *La fecundidad en América Latina. Tendencias, determinantes y perspectivas*, CEPAL/CELADE, Santiago de Chile (inédito).
- Guzmán, J.M. y J. Rodríguez (1993), “La fecundidad pre-transicional en América Latina: Un capítulo olvidado”, en *Notas de Población N° 57*, CELADE, Santiago de Chile.
- League of Nations (1943), *Statistical Yearbook 1941/42*, Geneva.
- Pérez Brignoli, H. (1994), “América Latina en la Transición Demográfica, 1800-1980”, en *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, Vol. I (primera parte), ABEP/CELADE/IUSSP/PROLAP/SOMEDE, México.
- Rodríguez-García, R. y otros (1990), *Educación en lactancia*, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Schkolnik, S. y J. Chackiel (1998), “América Latina: La transición demográfica en sectores rezagados”, en *Notas de Población N° 67/68*, CEPAL/CELADE, Santiago de Chile.
- United Nations (1995), “Women’s Education and Fertility Behaviour: Recent evidence from the Demographic and Health Surveys”, Sales N° E.95.XIII.23, Nueva York.
- Weinberger, M. B. y otros (1989), “Women's Education and Fertility: A Decade of Change in Four Latin American Countries”, en *International Family Planning Perspectives*, Vol. 15, N° 1.
- Zavala de Cosío, M.E. (1992), “La transición demográfica en América Latina y en Europa”, en *Notas de Población N° 56*, CELADE, Santiago de Chile.

La fecundidad en áreas metropolitanas de América Latina: la fecundidad de reemplazo y más allá

*Luis Rosero-Bixby*¹²

I. Introducción

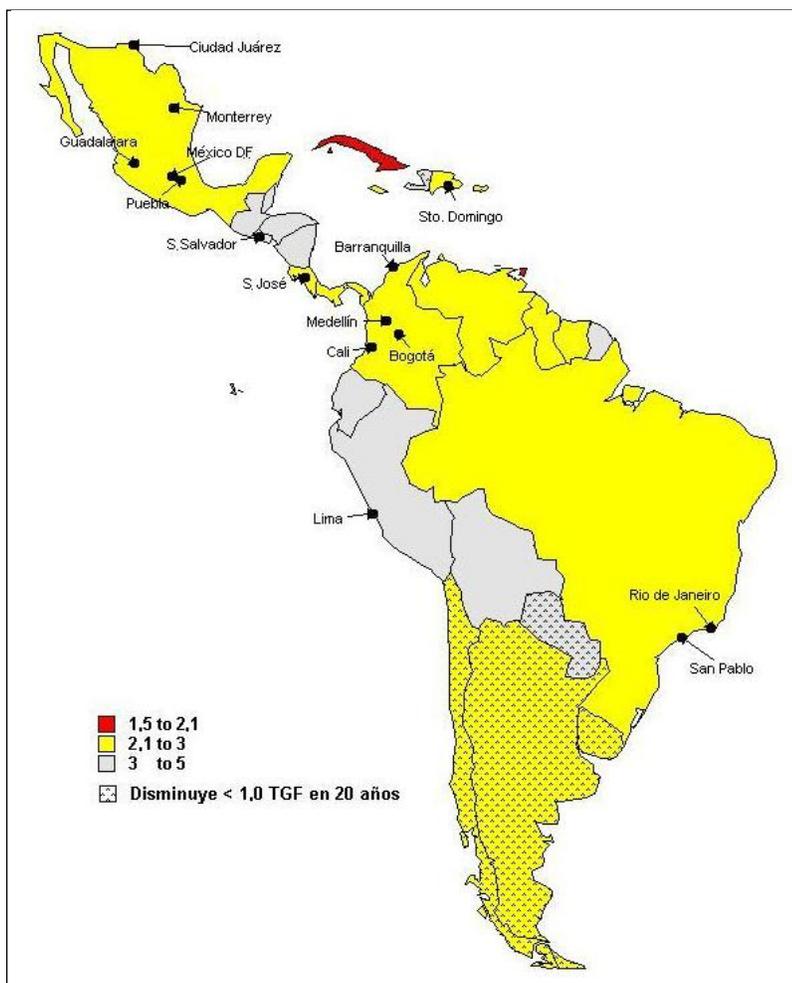
Conforme la fecundidad disminuye en América Latina, varias poblaciones de la región se acercan al nivel de reemplazo, es decir a una tasa global de poco más de 2 hijos por mujer, que alcanza solo para reemplazar una generación por otra de igual tamaño y que en el largo plazo resulta en crecimiento demográfico nulo. La fecundidad de reemplazo tradicionalmente se ha considerado como el final de la transición de la fecundidad. Hasta hace poco tiempo casi todas las proyecciones de población asumían que el descenso de la fecundidad finalizaría al alcanzarse este nivel. La experiencia de países más desarrollados y del antiguo bloque soviético ha mostrado, empero, que nada impide que la fecundidad continúe disminuyendo hasta muy por debajo del reemplazo, con el consiguiente espectro de una crisis demográfica por la disminución y el envejecimiento de la población. ¿Está en América Latina la fecundidad por debajo del reemplazo a la vuelta de la esquina? Esta pregunta específica de la región invoca la cuestión más general de los determinantes de la fecundidad post-transicional, un tópico de amplio debate entre los demógrafos europeos. No existen, empero, esfuerzos para mover esta discusión

¹² Director Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.

más allá de los estrechos límites del mundo más desarrollado, a pesar de que varias poblaciones de Asia y América Latina han cruzado, o están a punto de hacerlo, el umbral del reemplazo.

Un estudio comparativo de siete áreas metropolitanas de América Latina llevado a cabo a principios de la década de 1960, conocido como PECFAL-Urbano, dio la primera campanada de que la transición de la fecundidad había llegado a la región (CELADE y CFSC, 1972). Las áreas metropolitanas fueron la vanguardia y los signos de disminución de la fecundidad encontrados en ellas se manifestaron después de pocos años en otras poblaciones de la región. El presente estudio parte del supuesto de que ciertas transformaciones sociales y de comportamiento, entre ellas la fecundidad, primero ocurren en las grandes ciudades y luego se propagan a toda la población. El estudio examina las tendencias de la fecundidad, con referencia al nivel de reemplazo, en 15 áreas metropolitanas de 7 países latinoamericanos (Mapa 1): São Paulo, Rio de Janeiro, Lima, Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, San José de Costa Rica, San Salvador, Santo Domingo, Ciudad de México, Puebla, Guadalajara, Monterrey y Ciudad Juárez. Todas son metrópolis de un millón o más de habitantes. Como punto de comparación se incluye también en el estudio a la población residente en áreas urbanas de España, que representa una situación extrema de baja fecundidad a la que bien podrían llegar las poblaciones latinoamericanas.

Mapa 1
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD EN LATINOAMÉRICA 1995-2000



Fuente: elaboración propia.

Nota: los límites y los nombres que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

El estudio examina las tendencias de la fecundidad implícitas en las historias de nacimientos investigadas en encuestas de fecundidad de fines de siglo (de 1995 a 2000). La selección de ciudades estuvo condicionada en parte por la disponibilidad de encuestas recientes con información retrospectiva de nacimientos, así como por el hecho de que la fecundidad del país se esté acercando al reemplazo.

El mapa de la fecundidad en América latina y el Caribe, preparado con base en estimaciones de CEPAL/CELADE (Boletín Demográfico 69, 2002), resume el nivel y la tendencia reciente de la fecundidad en la región. Solamente Cuba y Trinidad Tabago han sobrepasado el reemplazo, pero una decena de países, incluyendo los gigantes Brasil, México y Colombia, podrían estar muy cerca de alcanzarlo, debido a que tenían en 1995-2000 tasas globales de fecundidad (TGF) por debajo de 3 hijos por mujer y en franco descenso. El mapa también muestra que en algunos países, como los del Cono Sur, aunque la fecundidad es baja (menos de 3 hijos), su descenso es inexistente o muy lento (menos de 1,0 hijo de disminución en la TGF de las últimas dos décadas), por lo cual no son candidatos a alcanzar el reemplazo en un futuro cercano. Casi todos los países con fecundidad baja y en descenso —que abarcan la mayor parte de la población de la región— están representados en la muestra de 15 áreas metropolitanas bajo estudio. En ella también se incluyen a dos ciudades de países con fecundidad moderada de poco más de 3 hijos por mujer, pero en franca disminución: Lima y San Salvador. Puede decirse, en suma, que si alguna población de la región llegará pronto a una fecundidad por debajo del reemplazo, ella probablemente se cuenta entre las 15 ciudades seleccionadas para el presente estudio.

¿Qué hace caer a la fecundidad por debajo del reemplazo? Aunque no existe una explicación única de las causas, sí existen constataciones empíricas de ciertos elementos comunes. Uno de ellos es que la fecundidad por debajo de reemplazo no está determinada por el tamaño deseado de familia, sino que ocurre a pesar de que la norma en todas esas poblaciones, sin excepción, es la familia de dos hijos (Bongaarts, 2001). Un determinante importante de la baja fecundidad sería, más bien, los conflictos (reales o percibidos) entre el ideal de familia de los dos hijos y otras aspiraciones, tales como la de una carrera profesional en las mujeres, la adquisición de ciertos bienes materiales, o el disfrute de una “buena vida” en las parejas (Palomba y Moors, 1998). Por otra parte, se ha demostrado que un factor frecuente de bajas espurias de hasta 20% en la tasa global de fecundidad es la posposición de los nacimientos, especialmente del primero (Bongaarts y Feeney, 1998). Estas bajas se consideran espurias porque afectan solo a la fecundidad de período y no a la de cohorte (Ryder, 1964), y se conocen también como originadas en el “tempo” de la fecundidad. La infertilidad biológica es también un factor que puede bajar la fecundidad por debajo de las preferencias, especialmente en sociedades modernas con edades muy tardías de inicio de la procreación (cuando algunas mujeres desean tener su primer hijo es ya demasiado tarde). Otro elemento a considerar es la legalización del aborto inducido que permite prácticamente eliminar la fecundidad no deseada.

En niveles explicativos más profundos, pareciera que la muy baja fecundidad resulta de causas sustancialmente diferentes de las que gobernaron la transición de la fecundidad (United Nations, 1999). Por ejemplo, en muchos países industrializados son las mujeres menos educadas las que tienen menos hijos o se ha invertido la relación entre el empleo femenino y fecundidad (Morgan, 2003). Al parecer, completamente nuevas circunstancias han emergido como determinantes del comportamiento reproductivo moderno, entre ellos la alta movilidad residencial y laboral (“nomadismo globalizado”, en palabras de Chesnais, 1999), los modernos sistemas de pensiones y un proceso de individuación o atomización asociado al feminismo (Chesnais, 1999). La flexibilidad de los mercados que permiten a las mujeres trabajar a tiempo parcial y la equidad de género en ciertos dominios, pueden ser factores más importantes para que una mujer tenga hijos que los beneficios provistos por el Estado (Morgan, 2003). Varios autores destacan la importancia de los valores e ideologías para comprender las nuevas tendencias de la fecundidad. En este ámbito

se señala al “postmodernismo” (van de Kaa, 2001) como la nueva visión del mundo dentro de la cual se inscriben las tasas excepcionalmente bajas de fecundidad. La visión posmodernista jerarquiza los valores de manera diferente (orientación hacia uno mismo, comprometido con una lógica del aquí y ahora), a las escalas previamente conocidas de materialismo y posmaterialismo (Inglehart, 1997).

Una útil descomposición para entender el proceso reproductivo, especialmente en contextos de baja fecundidad, es la separación del inicio de la reproducción –el primer hijo o entrada a la maternidad– y la fecundidad subsiguiente. En las poblaciones modernas, la edad al primer hijo y la proporción que llega a ser madre son responsables de gran parte de las variaciones en la fecundidad sub-reemplazo (Coleman, 1996). En las poblaciones avanzadas, hasta el 90% de los nacimientos son de orden primero o segundo (Morgan, 2003). El estudio clásico de Princeton de la transición de la fecundidad en Europa, en cierto modo analiza estos dos componentes cuando separa los patrones de matrimonio de los patrones de fecundidad matrimonial (Coale, 1973). En América Latina (y también en muchas poblaciones modernas de otras regiones), la dicotomía matrimonio, fecundidad matrimonial no tiene mucho sentido debido a la gran cantidad de uniones consensuales y los frecuentes nacimientos fuera de uniones legales o consensuales. En estas circunstancias, en vez de estudiar los patrones matrimoniales conviene centrar la atención directamente en el primer hijo, el cual muchas veces ocurre fuera del matrimonio. La fecundidad subsiguiente al primer hijo, o fecundidad de las madres, puede tomarse como un segundo componente del proceso reproductivo (análogo a la fecundidad matrimonial) que complementa al estudio del primer hijo. En poblaciones por debajo del reemplazo, aproximadamente la mitad de la fecundidad corresponde a la fecundidad de las madres. Esta, a su vez, está dominada por el paso del primero al segundo hijo.

El presente estudio descompone la fecundidad de las ciudades en la del primer hijo y la de las madres. Se analiza también el “tempo” del primer hijo, así como ciertos determinantes básicos de la reproducción, a saber: las preferencias reproductivas, la educación de la mujer, su participación en el mercado de trabajo y la secularización de la sociedad.

II. Datos y métodos

Los datos de las ciudades de Brasil, Perú, Colombia y República Dominicana provienen de las encuestas de demografía y salud del proyecto DHS (Robey *et al.*, 1992, los informes nacionales y bases de datos se obtuvieron del proyecto DHS). Los datos de San Salvador son de encuestas que coordinan los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, EEUU (ADS, 1998). Los datos de México y Costa Rica son de programas locales de encuestas fecundidad (INEGI, 2002; Chen-Mok *et al.*, 2001). Los datos de España son de la serie de encuestas comparativas de fecundidad en Europa promovida por las Naciones Unidas (Delgado y Castro, 1999). Este estudio usa las bases de datos originales de las encuestas, proporcionadas por el proyecto DHS o las instituciones locales que las llevaron a cabo. El cuadro 1 muestra el año de la encuesta y el tamaño muestral. Todas las encuestas se efectuaron entre 1995 y 2000, los tamaños de muestra para cada ciudad oscilan entre 600 (Rio de Janeiro) y 4.400 (Lima) mujeres en edad fértil. El estudio examina las historias de nacimientos de 25.000 mujeres en total o cerca de medio millón de años-persona de observación.

Para las cuatro ciudades colombianas se juntaron los datos de dos encuestas realizadas en 1995 y 2000. Esto no solo permitió aumentar el tamaño de la muestra, sino también validar las estimaciones de fecundidad. La comparación de estimaciones provenientes de las dos encuestas para el período 1990-94 dio resultados estadísticamente similares en las cuatro ciudades, una indicación de la ausencia de sesgos en la información de hijos tenidos en el pasado.

Cuadro 1
ÁREAS METROPOLITANAS Y ENCUESTAS ESTUDIADAS

Ciudad	Año	Muestra	Encuesta
México City	1997	2 615	Local, INEGI
Guadalajara	1997	1 228	Local, INEGI
Monterrey	1997	1 322	Local, INEGI
Ciudad Juárez	1997	927	Local, INEGI
Puebla	1997	968	Local, INEGI
Santo Domingo	1996	1 337	DHS
San Salvador	1998	1 648	CDC
San José	1999	672	Local, UCR
Barranquilla	1995, 2000	1 071	DHS
Medellín	1995, 2000	1 768	DHS
Bogotá	1995, 2000	3 149	DHS
Cali	1995, 2000	1 179	DHS
Lima	1996	4 430	DHS
Rio de Janeiro	1996	597	DHS
São Paulo	1996	602	DHS
España urbano	1995	1 589	UN/ECE
Total		25 102	

Fuente: elaboración propia.

INEGI = Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

DHS = "Demographic and Health Surveys"

CDC = "Centres for Disease Control and Prevention"

UCR = Universidad de Costa Rica

UN/ECE = Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas

A continuación se describe el modelo de fecundidad de dos componentes usados en el análisis.

III. El primer hijo o transición a la maternidad

Se determinaron probabilidades condicionales de tener el primer hijo, q_x , por edad x y año calendario. En lugar de usar los valores observados de estas probabilidades, (pues presentan grandes variaciones aleatorias), se trabajó con valores estimados o predichos por una regresión logística (Hosmer y Lemeshow, 1989):

$$\text{logit}(q_{xi}) = a_i + b_i \log(x) + c_i (\log(x))^2$$

Esta ecuación describe la relación funcional supuesta entre la edad y la probabilidad de iniciar la procreación. Se adoptó esta formulación relativamente simple, sobre otras más elaboradas, como la de matrimonio de Coale y Trussell (1974), luego de comprobar que no hay ganancias significativas en la bondad del ajuste con formulaciones más complejas. También se tomó en cuenta la observación de Rindfuss *et al.* (1988) de usar regresión logística para modelar la transición a maternidad.

Los subíndices i indican que el modelo se estimó para i subgrupos, mediante la inclusión en la regresión de las variables indicatrices respectivas. Las variables y grupos considerados fueron:

- Cohorte (año y término cuadrático), como variable continua.
- Educación, variable binaria según si la mujer tiene o no estudios secundarios.

Dos variables contextuales del país (o ciudad) y año:

- Tasa de aumento del PIB nacional en el año anterior.
- Variable indicatriz de si se trata de un “año difícil” o no, creada por el autor en base a la observación de los índices de inflación y acontecimientos como la actividad terrorista en Lima, violencia en ciudades colombianas, la guerra civil en El Salvador y el terremoto en Ciudad de México.

Con las probabilidades de transición a la maternidad se determinaron otros indicadores siguiendo métodos convencionales en análisis de supervivencia (Hosmer y Lemeshow, 1999). De entre ellos merecen destacar los siguientes indicadores:

- m_x función de densidad o tasa de primeros nacimientos en la edad x
- M_x tasa acumulada de falla (proporción de madres en la edad x)
- M proporción final de madres, dada aproximadamente por M_{40}
- α edad media al primer nacimiento.

M es un indicador del “quantum” de la maternidad y α es un indicador del “tempo”.

IV. Fecundidad de las madres

Se determinaron las tasas específicas de fecundidad de las madres (por ejemplo, de las mujeres que ya han tenido un hijo) por edad x y años transcurridos desde el nacimiento del primer hijo z : g_{xz} . En lugar de usar los valores observados de estas tasas —que presentan grandes variaciones aleatorias— se trabajó con valores estimados o predichos por una regresión de Poisson (Cameron y Trivedi, 1998) de la forma:

$$\log(g_{xzi}) = a_i n_x + b_i z$$

La fecundidad de segundos hijos y órdenes superiores se expresa en función de la fecundidad natural o esperada para esa edad n_x y el tiempo z transcurrido desde el nacimiento del primer hijo. Se toman los valores de fecundidad natural usados por Coale y Trussell (1974) en su modelo de fecundidad matrimonial, interpolados para edades simples.

Los subíndices i indican que el modelo se estimó para subgrupos, mediante la inclusión en la regresión de las variables respectivas. Las variables y grupos considerados fueron los ya indicados para la transición a maternidad y dos variables adicionales que en realidad son correcciones para reproducir mejor el comportamiento de la curva de fecundidad de las madres:

- Variable binaria indicatriz de que $z = 0$ (año en que la tasa es casi nula debido a la infecundidad post parto del primer hijo y el período de gestación del segundo hijo).
- Variable binaria indicatriz de que la mujer llegó a ser madre en la adolescencia ($a < 20$).

La acumulación de las tasas g para todo z , dada una edad del primer hijo a , resulta en la tasa global de fecundidad de las madres G_a , específica para cada edad de inicio de la maternidad. A su vez, el promedio de estas tasas globales ponderado por la densidad de mujeres que llegan a ser madres en cada edad a , constituye la tasa global de fecundidad de las madres G , la cual es aproximadamente estimada por la G_α correspondiente a la edad media de la maternidad α . En fórmulas:

$$G_a = \sum_z g_{(a+z),z} \quad \text{y} \quad G = \sum_a G_a \frac{m_a}{M} \cong G_\alpha$$

G es un indicador del “quantum” de la fecundidad de las madres, pero que, como se aprecia en la fórmula, depende en parte del “tempo” en la transición a la maternidad.

Los dos componentes del “quantum” de la fecundidad se combinan para determinar la tasa global TGF con la identidad:

$$TGF = M (G + 1)$$

En suma, el análisis se concentra en dos componentes del “quantum” de la fecundidad —las tasas globales M y G — y un indicador del “tempo”: la edad media de la maternidad α . Estos componentes se sintetizan con la bien conocida TGF . En cada ciudad se determinaron estos cuatro indicadores para dos generaciones y un período:

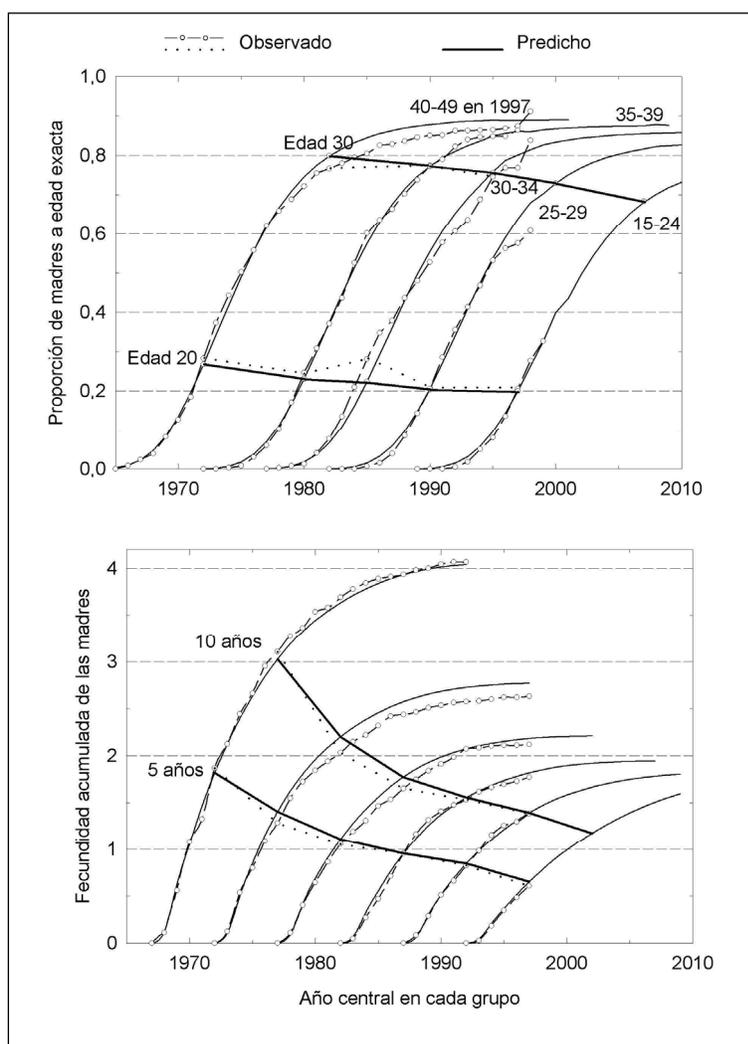
- Generaciones de los 70. Compuestas por las mujeres con 40-49 años de edad al momento de la encuesta, es decir que prácticamente habían completado su fecundidad. Los indicadores correspondientes a este grupo se denominan “fecundidad de las generaciones de la década de 1970” para hacer referencia a que estas mujeres vivieron las edades más importantes para la fecundidad (los veintes) en dicha década.
- Período de los 90. El período de cinco años previos a la encuesta, para el que se calculó la TGF de período (bajo el supuesto de cohorte hipotética). Dependiendo del año de la encuesta, estas estimaciones corresponden a períodos que van de 1990-95 a 1995-2000.
- Generación del 2000. Las generaciones de mujeres con 15-24 años de edad al momento de la encuesta (18-24 en San José), es decir que al año 2000 estaban en su mayoría en las edades más importantes para la fecundidad. Para este grupo se calculó una fecundidad de generación que incluye un componente observado, complementado por una proyección para completar la experiencia de la cohorte. Esta proyección viene dada por valores estimados con las regresiones, los cuales son, en realidad, una extrapolación de tendencias observadas hasta el momento de la encuesta. La fecundidad de este grupo muestra valores predichos para aproximadamente la primera década del Siglo XXI, pero libres de efectos de “tempo” (Ryder, 1964) pues se trata de una medición de generación y no de período. Esta estimación permite determinar si el espectro de la muy baja fecundidad se hará presente en América Latina en aproximadamente la primera década del Siglo XXI.

Los dos modelos de regresión se estimaron para cada ciudad con el paquete Stata (StataCorp, 2002) en bases de datos con observaciones discretas en el tiempo. Vale decir que para cada mujer entrevistada se generó una serie de observaciones anuales con información de su historia de nacimientos. Se usaron estimadores “robustos” de los coeficientes de regresión para tomar en cuenta la no-independencia de las distintas observaciones de una misma mujer.

V. Resultados

El gráfico 1 muestra, a manera de ejemplo, la bondad del ajuste de los modelos de regresión usados para estimar los dos componentes de la fecundidad en cohortes de la Ciudad de México. Se comparan tasas acumuladas. Los modelos estocásticos reproducen bastante bien los dos componentes de fecundidad acumulada para las cohortes. El gráfico también ilustra otra propiedad de estos modelos, la de permitir extrapolar tendencias y así completar la fecundidad acumulada de las cohortes más jóvenes, las cuales tienen una experiencia truncada al momento de la encuesta. En particular, el gráfico ilustra el comportamiento de los modelos para completar la fecundidad de las mujeres con 15 a 24 años de edad en la encuesta, es decir las generaciones del 2000. Para la proporción de madres, por ejemplo, la tasa acumulada en estas cohortes alcanza a 40% en el momento de la encuesta (1997), y la curva completada por el modelo indica que alcanzará al 73% en el 2010 y a 83% a la edad 40 (fuera del gráfico). Vale decir que aproximadamente la mitad de la fecundidad total de estas cohortes es observada y la otra mitad es proyectada siguiendo tendencias recientes.

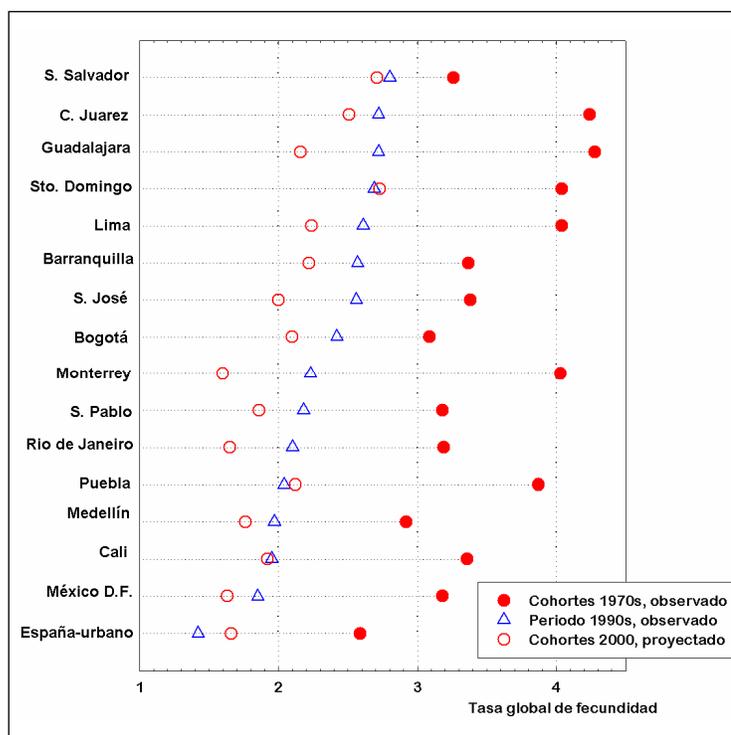
Gráfico 1
FECUNDIDAD ACUMULADA, OBSERVADA Y PREDICHA POR COHORTE.
CIUDAD DE MÉXICO, ENCUESTA 1997



Fuente: elaboración propia.

Los niveles de fecundidad de las ciudades se muestran en el gráfico 2, la que incluye estimaciones para tres momentos: el pasado reciente representado por la generación de los 1970, el presente (o más exactamente el pasado inmediato) representado por el período de los 5 años previos a la encuesta, y el futuro cercano representado por la generación de los 2000. El gráfico 2 ordena las ciudades según la TGF de período previo a la encuesta. Este ordenamiento se mantiene en gráficos subsiguientes.

Gráfico 2
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DE COHORTE Y PERÍODO



Fuente: elaboración propia.

Aproximadamente la mitad de las metrópolis estaban bordeando la fecundidad de reemplazo en los años previos a la encuesta: México DF, Cali, Medellín y Puebla ya estaban por debajo, mientras que Rio de Janeiro, São Paulo y Monterrey se encontraban justo en el límite. Ninguna ciudad latinoamericana estaba cerca del mínimo de 1,4 hijos de las ciudades españolas (esta es una tasa algo mayor que la de 1,1 hijos observada al final de la década para toda España, en parte porque corresponde a una época anterior). La otra mitad de las ciudades presentan tasas globales de entre 2,4 hijos (Bogotá) y un máximo de 2,8 hijos (San Salvador). Datos más recientes de estadísticas vitales muestran que San José, junto con toda Costa Rica, alcanzó la fecundidad de reemplazo en el 2002.

La fecundidad de las generaciones de la década de los 70 es substancialmente mayor, del orden de los 3 o 4 hijos de tasa global. Esto evidencia la notable caída ocurrida en la fecundidad de estas metrópolis latinoamericanas. La caída ha sido especialmente rápida (de alrededor de dos hijos en dos décadas) en las ciudades mexicanas de Guadalajara, Monterrey y Puebla, así como en Lima. Las encuestas PECFAL-urbano permiten ir más atrás en el tiempo en cuatro metrópolis, para las que aportan estimaciones de fecundidad del período a principios de los 60. En esa época, la TGF de San José, Bogotá y México DF era de entre 5 y 6 hijos y la de Rio de Janeiro era de 3,6 hijos (CELADE y CFSC, 1972).

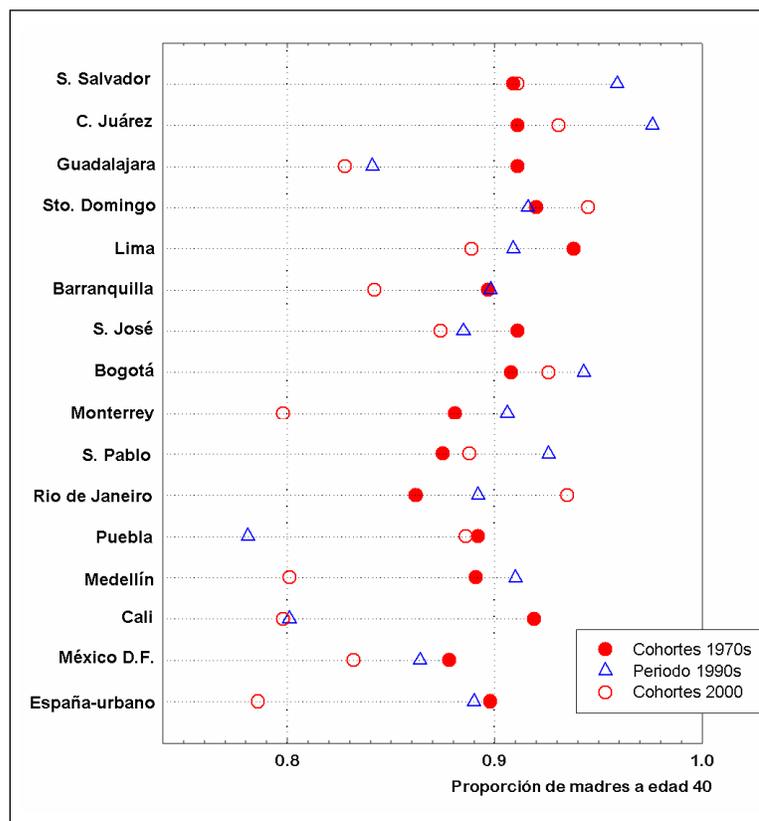
Posiblemente los resultados más interesantes en el gráfico 2 son las estimaciones de fecundidad completa de las nuevas generaciones (cohortes 2000). En ninguna ciudad latinoamericana cabe esperar una fecundidad muy baja de menos de 1,5 hijos por mujer como las alcanzadas por muchas poblaciones europeas. El espectro de la fecundidad muy baja no parece amenazar la región en el mediano plazo. Hay, sin embargo, cuatro metrópolis en las que la fecundidad será sustancialmente menor que el reemplazo (de entre 1,6 y 1,8 hijos). Ellas son México DF y Monterrey, Rio de Janeiro, Medellín y posiblemente también São Paulo. La mayoría de las metrópolis se encontrarán alrededor del reemplazo, en una franja de 2,1 +/- 10%, es decir entre 1,9 y 2,3 hijos. Solamente en tres ciudades —Santo Domingo, San Salvador y Ciudad Juárez— las cohortes del 2000 probablemente no alcanzarán el reemplazo.

La maternidad es una experiencia que solían vivir aproximadamente el 90% de las mujeres latinoamericanas bajo estudio, pertenecientes a las cohortes de los 70s y que están terminando su vida reproductiva (gráfico 3). Los valores más bajos observados eran los de Rio y São Paulo con 86% y 87% respectivamente. Aunque esta situación tiende a mantenerse en la mayoría de las ciudades en el período de los 1990 y en las cohortes del 2000, en las ciudades de México y Colombia (particularmente en Monterrey, Guadalajara, el DF, Cali y Medellín), hace su aparición un fenómeno nuevo en la región: proporciones relativamente grandes de mujeres (de 15% a 20%) que renuncian totalmente a la maternidad. Algo similar ocurrió en la España post franquista donde aparentemente más del 20% de las mujeres optaron por quedarse sin hijos (o pospusieron tanto el primer hijo que cuando se animaron a tenerlo ya fue demasiado tarde). Además de las cinco ciudades mencionadas, hay otras tres donde la maternidad de las nuevas generaciones también disminuye aunque en menor grado: Lima, Barranquilla y San José. De modo que la tendencia predominante parece ser la de que cada vez menos mujeres optan por la maternidad. Sin embargo, el hecho de que en dos ciudades no hay cambios significativos (San Salvador y Puebla) y de que en otras cinco se observan aumentos (Ciudad Juárez, Santo Domingo, Bogotá, São Paulo y Rio), obliga a ser cautelosos en las generalizaciones sobre una eventual pérdida de vigencia de la maternidad en América Latina.

En cuanto al componente de fecundidad de las madres, el gráfico 4 muestra la clara disminución ocurrida con respecto a las cohortes de los 1970s. Salvo tres excepciones (Medellín, Rio y Bogotá) estas cohortes tuvieron de 2 a 3 hijos adicionales al primero. Para el período de los 1990s todas las ciudades disminuyen esta fecundidad al rango de entre 1,2 y 2,1 hijos adicionales al primero. Una disminución adicional se espera otra vez en todas las ciudades para las cohortes con alrededor de 20 años de edad en el 2000, las que probablemente tendrán una fecundidad completa de entre 0,6 (Rio) y 1,7 (San Salvador) hijos. En cuatro ciudades latinoamericanas —Rio, São Paulo, Monterrey y el DF— la fecundidad de las madres estará por debajo de las ciudades españolas. La gráfico muestra una franja de fecundidad de las madres, mínima para mantener el reemplazo dependiendo de si la proporción de madres es de entre 0,8 y 1. Las cuatro ciudades anotadas caen claramente por debajo de esta franja. Lo único que a estas cuatro ciudades los separará de una fecundidad muy baja es la persistencia de altas tasas de maternidad. En el caso extremo de Rio de Janeiro, si la proporción de madres cayese a 80%, la TGF de las cohortes 2000 sería de tan solo 1,3 hijos.

La edad al primer hijo y sus variaciones es el más importante componente del “tempo” de la fecundidad. Pero éste no es un indicador completamente independiente del “quantum”. Ya se mencionó que la tasa global de fecundidad de las madres depende en parte de cuándo ellas tienen su primer hijo. Se trata simplemente de un efecto de mayor o menor exposición al riesgo. También la proporción final de madres puede verse afectada por la distribución de la edad al tener hijo. La posposición de la maternidad puede ocasionar que para algunas mujeres sea demasiado tarde para lograrlo.

Gráfico 3
PROPORCIÓN DE MADRES A EDAD 40



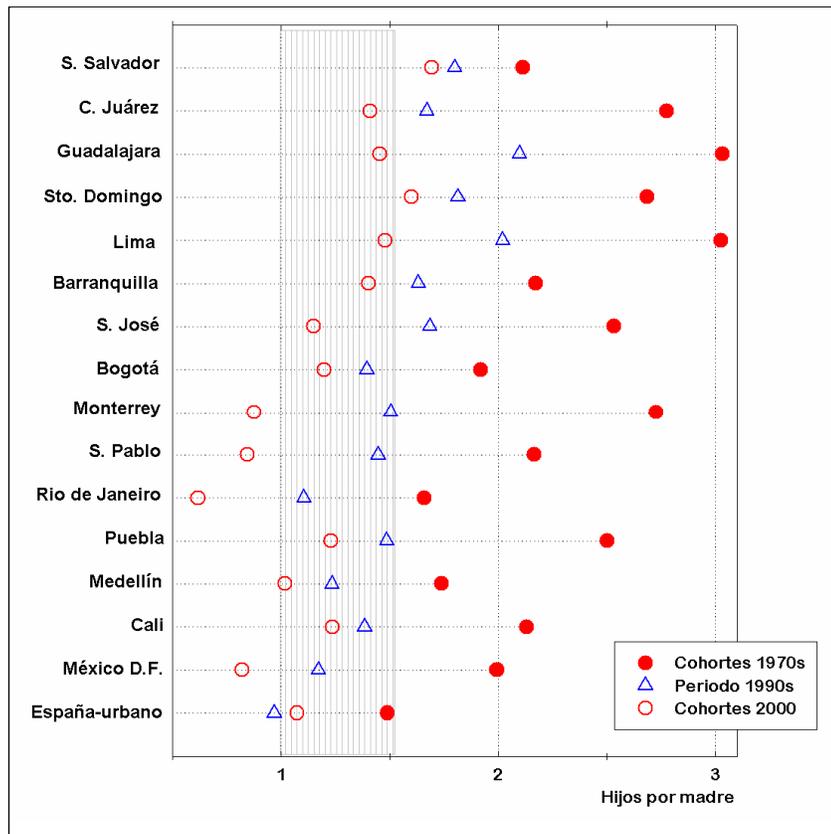
Fuente: elaboración propia.

El gráfico 5 muestra las tres estimaciones de la edad media de la maternidad para las ciudades en estudio. Salta a la vista la clara diferencia de las ciudades españolas con respecto a Latinoamérica. La edad media de la maternidad en España fue de casi 25 años en las cohortes de los 70s y ha aumentado a 26 años para el período de los 1990s y las generaciones jóvenes. Casi todas las estimaciones para América Latina se ubican entre los 21 y 23 años, con un máximo de 23,8 años en las generaciones de los 70s de Río de Janeiro. Por otra parte, no se observa una tendencia generalizada de aumento de la edad al primer hijo que haga pensar que la región se encamina hacia el patrón español. Aunque en tres ciudades mexicanas y en Lima ocurre un aumento de alrededor de un año entre las dos estimaciones de cohorte, en siete ciudades ocurren claras disminuciones, mientras que en cuatro (Santo Domingo, Barranquilla, Puebla y Cali) no se observan cambios de consideración.

Cambios en la edad al primer hijo causan distorsiones importantes en la tasa global de fecundidad de período. Bongaarts (2001: 274) postula que un aumento anual de 0,1 año en la edad de la fecundidad (que depende fundamentalmente de la edad al primer hijo) reducirá artificialmente en 10% la tasa global de fecundidad de ese año, distorsión a la que califica como un efecto del “tempo” en la TGF —la cual se supone debería medir solo el “quantum”—. Con base en esta relación, la TGF estimada para el período de los 1990 estaría artificialmente deprimida en Lima y las tres ciudades mexicanas donde la edad al primer hijo ha aumentado en alrededor de un año. Por su parte, la TGF de ciudades con disminuciones importantes en dicha edad (principalmente Medellín, Río, São Paulo, Bogotá, San José y Ciudad Juárez) estaría inflada en una o dos décimas por efecto del “tempo”. Las TGF de cohorte no adolecen de estas distorsiones y modifican los valores de la tasa de período en la dirección postulada por Bongaarts.

Gráfico 4

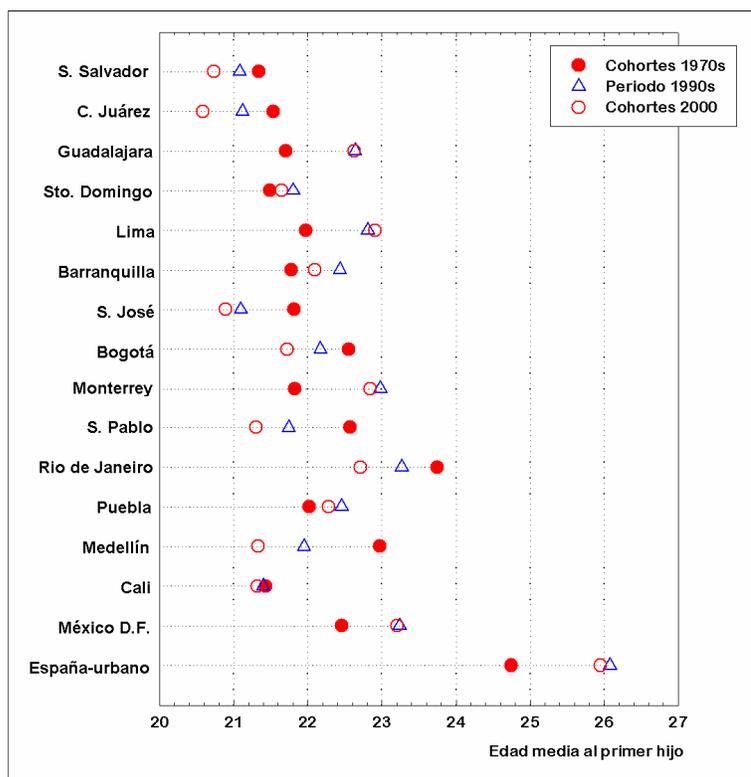
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DE LAS MADRES



Fuente: elaboración propia.

Una cuestión clave para entender el comportamiento de la fecundidad es el grado en que ésta refleja las preferencias reproductivas. El gráfico 6 compara el promedio del tamaño deseado de familia (TDF) con la TGF de las dos cohortes bajo estudio. En todas las ciudades se observa una clara disminución en la fecundidad deseada para la generación más joven, aunque menos dramática que la disminución observada en la TGF. En las cohortes de los 1970s, la fecundidad es siempre mayor que las preferencias, pero las ciudades con mayor TDF tienden también hacia una mayor TGF. La correlación entre estos indicadores para las 15 ciudades es de 0,83. En contraste, esta correlación en las cohortes más jóvenes es de solo 0,43: un TDF mayor no necesariamente significa una mayor TGF. Las preferencias declaradas de tamaño de familia están, por tanto, perdiendo valor predictivo de la fecundidad. Pareciera que Latinoamérica se está encaminando al patrón europeo, en el que todo el mundo prefiere la familia de dos hijos, pero la fecundidad real varía considerablemente en valores muy por debajo de las preferencias. En las tres ciudades más importantes de México, en las dos de Brasil y en San José se observa que la generación más joven tendrá en promedio menos hijos que los deseados, brecha impensable pocos años atrás cuando en todas partes se daba la situación contraria. En 11 ciudades el TDF de la generación joven es de 2 hijos más o menos un 10% y en las cuatro restantes es de alrededor de 2,5 hijos. Estos valores son semejantes al TDF de 2,2 hijos de las ciudades españolas y, en general, de Europa. El tamaño deseado de familia en las nuevas generaciones latinoamericanas es, por ende, poco informativo de la fecundidad real, la que estaría determinada más por metas que compiten con dichas preferencias que por el deseo de tener un determinado número de hijos.

Gráfico 5
EDAD MEDIA AL PRIMER HIJO



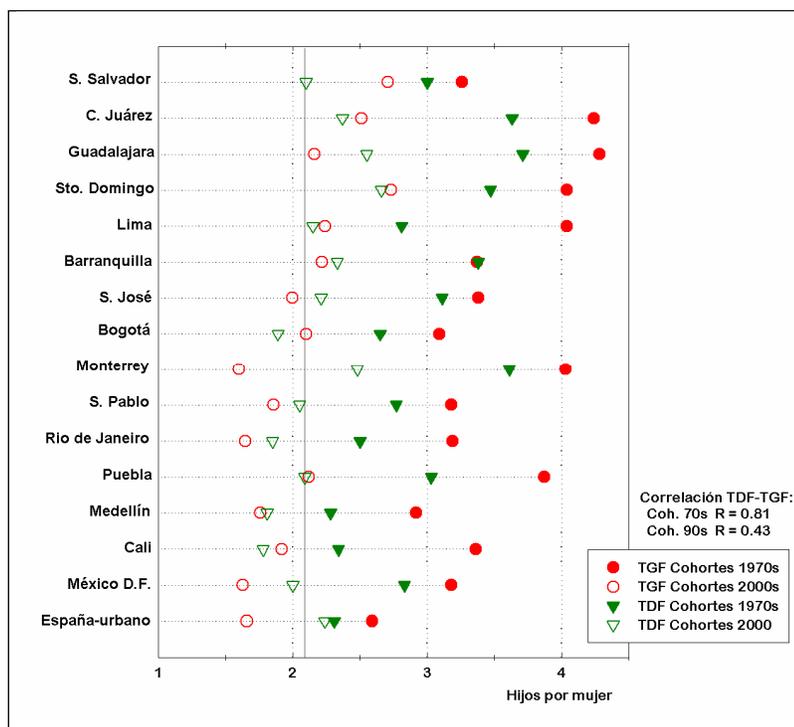
Fuente: elaboración propia.

¿Hasta qué punto las nuevas tendencias de la fecundidad en Latinoamérica se explican por factores tradicionales como la educación de la mujer y el empleo femenino? Los modelos de regresión estimados para los dos componentes de la fecundidad identificaron efectos significativos de la educación en todas las ciudades. Por ejemplo, las apuestas (“odds”) de ser madre antes de los 18 años de edad son de 70% a 55% más bajas entre mujeres con estudios secundarios en todas las ciudades. La tasa de fecundidad de las madres, por su parte, es 20% a 30% menor entre las mujeres con estudios secundarios en casi todas las ciudades.

Estos claros efectos de la educación a nivel individual no son, sin embargo, evidentes para los agregados de ciudades. La gráfica 7 muestra la proporción de mujeres con estudios secundarios en tres grupos de edad. El progreso hecho por las generaciones más jóvenes es notable y generalizado. El ordenamiento de las ciudades según su fecundidad reciente no tiene, empero, una clara relación con los niveles de escolaridad en la gráfica. Lima, por ejemplo, es una de las ciudades con mayores porcentajes de mujeres con educación secundaria, pero al mismo tiempo, tiene una de las más altas fecundidades. La situación inversa ocurre en São Paulo o San José, donde la relativamente baja educación de las jóvenes no ha impedido que se llegue a fecundidades de reemplazo. En las generaciones más jóvenes, la proporción de mujeres con estudios secundarios oscila entre un mínimo de 65% en São Paulo y un máximo de 90% en Lima. Estas proporciones atestiguan niveles elevados de educación en las jóvenes latinoamericanas, aunque por debajo del 95% de las ciudades españolas. No pareciera, empero, que la muy baja fecundidad de España se origine en la mayor educación de sus mujeres. De hecho las jóvenes de Lima, Monterrey, el DF, o Bogotá no están tan rezagadas en materia de educación de las españolas.

Gráfico 6

TAMAÑO DESEADO DE FAMILIA (TDF) Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF) DE COHORTE

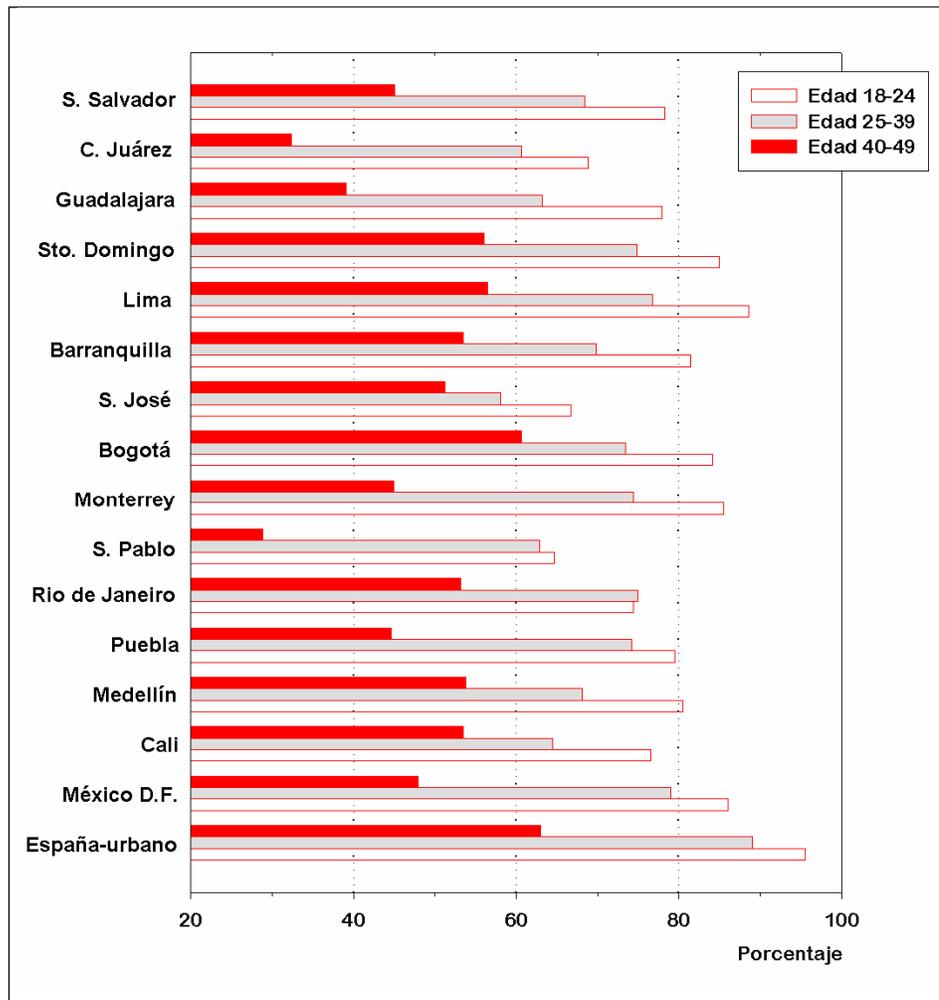


Fuente: elaboración propia.

Tampoco parece que el empleo femenino explique las diferencias de fecundidad entre ciudades (el efecto de esta variable no se pudo estudiar a nivel individual por falta de información retrospectiva de historias de empleo en las encuestas). De hecho, la participación en el mercado de trabajo de las latinoamericanas en todas las ciudades es excepcionalmente alta (de 54% a 79% en el grupo con 25-39 años de edad) y mayor que en las ciudades españolas (gráfico 8). En este aspecto destacan especialmente las ciudades colombianas por el elevado empleo femenino.

Si las condiciones socioeconómicas tradicionales como la educación o el empleo femenino tienen poco que ver con los prospectos de una fecundidad sub-reemplazo, las explicaciones probablemente residen en otros ámbitos, particularmente en el de los valores, ideas y estructuras mentales. No se está haciendo referencia aquí a los ideales o preferencias reproductivos, que en Latinoamérica parecen estar acercando al piso generalizado de la familia de dos hijos. Se trata más bien de los valores generales que dan sentido a la existencia de cada cual y le guían en sus actos y elecciones. Lamentablemente en este ámbito hay ausencia casi total de información comparable en la región. El “eurobarómetro” y otros estudios que en Europa han aportado importantes conocimientos en este campo, como la distinción entre sociedades seculares, materialistas y posmaterialistas, no tienen contraparte en Latinoamérica. La serie de encuestas del “latín barómetro” se concentra casi exclusivamente en la medición de valores y actitudes relacionados con la economía y la política. Las encuestas demográficas tipo DHS o las de estándares de vida ignoran totalmente la investigación de los valores y marcos mentales de los individuos.

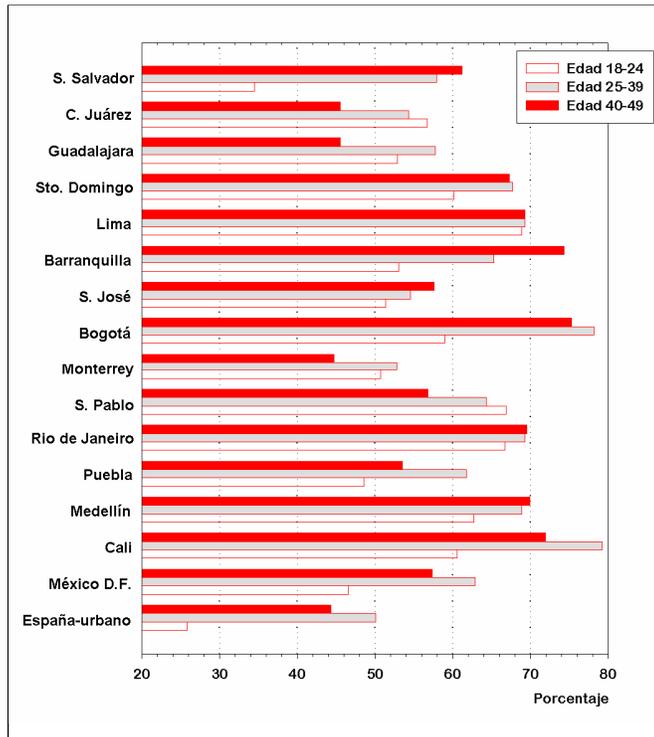
Gráfico 7
PORCENTAJE DE MUJERES CON EDUCACIÓN SECUNDARIA



Fuente: elaboración propia.

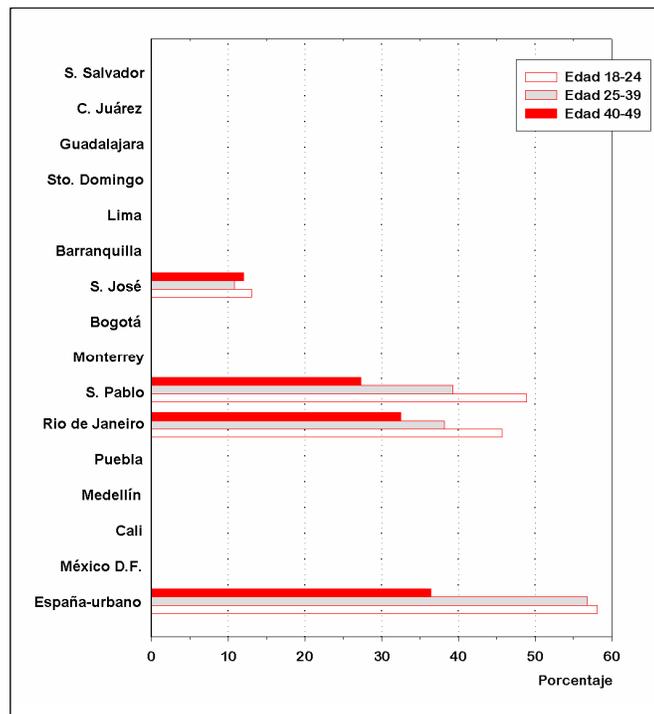
Un atisbo del tipo de información que ayudaría a entender las nuevas pautas reproductivas de la región, viene dado por el dato sobre secularismo (medido por asistencia a la iglesia) de las encuestas de Brasil y Costa Rica, combinada con la información de hace tres décadas de las encuestas PECFAL-urbano. Dichas encuestas mostraban que, en los años 60, Rio de Janeiro tenía un nivel mucho más alto de secularismo (18% nunca asistían a la iglesia) que San José (5%), Bogotá (2%) y Ciudad de México (3%). Asumiendo que estas diferencias persisten en los 90 y que las ciudades de un mismo país se comportan de manera parecida, es probable que el nivel de secularismo de la gran mayoría de ciudades sea semejante al que se muestra para San José en la gráfico 9, es decir del orden de 10%. Al comparar estos niveles con los de las jóvenes españolas, quienes en un 55% no asisten a la iglesia (gráfico 9), se tiene el tipo de diferenciaciones que podrían dar las pautas de los orígenes de niveles fecundidad muy bajos.

Gráfico 8
PORCENTAJE DE MUJERES CON EDUCACIÓN SECUNDARIA



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 9
SECULARISMO: PORCENTAJE QUE NUNCA ASISTE A LA IGLESIA



Fuente: elaboración propia.

VI. Discusión

La información de las encuestas demográficas en 15 áreas metropolitanas de América Latina documenta la rápida caída de la fecundidad ocurrida en todas ellas y apunta a que la fecundidad de reemplazo ya es una realidad en la región. En 12 de las 15 ciudades, las jóvenes con alrededor de 20 años de edad en el 2000 tendrán una TGF de alrededor de dos hijos. En algunas de ellas (Monterrey, Rio, Medellín y el DF) la fecundidad caerá incluso varias décimas por debajo del reemplazo a tasas globales de entre 1,6 y 1,8.

En ninguna de las ciudades estudiadas se avistan fecundidades muy bajas, inferiores a 1,5 hijos de tasa global, como las que prevalecen en muchos lugares de la Europa actual. Una razón para ello es la persistencia en Latinoamérica de relativamente altas tasas de transición a la maternidad, que significan una edad media al primer hijo del orden de los 21 a 23 años y porcentajes de mujeres que llegan a ser madres del orden del 90%. Aunque en algunas ciudades (especialmente de México) se observan aumentos importantes en la edad al primer hijo y en la proporción de mujeres sin hijos, estas no son tendencias generalizadas en la región ni los nuevos niveles se aproximan a los de, por ejemplo, las ciudades españolas (26 años de edad al primer hijo y menos del 80% de maternidad).

Aunque la experiencia de países del este de Europa sugiere que niveles muy bajos de fecundidad son posibles incluso con edades relativamente tempranas al primer hijo (United Nations, 1999), las condiciones de esos países son excepcionales y difícilmente ocurrirán en Latinoamérica. Ellas incluyen amplio acceso y uso de aborto y una enorme brecha entre expectativas y realidades económicas.

El curso futuro de la fecundidad en América Latina probablemente tendrá poco que ver con factores tradicionales como el tamaño deseado de familia, la educación o el empleo de la mujer. Más bien estará ligado a cambios en los valores generales, ideologías y formas de percibir el mundo de las nuevas generaciones, incluyendo aspectos tales como grado de secularismo, materialismo, posmaterialismo e individualismo. Lamentablemente no existen en la región esfuerzos concertados para investigar estos aspectos del pensamiento colectivo. Las encuestas demográficas están atrapadas en marcos conceptuales que quizás fueron útiles para dar seguimiento a la transición de la fecundidad pero que aportan poco para entender lo que nos espera después de la transición. Otros esfuerzos de encuestas comparativas son prisioneros de los temas económicos y políticos corto placistas.

Aunque varias conclusiones en este documento se fundamentan en la proyección de la fecundidad completa de mujeres con alrededor de 20 años de edad en el 2000, ésta no es una típica proyección futura de la fecundidad de período, con todos los riesgos que entraña cualquier ejercicio de futurología. En realidad, cerca de la mitad de la fecundidad completa de estas cohortes ya ha tenido lugar: es un dato observado. Además, la fecundidad esperada en el futuro para estas cohortes está en buena parte determinada por patrones por edad que ya se perfilan con claridad al momento de la encuesta. Por tanto, aunque siempre está abierta la posibilidad de que el futuro depare sorpresas, en este caso el margen de variación posible es relativamente estrecho.

Bibliografía

- ADS. (1998), *Encuesta Nacional de Salud Familiar -FESAL-98*. San Salvador: Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS).
- Bongaarts, J. (2001), Fertility and reproductive preferences in post-transitional societies. In R. A. Bulatao, & J. B. Casterline (Editors), *Global Fertility Transition. Population and Development Review Supplement to Vol 27*. New York: The Population Council.
- Bongaarts, J. y G. Feeney (1998), On the quantum and tempo of fertility. *Population and Development Review*, 24(2).
- Cameron A.C. y P.K.K. Trivedi (1998), *Regression Analysis of Count Data*. Cambridge: Cambridge University Press.
- CELADE y CFSC (1972), *Fertility and Family Planning in Metropolitan Latin America*. Chicago: Community and Family studies center (CFSC), University of Chicago.
- CELADE (2002), *Boletín Demográfico 69*. Santiago: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Chen-Mok. et al. (2001), *Salud reproductiva y migración nicaragüense en Costa Rica, 1999-2000: Resultados de una encuesta nacional de salud reproductiva*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Chesnais, J. C. (1999), Determinants of below-replacement fertility. *Population Bulletin of the United Nations*, 40/41.
- Coale, A. J. (1973), The demographic transition. In *International Population Conference, Liege, 1973* Vol. 1. Liege: International Union for the Scientific Study of Population.
- Coale, A. J. y T. J. Trussell (1974), Model fertility schedules: variations in the age structure of childbearing in human populations. *Population Index*, 40(2).
- Coleman, D. (1996), New patterns and trends in European fertility: international and sub-national comparisons. In D. Coleman (Editor), *Europe's population in the 1990s*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Delgado, M. y T. Castro (1999), Fertility and Family Surveys in countries of the ECE region. Standard country report: Spain. In *Economic Studies* Vol. N. 10. Geneva, Switzerland: U.N. Economic Commission for Europe.
- Hosmer, D. W. y S. Lemeshow (1989), *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley & Sons.
- _____ (1999), *Applied Survival Analysis*. New York: John Wiley & Sons.
- INEGI (2002), *Características Metodológicas de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 1997*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).
- Inglehart, R. (1997), *Modernization and Postmodernization: Cultural, Economic and Political Change in 43 Societies*. Princeton: Princeton University Press.
- Morgan, P. (2003), Is Low Fertility a 21st Century Demographic Crisis? *Presidential address to the 2003 PAA meeting*, Minneapolis.
- Palomba, R. y H. Moors (1998), *Population, family and welfare: a comparative survey of European attitudes, Volume 2*. Oxford, England: Clarendon Press.
- Rindfuss, R. R., S. P. Morgan y C. G. Swicegood (1988), *First Births in America: Changes in the Timing of Parenthood*. Los Angeles: University of California Press.
- Robey, B., S. O. Rutstei, L. Morris y R. Blackburn (1992), The reproductive revolution: new survey findings. *Population Reports, Series M*(11).
- Ryder, N. (1964), The process of demographic translation. *Demography*, 1(1).
- Statacorp. (2002), *Stata Statistical Software: release 7.0*. College Station, Texas: Stata Corporation.
- United Nations (1999), Report of the expert group meeting on Below-replacement fertility. *Population Bulletin of the United Nations*, 40/41.
- van de Kaa, D. J. (2001), Postmodern fertility preferences: from changing value orientation to new behavior. In R. A. Bulatao y J. B. Casterline (Editors), *Global Fertility Transition. Population and Development Review Supplement to Vol 27*. New York: The Population Council.

La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición

*Jorge Rodríguez Vignoli*¹³

I. Introducción: planteamiento y conceptualización del problema

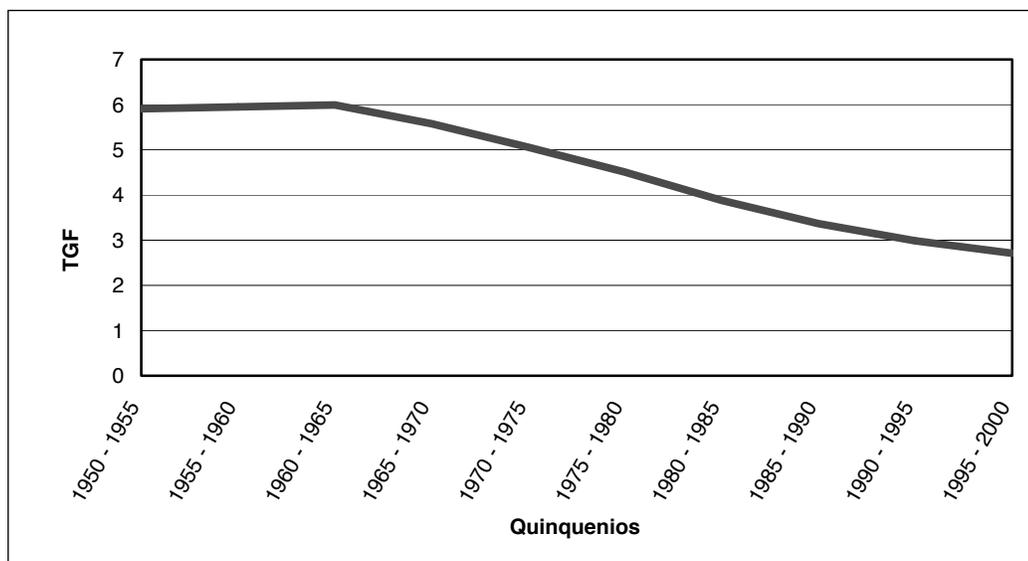
América Latina y el Caribe han experimentando cambios demográficos profundos en los últimos 30 años. Hay consenso en que la transformación más significativa ha sido el acelerado descenso de la fecundidad, que puede graficarse en la reducción de la tasa global de fecundidad (TGF) desde un promedio de 6 hijos por mujer en 1960 hasta un promedio de 2,5 en la actualidad (gráfico 1).

Esta caída puede originarse en las diversas modificaciones de la trayectoria reproductiva de las mujeres que no son forzosamente bien descritas por indicadores como la TGF. Lo anterior porque, entre otros factores distorsionadores, el carácter transversal de la TGF hace que esté afectada por oscilaciones coyunturales del régimen de fecundidad —como postergaciones transitorias de decisiones sobre tener hijos, producto de crisis económicas pasajeras— que, en rigor, no tienen consecuencias —por ejemplo, por su compensación por coyunturas de efecto contrario— sobre la situación reproductiva final. Adicionalmente, se ha demostrado que la TGF también está afectada

¹³ Asistente de Investigación CELADE-División de Población, CEPAL.

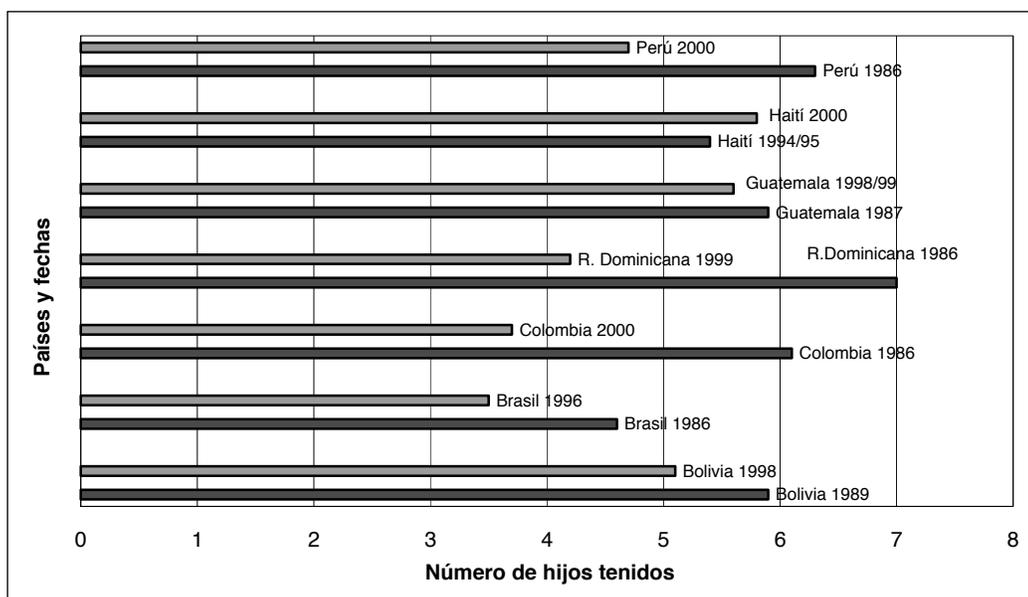
por modificaciones permanentes de la edad media a la que se tiene el primer hijo (Bongaarts, 2002). Con todo, la magnitud y persistencia de la caída de la TGF (gráfico 1) sugiere que la trayectoria reproductiva real de las mujeres de la región se ha hecho menos intensa. De hecho, diferentes estimaciones longitudinales —que reflejan **el promedio** de la trayectoria reproductiva real de las mujeres— muestran una reducción del número medio de hijos que han acumulado las mujeres tanto al final de su vida fértil (gráfico 2) como a mediados de aquella (gráfico 3).

Gráfico 1
AMÉRICA LATINA: EVOLUCIÓN DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, 1955-2000



Fuente: CELADE, estimaciones y proyecciones de población (www.eclac.cl/celade).

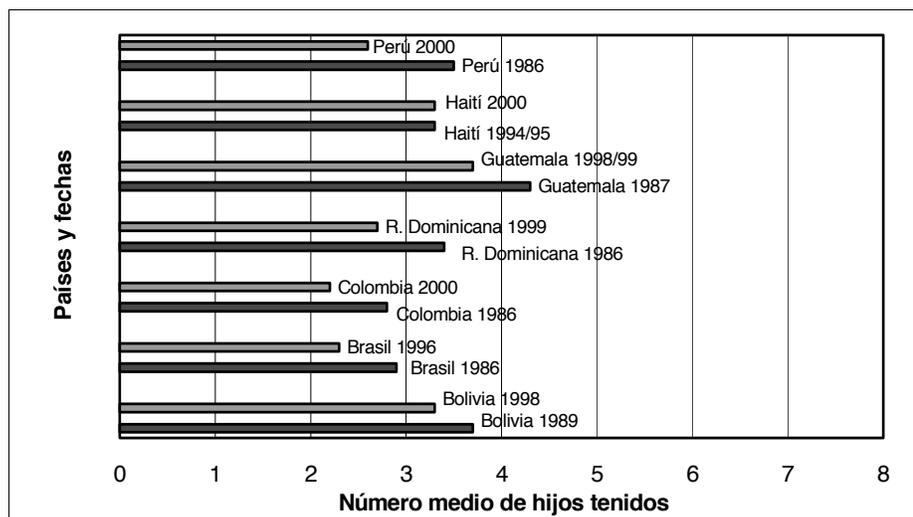
Gráfico 2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PARIDEZ FINAL (MUJERES DE 45 A 49 AÑOS). PAÍSES Y FECHAS SELECCIONADOS



Fuente: www.measuredhs.com

Gráfico 3

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PARIDEZ ACUMULADA POR LAS MUJERES DE 30 A 34 AÑOS DE EDAD. PAÍSES Y FECHAS SELECCIONADOS



Fuente: www.measuredhs.com

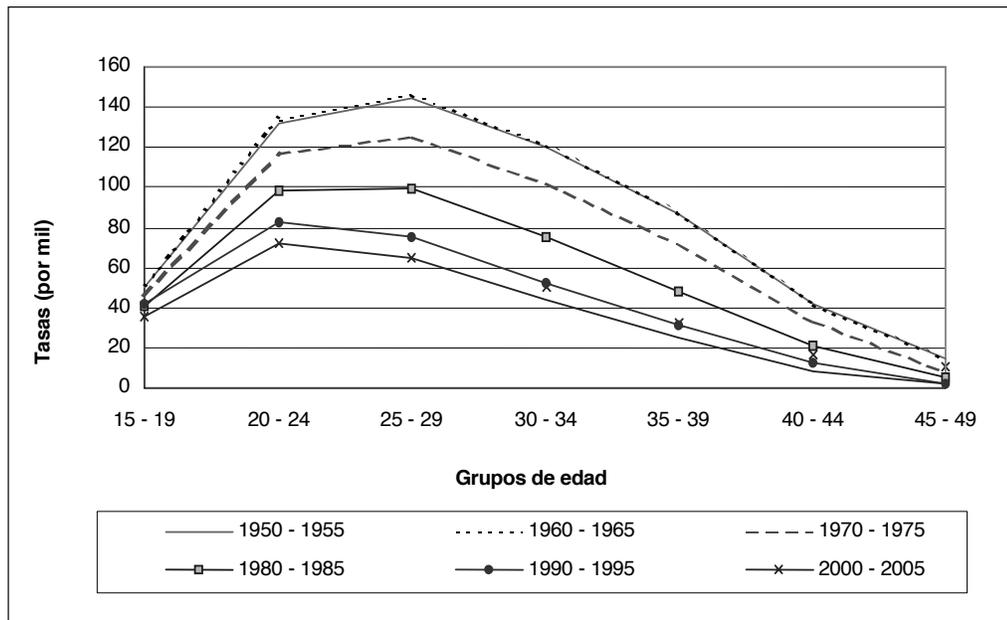
Cabe destacar que al menos dos familias de indicadores especializados sugieren que esta caída de la fecundidad ha seguido un curso relativamente predecible, basado en la reducción de los órdenes de nacimiento superior. Una de estas familias corresponde a la medición de período de la fecundidad por edad que ofrecen, por ejemplo, las **tasas específicas de fecundidad por edad**. No obstante su naturaleza transversal, el marcado descenso que han experimentado las tasas de fecundidad en edades superiores a los 34 años (www.eclac.cl/celade; gráficos 4 y 5) sugiere una moderación de la intensidad de la trayectoria reproductiva, pues los hijos de orden de nacimiento elevado suelen tenerse hacia las fases postreras de la vida reproductiva. La otra familia corresponde a la medición de los órdenes de nacimiento ya sea mediante tasas por edad y orden de nacimiento o mediante las **probabilidades de agrandamiento de las familias** que se calculan con las proporciones de mujeres que han tenido 0, 1, 2, 3...n hijos (Welti, 1997 y 1998).

Todos estos indicadores sugieren la existencia, bajo cualquier régimen de fecundidad, de un umbral mínimo de reproducción de uno o dos hijos por mujer. Por ende, el control y el descenso de la fecundidad se manifestaría en los nacimientos de orden superior a tal umbral: “(en las transiciones de la fecundidad) *El descenso de la fecundidad se observa en todos los órdenes de nacimiento pero, generalmente, es mucho más elevado en los de orden superior que inferior*” (Bongaarts, 2002, p. 425); “*Entre las variadas estrategias de reproducción familiar —visualizando la reproducción como un elemento fundamental de la familia y la sociedad— se supondría que la transición al primer hijo debería mantenerse relativamente constante, mientras que se esperaría un posible descenso en la transición al segundo hijo o intervalos más largos entre el primer y el segundo orden de nacimiento*” (Juárez y Llera, p. 425). Es decir, la baja de la fecundidad significaría una prole menor y no una ausencia de reproducción: “(en cinco países latinoamericanos) *un análisis de los índices de cambio en dos puntos en el tiempo (WFS y DHS) claramente revela que la proporción de mujeres que tienen un primer nacimiento es levemente superior en el período más reciente*” (Juárez y Llera, 1996, p.52), como en otras zonas del mundo: “*En sociedades contemporáneas, con fecundidad alrededor de dos nacimientos por mujer, la mayoría de las mujeres tiene por lo menos un nacimiento como ocurrió históricamente, pero la proporción de mujeres con nacimientos de tercer orden y más altos son mucho menores que en el pasado*” (Bongaarts, 2002, p. 425).¹⁴

¹⁴ Traducción libre.

Gráfico 4

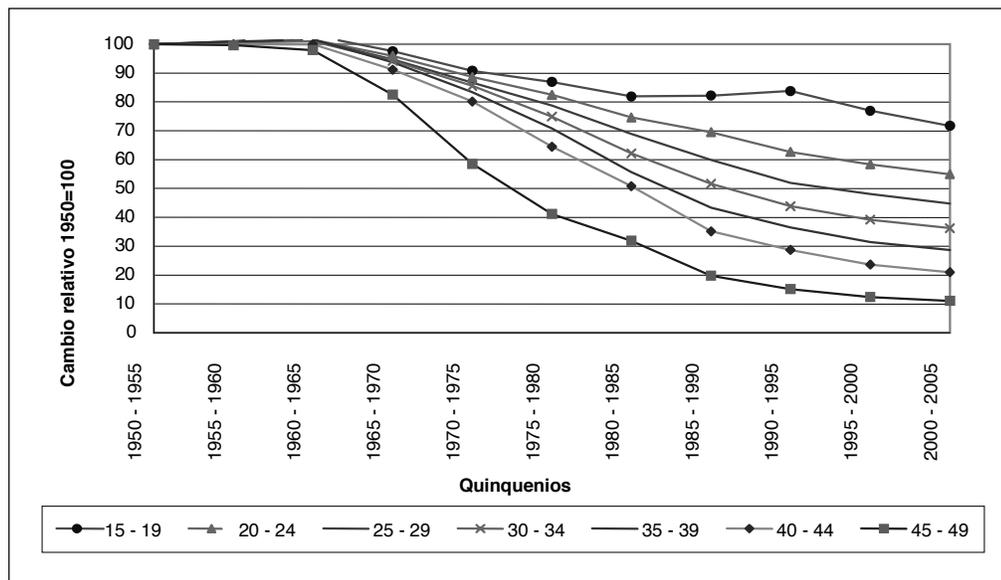
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ESTIMACIONES DE LAS TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD, 1950-2005



Fuente: CELADE, estimaciones y proyecciones de población (www.eclac.cl/celade).

Gráfico 5

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LAS TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD, 1950-2005 (1950=100)



Fuente: CELADE, estimaciones y proyecciones de población (www.eclac.cl/celade).

Precisar si la reducción de la fecundidad se debe efectivamente a que los nacimientos de orden alto son menos frecuentes en la actualidad es crucial, porque los eventuales beneficios (a escala individual y doméstica, al menos) asociados al descenso de la fecundidad dependen estrechamente de la modalidad de descenso de los órdenes de nacimientos. Si la caída de la fecundidad obedece a un incremento de la nuliparidad o a un descenso concentrando en órdenes de nacimiento bajos podría producirse una creciente polarización entre un grupo de la población que logra controlar eficientemente sus procesos reproductivos y otro que no lo hace, estando este último en una situación abiertamente desventajosa, tanto en términos de derechos (es altamente probable que no ejerzan sus derechos reproductivos básicos) como de ajuste entre trayectoria reproductiva individual y el escenario socioeconómico predominante (y los proyectos personales ajustados a aquel) ya que este último es conflictivo con la crianza y mantenimiento de una prole numerosa (CEPAL/CELADE, 2002; Giddens, 1997c y 1998; Van de Kaa, 2001).

La manera como se ha encarado esta tarea por parte de los demógrafos ha sido usando los indicadores antes señalados (TGF, tasas específicas de fecundidad por edad, paridez, probabilidades de agrandamiento de las familias) con los resultados ya mencionados. Sin embargo, no se han estudiado las expresiones del descenso de la fecundidad en términos de la cantidad absoluta y relativa de mujeres que experimentan una trayectoria reproductiva intensa. En la actualidad, tal ejercicio puede efectuarse mediante el procesamiento de las base de microdatos censales, habida cuenta de los recientes y notables avances alcanzados en materia de paquetes computacionales con capacidad para manejar grandes volúmenes de información, como REDATAM.

Un examen de ese tipo tiene varias virtudes:¹⁵ a) representa un insumo inmediato para el diseño de intervenciones y la asignación de recursos, pues cuantifica y caracteriza —e incluso puede localizar hasta niveles muy desagregados por tratarse de información censal, aunque aquello no se efectuará en este documento— a la población “afectada” por un riesgo de origen demográfico (en este caso la fecundidad alta); b) atañe a personas, u hogares en que ellas residen, y, por tanto, puede examinar directamente la asociación entre fecundidad alta y el desempeño en otro planos individuales y/o domésticos; c) proporciona una imagen altamente intuitiva y sencilla, en particular para no especialistas, respecto de las expresiones prácticas del descenso de la fecundidad que son imposibles de captar con los indicadores sintéticos típicamente usados para describir el proceso; d) permite análisis altamente detallados sobre las probabilidades condicionales de la alta fecundidad, incluyendo el control por edad simple, escolaridad, estrato socioeconómico y etnia; e) se presta de una manera particularmente idónea para el uso de un enfoque de vulnerabilidad demográfica.

Respecto de esto último ¿qué significa, al menos en el contexto de este trabajo, usar un enfoque de vulnerabilidad? Significa articular dos ejes analíticos. El primero son conductas o tendencias demográficas que generan adversidades (de salud, de acumulación de activos, de consideración social, entre otros) y que, por ende, cabe considerarlo **riesgo demográfico**; este riesgo debe ser medido (prevalencia y/o probabilidad); delimitado (a quiénes afecta más frecuentemente) y evaluado (cómo se expresan, en la práctica, sus adversidades teóricas). El segundo corresponde a las **respuestas y estrategias** de diversos tipos —anticipatorias, paliativas, de aseguramiento, movilizadoras, asistencialistas y adaptativas— que desarrollan los actores para encarar las adversidades que entraña dicha materialización, o para ajustarse a largo plazo a la ocurrencia del riesgo (adaptación). Se ha argumentado convincentemente que la fecundidad alta es

¹⁵ Por cierto, el censo también tiene limitaciones, la mayor parte de ellas relacionadas con la naturaleza de la información censal, pues esta fuente: a) no indaga en asuntos específicos de la conducta reproductiva o nupcial como sí lo hacen las encuestas especializadas; b) suele tener imperfecciones, siendo un caso típico y crucial para este trabajo la ausencia de respuesta a la pregunta sobre hijos nacidos vivos; c) los programas desarrollados para procesarlas no tienen módulos estadísticos sofisticados, lo que dificulta la elaboración de modelos que sinteticen, compriman y estilicen información (en particular, relaciones entre variables); d) la ausencia de un formulario común entre países lo que dificulta la comparabilidad entre ellos.

un riesgo demográfico (CEPAL/CELADE, 2002), pues entraña, en términos probabilísticos, adversidades (algunas de ellas también demográficas, como la mortalidad) para la vida personal o doméstica.

II. Definiciones operativas

La fecundidad alta se asocia a una trayectoria reproductiva intensa y, por tanto, debe ser captada de manera longitudinal. Cualquier esfuerzo tendiente a medirla debe considerar la edad de las mujeres. Una opción es concentrarse en las cohortes que están terminando su vida fértil (Bongaarts, 2002) pero eso tiene evidentes límites para la interpretación (se captura la fecundidad del pasado) y su uso de políticas (no cabe intervención sobre trayectorias reproductivas finalizadas); por tanto, cabe imputar la condición de fecundidad alta a las mujeres de todas las edades (entre 15 y 49 años) según algún parámetro de cantidad de hijos tenidos a diferentes edades. Este parámetro puede ser definido en función de cada distribución nacional de la paridez a edades exactas o en función de estándares vinculados al desempeño en la sociedad contemporánea, en la cual la fecundidad alta tiende a contraponerse a la inserción social considerada adecuada. Esta última opción se adopta en este trabajo. Para ofrecer una primera imagen de la forma cómo las diferentes cohortes de mujeres de la región han experimentado el descenso de la fecundidad, se usará la paridez (número medio de hijos tenidos) acumulada a distintas edades; sin embargo, su condición de indicador promedio impide usarla para identificar la fecundidad alta. Así, en este trabajo la fecundidad alta se operacionalizará según la cantidad de hijos nacidos vivos a distintas edades de las mujeres. Así, las siguientes mujeres clasifican con fecundidad alta: a) menores de 20 años y con un hijo o más; b) entre 20 y 24 años y con 2 ó más hijos; c) entre 25 y 29 años y con 3 ó más hijos; d) entre 30 y 34 años y con 4 ó más hijos; e) de 40 a 49 años y con 5 ó más hijos.

Dado que muchos de los análisis que se efectuarán son altamente sensibles a la edad, la agrupación en edades quinquenales puede **ocultar efectos de estructura significativos**. Por lo mismo, aprovechando el volumen de casos que significa trabajar con las bases de microdatos censales, se usarán edades simples representativas de cada grupo quinquenal (17, 22, 27, 32 y 40 años) para describir la situación de la fecundidad alta y sus condicionantes sociales, económicas y culturales en los diferentes tramos etarios. Como también interesa acercarse a expresiones domésticas de la fecundidad alta, se examinará un indicador aproximado de la misma, cual es el número de niños por hogar o vivienda (dependiendo del censo).¹⁶ Es claro que este número no depende exclusivamente de factores demográficos, ya que también está determinado por las modalidades de cohabitación y estructuración residencial de las familias. Además, no tiene sentido definirla con arreglo a la edad de la mujer, por tratarse no de hijos sino de niños en la unidad doméstica y, por ende, su significado e interpretación difiere del de la fecundidad alta.

Las condicionantes y variables de contexto que se usarán en el trabajo¹⁷ se operacionalizan de la siguiente manera: a) **educación**: en algunos casos se usará la variable años de estudio y, en otros, el nivel escolar alcanzado; en este último caso se trata de definiciones nacionales ajustadas al sistema educativo vigente en el país al momento del censo, por lo que las categorías de respuesta difieren entre países y su comparabilidad es limitada; b) **estrato socioeconómico**: en todos los casos, menos Nicaragua¹⁸ se trata de un índice basado en equipamiento disponible en el hogar o la vivienda; se obtiene como suma simple de cada bien o servicio y luego se distinguen tres estratos

¹⁶ Cabe prevenir que este número no depende exclusivamente de factores demográficos, ya que también está determinado por las modalidades de cohabitación y estructuración residencial de las familias. Además, no tiene sentido definirla con arreglo a la edad de la mujer, por tratarse no de hijos sino de niños en la unidad doméstica, y por ende su significado e interpretación difiere del de la fecundidad alta. Con todo, la evidencia disponible sugiere una estrecha relación entre el número de hijos y el número de niños en el hogar.

¹⁷ Sólo se usarán para siete censos seleccionados, que por ser recientes proporcionan antecedentes actuales sobre la fecundidad alta.

¹⁸ En este país, la estratificación se efectuó mediante la educación del jefe de hogar.

(bajo, medio y alto) lo más similares a “terciles” que permita la distribución del índice en cada país; c) **etnia**: depende de cada definición censal ya que en algunos casos el atributo clave es el dialecto, en otros la autopercepción y en unos cuantos existen ambas opciones; además y, en algunos, el énfasis está en los indígenas y sus distinciones internas (México, Bolivia) mientras que en otros están las etnias (afroamericanos e, incluso, chinos, como en Costa Rica).

Un punto clave de la operacionalización de la variable de interés (la fecundidad alta) fue la decisión sobre las no respuesta en la pregunta por **hijos nacidos vivos** (HNV). Esta consulta suele registrar altas tasas de no respuesta, sobre todo en las edades menores. Excluir de los cálculos a las mujeres que no responden tiene consecuencias para los resultados; en efecto, la precisión de éstos será mayor, es decir se acercará más a la paridez media real de las mujeres, mientras más parecida sea la cantidad de hijos que tienen las que declaran y las que no declaran paridez. Y la evidencia acumulada sugiere que éste no es el caso, pues hay poderosos indicios de que las mujeres que no declaran tienden a ser nulíparas. Tradicionalmente se ha usado la variable edad para justificar esta afirmación, pues los índices de no respuesta son mucho mayores entre las mujeres menores de 20 años y entre ellas la nuliparidad es mucho más frecuente (cuadro 1). Sin embargo, es posible una argumentación más sustantiva; en efecto, los gráficos 6 y 7 muestran que haber sido madre entre los 15 y 19 años de edad tiene una asociación significativa con otras variables, entre las que destacan el estado civil y la asistencia escolar. En el gráfico 6 se advierte que en los cuatro países considerados, la estructura conyugal de las nulíparas de 15 a 19 años es muy similar a la de las muchachas que no responden la pregunta por hijos nacidos vivos y que ambas se diferencian marcadamente de las que sí tienen hijos. Algo parecido ocurre con las mujeres de 30 a 34 años aunque algo atenuado (gráfico 7). En suma, tales resultados, en particular en el caso de las adolescentes, que es cuantitativamente el más significativo, sugieren poderosamente que las muchachas que no responden la pregunta por hijos nacidos vivos tienen altas probabilidades de ser nulíparas; por tanto, para los cálculos de fecundidad alta **las no respuesta serán consideradas como nuliparidad**.

Cuadro 1

**MUJERES DE 15 A 19 AÑOS Y DE 30 A 34 AÑOS DE EDAD: PORCENTAJE DE ‘NO RESPUESTA’^a
A LA PREGUNTA POR HIJOS NACIDOS VIVOS Y PORCENTAJE DE MUJERES CON HIJOS
NACIDOS VIVOS. PAÍSES Y FECHAS SELECCIONADOS**

País y fecha	Grupo de edad, porcentaje de no respuesta y proporción de mujeres que declaran tener hijos nacidos vivos					
	15-19 años de edad			30-34 años de edad		
	NS/NR ^a	Con hijos ^b	Con hijos ^c	NS/NR ^a	Con hijos ^b	Con hijos ^c
Bolivia, 2001	28,0	13,5	18,7	4,1	86,8	90,6
Costa Rica, 2000	17,9	13,2	16,1	2,8	85,5	88,1
Ecuador, 2001	2,0	16,3	16,6	3,4	84,5	87,5
México, 2000	3,6	12,1	12,5	0,7	85,6	86,3
Nicaragua, 1995	16,7	23,7	28,5	2,2	91,9	93,3
Panamá, 2000	3,4	17,4	18,0	0,9	84,0	84,7

Fuente: cálculos del autor basados en procesamientos especiales de las bases de microdatos censales.

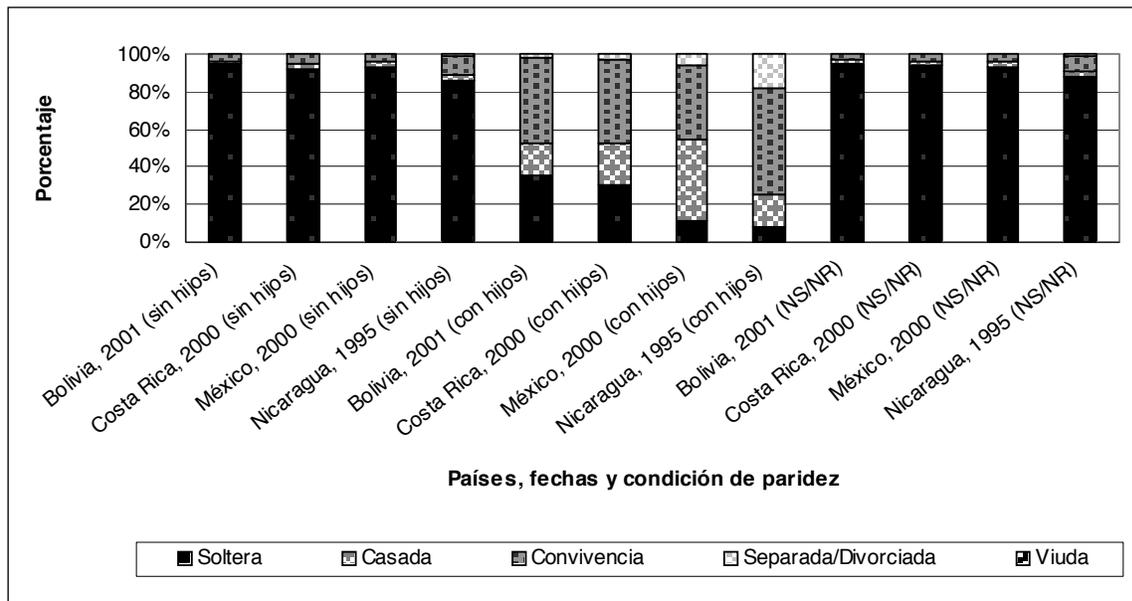
^a No sabe o no responde a la pregunta.

^b Sobre el total de mujeres.

^c Sobre las mujeres que responden la consulta por hijos nacidos vivos.

Gráfico 6

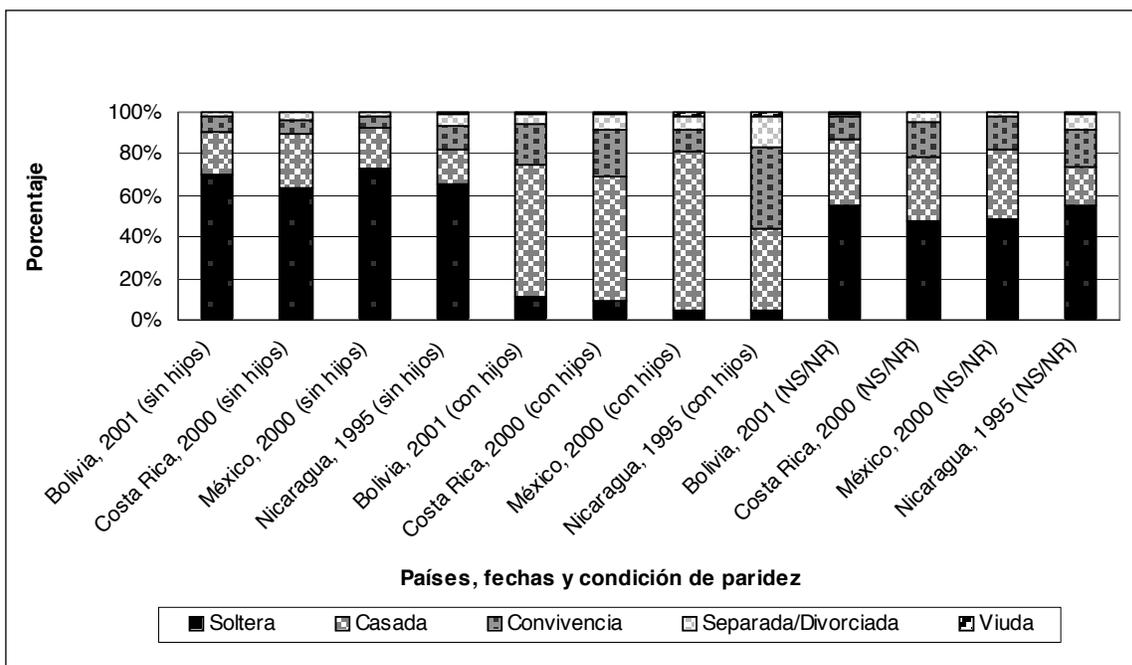
ESTRUCTURA DE ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PARIDEZ. PAÍSES Y FECHAS SELECCIONADOS



Fuente: cálculos del autor basados en procesamientos especiales de las bases de microdatos censales.

Gráfico 7

ESTRUCTURA DE ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES DE 30 A 34 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PARIDEZ. PAÍSES Y FECHAS SELECCIONADOS



Fuente: cálculos del autor basados en procesamientos especiales de las bases de microdatos censales.

III. Fuentes de información, métodos y medidas

La principal fuente de información de este trabajo fueron bases de datos censales de las que es depositario CELADE. Luego de un procesamiento inicial de prueba se decidió excluir las bases de datos de México, 1960 (muestra), de Brasil, 1980 (muestra) y de Panamá, 1980, que tenían problemas de diferente índole. En total, entonces, se procesaron 26 bases de datos censales, correspondientes a 14 países de la región (cuadro 2).

El procesamiento de las bases de microdatos censales permitió obtener dos indicadores de fecundidad alta. Uno es la paridez media acumulada por edades simples, una medida longitudinal clásica de la fecundidad. Aunque frecuentemente la paridez se calcula para grupos quinquenales —ya sea por limitaciones de representatividad, cuando se trata de encuestas por muestreo, o para compensar efectos de mala declaración de la paridez o de la edad—, en este caso se optó por la desagregación en edades simples por cuanto no hay restricciones de representatividad y tampoco hay razones para suponer que la preferencia por edad tiene correlación con el nivel de paridez. Cabe consignar que al desagregar por edad simple, las posibilidades de tener trayectorias con desviaciones aleatorias aumentan, tanto porque se reduce el número de casos como porque en la realidad sí pueden haber fluctuaciones de la paridez entre cohortes anuales. Como es sabido, la paridez medida de manera retrospectiva, como en este caso, puede contener sesgo si las mujeres con mayor paridez tienen sobremortalidad. El otro es el indicador de paridez alta usado en este documento y que corresponde al porcentaje de mujeres sobre un umbral de hijos establecido según la edad de la mujer, tal como se explicó en la sesión previa. Se trata de un indicador más intuitivo y sencillo, pues es un porcentaje simple, no requiere de supuestos sustantivos ni de cálculos sofisticados. No es sintético, pero ofrece antecedentes altamente relevantes para efectos de política y sugiere pistas respecto de la imbricación entre los cambios en la intensidad de la fecundidad y su calendario.

Cuadro 2
BASES DE DATOS CENSALES USADAS PARA LOS CÁLCULOS BÁSICOS

País y tipo de base de datos censales	Ronda censal de			
	1970	1980	1990	2000
Bolivia (total)	1976	-	1992	2001
Brasil (muestra del 12%)	-	-	1990	2000
Chile (total)	-	1982	1992	
Colombia (formulario 1: población en hogares particulares y fuera de zonas indígenas)	-	-	1993	-
Colombia (formulario 2: zonas indígenas)	-	-	1993	-
Costa Rica (total)	1973	1984	-	2000
Ecuador (total)	-	1982	1990	2001
El Salvador (total)			1992	
Guatemala (total)			1994	
Honduras (total)	-	1988	-	-
México (muestra del 10%)	-	-	-	2000
Nicaragua (total)	-	-	1995	-
Panamá (total)	-	-	1990	2000
Paraguay (total)	-	1982	1992	-
Perú (total)	-	-	1993	-
Uruguay (total)	-	1985	1996	-
Venezuela (muestra del 21% en 1971 y del 29% en 1990)	1971	-	1990	2001

Fuente: elaboración del autor.

Nota: CELADE no cuenta con bases de datos censales de: Argentina (1990 está incompleta), Cuba, Haití y República Dominicana.

Una segunda fuente de información usada en este trabajo, aunque en un grado mucho menor a la bases de microdatos censales, fueron las Encuestas de Demografía y Salud —*Demographic and Health Surveys* (DHS)—, principalmente sus indicadores básicos y las tablas que pueden obtenerse mediante procesamientos estandarizados en su página web (www.measuredhs.com).

Finalmente, en lo que atañe a métodos, dadas las características de la información usada (datos censales) así como del procesador computacional utilizado (REDATAM) se optó por tabulados complejos donde los indicadores de fecundidad alta se cruzan con cuatro o más variables. REDATAM¹⁹ permite cruces de cuatro variables como máximo, pero mediante el expediente de seleccionar categorías de una quinta variable se alcanzaron tabulados con cuatro variables de control. Por tratarse de datos censales cualquier diferencia en los datos es representativa del universo, aunque no forzosamente significativa en términos probabilísticos.

IV. Principales resultados

1. Niveles y evolución de la paridez, según edades simples

El cuadro 3 muestra la paridez según edades simples. Para la mayoría de los países (en sus diferentes fechas censales), su comportamiento se ajusta a la trayectoria típica, es decir un ascenso prácticamente monótono, más bien rápido entre los 20 años y los 35 años (la edad en que se tiene a la mayoría de los hijos) y pausado entre los 35 años y los 49 años. Las cifras hacia el final de la vida reproductiva varían ostensiblemente según los países; los que están asociados al nivel de la fecundidad que tenían en los 30 años previos al censo, por tratarse de una medida longitudinal que cubre toda la trayectoria reproductiva de las mujeres. Así, llega a máximos de seis o más hijos nacidos de mujeres de 45 años y más en Costa Rica (1973), Ecuador (1982) y Nicaragua (1995). Por su parte, los índices menores se encuentran, como cabía de esperar, en Uruguay —donde, tanto en 1985 como 1996, ninguna edad supera el umbral de los 3 hijos por mujer—, cuya transición demográfica ya estaba avanzada a mediados del siglo XX (CEPAL/CELADE, 2002). En general, los censos más antiguos (los de la ronda de 1970) ofrecen una imagen algo más errática, sobre todo por oscilaciones de la paridez en las edades mayores. Esto se manifiesta en que la curva de paridez según edad adquiere una ligera condición “dentada” y no monótona creciente como ocurre en los censos actuales. Esto pudiera sugerir errores en la captación de la información o sesgos asociados a las preferencias de edad,²⁰ pero también podría deberse a fluctuaciones reales de la fecundidad en el pasado o correlación entre mortalidad adulta femenina y paridez que sesga a la baja la paridez en las edades finales del ciclo reproductivo. Los gráficos 8 y 9 ilustran la situación con los casos de Costa Rica y Bolivia.

El cuadro 3 arroja otros tres hallazgos importantes: a) hay una tendencia al aumento en los niveles de paridez a edades tempranas —en particular antes de los 18 años, lo que resulta específicamente inquietante toda vez que a edades tan precoces no sólo se manifiestan las adversidades sociales de la reproducción temprana sino que también las biológicas— lo que no ocurre con el resto de las edades que muestran una caída pronunciada; b) los países con altas tasas de nacimiento paridez final alta registran, casi sin excepción,²¹ índices de paridez a edades

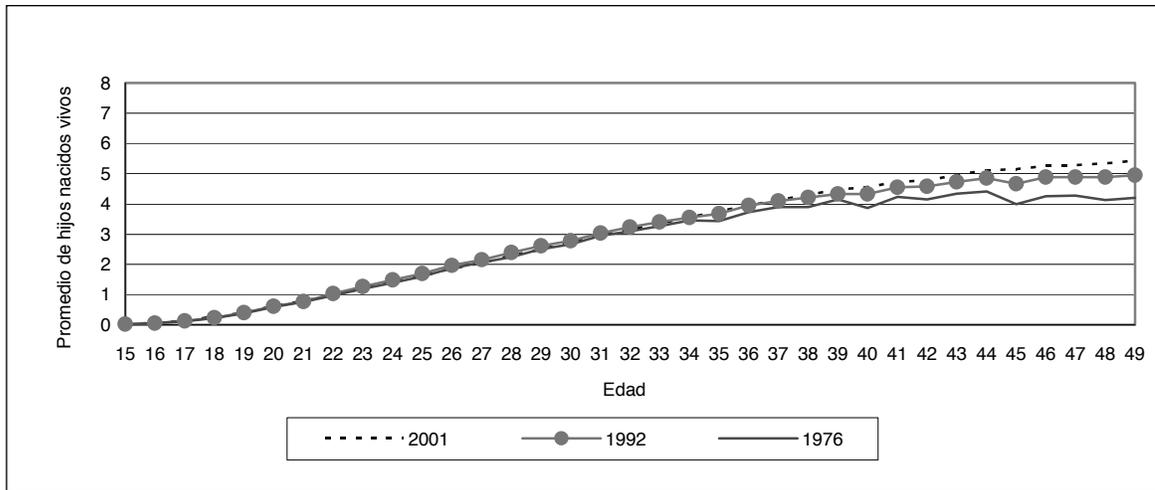
¹⁹ Todos los programas REDATAM usados para la obtención de los resultados que se presentan en este documento están disponibles según solicitud al autor.

²⁰ Por ejemplo, un “redondeo” hacia la edad 40 años que sea selectivo de mujeres menores de 40 años. En tal caso, la paridez de la edad 40 estaría contaminada por la paridez de edades menores (una paridez más baja, en principio), pues aumentar la edad no debiera inducir simultáneamente a un aumento en la declaración de hijos nacidos vivos.

²¹ La excepción es un caso que prácticamente no es tratado en este trabajo por falta de acceso a sus bases de microdatos censales. Se trata de Haití que no obstante sus niveles elevados de fecundidad total, registra uno de los índices de fecundidad adolescente más bajos de la región (CEPAL/CELADE, 20002; www.measuredhs.com).

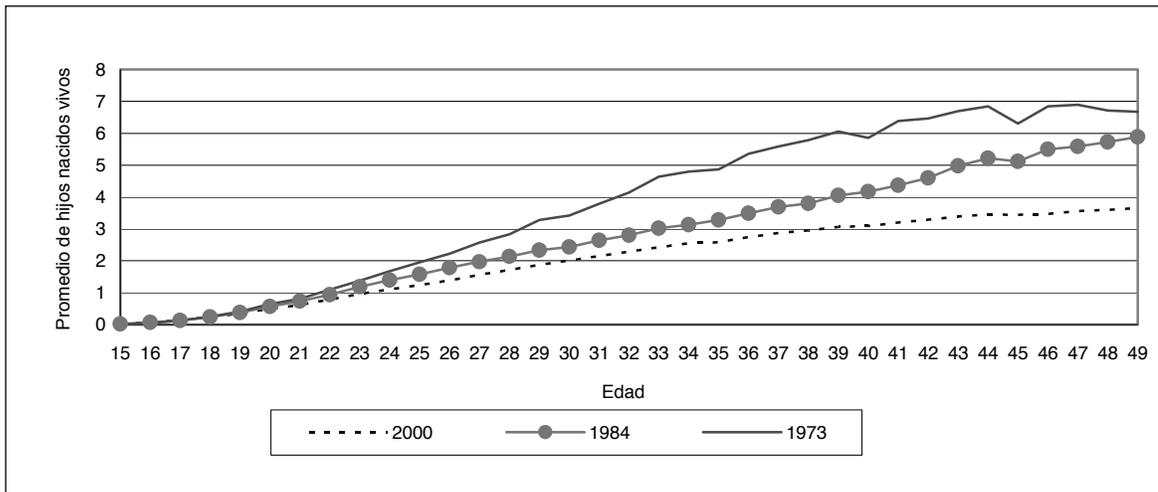
tempranas (hasta los 20 años) también altos y se cumple, así, que una trayectoria reproductiva intensa se caracteriza por tener un inicio temprano; c) entre los países que exhiben una trayectoria reproductiva moderada o de baja intensidad, la paridez precoz no es forzosamente baja, lo que debe ser objeto de preocupación, pues sugiere que ha aumentado el grado de control sobre la descendencia final pero no así sobre el inicio de la vida reproductiva; y no es claro si las ventajas de un mayor control sobre la trayectoria reproductiva se diluyen por la incapacidad de diferir el inicio de la trayectoria reproductiva (CEPAL/CELADE, 2002, 1998).

Gráfico 8
BOLIVIA: EVOLUCIÓN DE LA PARIDEZ, SEGÚN EDAD SIMPLE, 1976, 1992 Y 2001



Fuente: cálculos del autor basados en procesamientos especiales de las bases de microdatos censales.

Gráfico 9
COSTA RICA: EVOLUCIÓN DE LA PARIDEZ, SEGÚN EDAD SIMPLE, 1973, 1984 Y 2000



Fuente: cálculos del autor basados en procesamientos especiales de las bases de microdatos censales.

Cuadro 3
NÚMERO MEDIO DE HIJOS, SEGÚN EDAD DE LAS MUJERES.^a PAÍSES Y FECHAS SELECCIONADOS

Edad	Bolivia 2001	Bolivia 1992	Bolivia 1976	Bolivia: cambio relativo entre 1976-2001	Brasil 2000	Brasil 1991	Brasil: cambio relativo entre 1991-2000	Chile 1992	Chile 1982	Chile: cambio relativo entre 1982-1992	Colombia 1993 (formulario 1)	Colombia 1993 (formulario 2)	Costa Rica 2000	Costa Rica 1984	Costa Rica 1973	Costa Rica: cambio relativo entre 1973-2000	Ecuador 2001	Ecuador 1990	Ecuador 1982	Ecuador: cambio relativo entre 1982-2001
15	0,024	0,024	0,017	36	0,039	0,026	52	0,039	0,017	134	0,033	0,093	0,026	0,023	0,014	86	0,036	0,159	0,046	-21
16	0,066	0,058	0,058	13	0,069	0,061	49	0,069	0,046	52	0,077	0,189	0,067	0,066	0,053	26	0,091	0,072	0,080	13
17	0,140	0,125	0,136	3	0,122	0,125	37	0,122	0,101	21	0,156	0,348	0,195	0,133	0,126	7	0,177	0,140	0,160	11
18	0,268	0,234	0,267	0	0,196	0,221	23	0,196	0,187	5	0,272	0,626	0,238	0,241	0,251	-5	0,300	0,262	0,285	5
19	0,403	0,396	0,460	-12	0,314	0,331	19	0,314	0,320	-2	0,408	0,875	0,351	0,378	0,409	-14	0,437	0,396	0,454	-4
20	0,618	0,609	0,730	-15	0,419	0,470	15	0,419	0,449	-7	0,573	1,206	0,494	0,569	0,646	-23	0,612	0,627	0,703	-13
21	0,788	0,772	0,937	-16	0,549	0,618	10	0,549	0,590	-7	0,690	1,395	0,614	0,732	0,805	-24	0,765	0,747	0,885	-14
22	0,987	1,031	1,204	-18	0,691	0,795	5	0,691	0,770	-10	0,857	1,615	0,784	0,939	1,091	-28	0,924	0,944	1,170	-21
23	1,210	1,261	1,489	-19	0,842	0,952	4	0,842	0,936	-10	1,041	1,907	0,953	1,185	1,373	-31	1,113	1,159	1,411	-21
24	1,415	1,480	1,762	-20	0,968	1,116	0	0,968	1,092	-11	1,176	2,171	1,104	1,391	1,676	-34	1,260	1,372	1,643	-23
25	1,612	1,692	2,073	-22	1,094	1,284	-2	1,094	1,246	-12	1,302	2,429	1,234	1,576	1,951	-37	1,408	1,573	1,916	-27
26	1,856	1,968	2,395	-23	1,235	1,418	-2	1,235	1,443	-14	1,435	2,649	1,390	1,781	2,230	-38	1,556	1,767	2,154	-28
27	2,041	2,159	2,658	-23	1,372	1,602	-5	1,372	1,602	-14	1,606	2,942	1,563	1,976	2,585	-40	1,712	1,987	2,434	-30
28	2,314	2,395	2,952	-22	1,509	1,779	-8	1,509	1,779	-15	1,739	3,113	1,714	2,140	2,841	-40	1,861	2,199	2,681	-31
29	2,493	2,623	3,275	-24	1,649	1,921	-9	1,649	1,952	-16	1,865	3,332	1,873	2,338	3,283	-43	1,967	2,407	2,867	-31
30	2,760	2,789	3,607	-23	1,787	2,080	-9	1,787	2,074	-14	2,050	3,697	2,010	2,443	3,429	-41	2,231	2,685	3,191	-30
31	2,959	3,036	3,908	-24	1,915	2,245	-10	1,915	2,274	-16	2,096	3,751	2,165	2,654	3,796	-43	2,338	2,831	3,339	-30
32	3,169	3,242	4,152	-24	2,058	2,403	-11	2,058	2,429	-15	2,335	4,042	2,294	2,812	4,147	-45	2,517	3,043	3,659	-31
33	3,359	3,409	4,333	-22	2,249	2,579	-13	2,154	2,561	-16	2,483	4,260	2,426	3,028	4,640	-48	2,609	3,219	3,880	-33
34	3,561	3,555	4,629	-23	2,336	2,670	-12	2,252	2,679	-16	2,595	4,415	2,557	3,139	4,805	-47	2,740	3,405	4,082	-33
35	3,749	3,679	4,796	-22	2,399	2,828	-15	2,326	2,702	-14	2,679	4,559	2,593	3,287	4,872	-47	2,831	3,584	4,309	-34
36	3,960	3,957	5,053	-22	2,533	2,941	-14	2,471	2,946	-16	2,839	4,858	2,751	3,495	5,363	-49	2,985	3,806	4,635	-36
37	4,122	4,104	5,292	-22	2,637	3,057	-14	2,561	3,101	-17	2,987	4,991	2,882	3,695	5,565	-48	3,091	3,946	4,847	-36
38	4,306	4,215	5,439	-21	2,729	3,190	-14	2,646	3,177	-17	3,123	5,135	2,959	3,810	5,787	-49	3,217	4,166	5,034	-36
39	4,473	4,334	5,700	-22	2,824	3,308	-15	2,715	3,343	-19	3,200	5,285	3,065	4,054	6,057	-49	3,301	4,279	5,281	-37

(continúa)

Cuadro 3 (continuación)

Edad	Bolivia 2001	Bolivia 1992	Bolivia 1976	Bolivia: cambio relativo entre 1976- 2001	Brasil 2000	Brasil 1991	Brasil: cambio relativo entre 1991- 2000	Chile 1992	Chile 1982	Chile: cambio relativo entre 1982- 1992	Colombia 1993 (formulario 1)	Colombia 1993 (formulario 2)	Costa Rica 2000	Costa Rica 1984	Costa Rica 1973	Costa Rica: cambio relativo entre 1973- 2000	Ecuador 2001	Ecuador 1990	Ecuador 1982	Ecuador: cambio relativo entre 1982- 2001
40	4,563	4,327	5,642	-19	2,932	3,412	-14	2,766	3,350	-17	3,342	5,391	3,097	4,175	5,858	-47	3,470	4,477	5,396	-36
41	4,730	4,549	5,993	-21	2,980	3,531	-16	2,822	3,599	-22	3,315	5,731	3,211	4,374	6,391	-50	3,492	4,552	5,651	-38
42	4,788	4,582	5,956	-20	3,148	3,668	-14	2,906	3,722	-22	3,520	5,743	3,300	4,605	6,466	-49	3,624	4,737	5,831	-38
43	4,966	4,731	6,159	-19	3,197	3,797	-16	3,005	3,888	-23	3,691	6,006	3,398	4,977	6,694	-49	3,751	4,980	6,057	-38
44	5,123	4,862	6,304	-19	3,308	3,900	-15	3,029	4,014	-25	3,802	6,021	3,456	5,225	6,846	-50	3,842	5,146	6,146	-37
45	5,153	4,663	6,007	-14	3,389	4,036	-16	3,012	3,871	-22	3,885	6,133	3,446	5,118	6,310	-45	3,904	5,122	6,008	-35
46	5,268	4,886	6,212	-15	3,466	4,133	-16	3,152	4,131	-24	3,986	6,331	3,475	5,500	6,848	-49	4,015	5,342	6,328	-37
47	5,286	4,885	6,265	-16	3,560	4,233	-16	3,250	4,212	-23	4,149	6,111	3,570	5,592	6,894	-48	4,089	5,451	6,406	-36
48	5,340	4,887	6,186	-14	3,718	4,338	-14	3,309	4,207	-21	4,360	6,501	3,602	5,725	6,718	-46	4,159	5,544	6,330	-34
49	5,438	4,953	6,233	-13	3,809	4,420	-14	3,415	4,359	-22	4,433	6,522	3,657	5,885	6,671	-45	4,256	5,694	6,429	-34
Total	2,381	2,336	2,897	-18	1,760	1,898	-7	1,657	1,794	-8	1,859	2,925	1,841	2,105	2,802	-34	1,951	2,259	2,620	-26

(continúa)

Cuadro 3 (continuación)

Edad	El Salvador 1992	Guatemala 1994	Honduras 1988	México, 2000	Nicaragua 1995	Panamá 2000	Panamá 1990	Panamá: cambio relativo entre 1990-2000	Paraguay 1992	Paraguay 1982	Paraguay: cambio relativo entre 1982-1992	Perú 1993	Uruguay 1995	Uruguay 1985	Uruguay: cambio relativo entre 1985-1996	Venezuela 2001	Venezuela 1990	Venezuela 1971	Venezuela: cambio relativo entre 1971-2001
15	0,036	0,065	0,055	0,019	0,056	0,046	0,040	16	0,018	0,013	39	0,030	0,085	0,012	583	,04270	0,049	0,048	-10
16	0,080	0,113	0,109	0,053	0,148	0,108	0,096	13	0,064	0,051	25	0,059	0,113	0,037	209	,09324	0,091	0,099	-6
17	0,165	0,202	0,213	0,123	0,307	0,201	0,186	8	0,146	0,124	17	0,115	0,173	0,084	106	,17110	0,174	0,176	-3
18	0,289	0,368	0,373	0,226	0,501	0,334	0,306	9	0,287	0,250	15	0,206	0,245	0,153	61	,28874	0,276	0,294	-2
19	0,436	0,566	0,568	0,345	0,744	0,464	0,449	3	0,439	0,412	7	0,313	0,339	0,255	33	,42188	0,402	0,438	-4
20	0,621	0,814	0,758	0,512	0,991	0,646	0,659	-2	0,646	0,634	2	0,508	0,460	0,383	20	,57627	0,580	0,669	-14
21	0,752	1,003	0,975	0,623	1,195	0,798	0,788	1	0,781	0,801	-2	0,619	0,547	0,509	7	,72805	0,747	0,832	-13
22	0,985	1,269	1,211	0,795	1,493	0,956	0,974	-2	1,001	1,050	-5	0,845	0,665	0,636	5	,87701	0,908	1,094	-20
23	1,206	1,580	1,488	0,987	1,744	1,117	1,186	-6	1,225	1,271	-4	1,062	0,779	0,821	-5	,104341	1,076	1,349	-23
24	1,374	1,859	1,702	1,153	1,996	1,269	1,411	-10	1,431	1,537	-7	1,227	0,918	0,929	-1	,120812	1,246	1,627	-26
25	1,585	2,133	1,975	1,321	2,227	1,441	1,609	-10	1,653	1,794	-8	1,433	1,052	1,119	-6	,134039	1,441	1,867	-28
26	1,750	2,343	2,223	1,478	2,422	1,555	1,703	-9	1,849	1,987	-7	1,641	1,177	1,278	-8	,149500	1,627	2,158	-31
27	1,952	2,588	2,491	1,664	2,679	1,698	1,916	-11	2,033	2,219	-8	1,868	1,289	1,427	-10	,163677	1,803	2,390	-32
28	2,079	2,775	2,764	1,842	2,930	1,809	2,141	-15	2,255	2,449	-8	2,075	1,439	1,576	-9	,178190	1,969	2,657	-33
29	2,304	2,974	3,087	2,008	3,182	1,958	2,310	-15	2,447	2,694	-9	2,195	1,551	1,733	-11	,192768	2,153	2,874	-33
30	2,469	3,198	3,290	2,197	3,425	2,170	2,607	-17	2,673	2,903	-8	2,492	1,722	1,861	-7	,206857	2,350	3,174	-35
31	2,699	3,350	3,525	2,332	3,437	2,252	2,619	-14	2,837	3,152	-10	2,590	1,827	1,982	-8	,220786	2,526	3,317	-33
32	2,917	3,617	3,761	2,541	3,765	2,375	2,855	-17	3,072	3,369	-9	2,875	1,956	2,095	-7	,234619	2,678	3,517	-33
33	3,146	3,880	3,966	2,718	4,008	2,482	2,940	-16	3,228	3,622	-11	3,106	2,048	2,230	-8	,244253	2,863	3,702	-34
34	3,262	4,015	4,225	2,866	4,238	2,662	3,068	-13	3,362	3,823	-12	3,193	2,161	2,283	-5	,255750	2,960	3,869	-34
35	3,357	4,191	4,375	2,946	4,516	2,773	3,319	-16	3,478	4,013	-13	3,421	2,200	2,378	-7	,264443	3,109	3,963	-33
36	3,504	4,375	4,612	3,130	4,686	2,844	3,357	-15	3,663	4,267	-14	3,641	2,335	2,467	-5	,276763	3,265	4,085	-32
37	3,736	4,546	4,794	3,228	4,913	2,977	3,403	-13	3,874	4,486	-14	3,814	2,410	2,563	-6	,288315	3,381	4,113	-30
38	3,771	4,616	4,987	3,369	5,071	3,028	3,649	-17	3,915	4,649	-16	4,076	2,470	2,585	-4	,298572	3,471	4,223	-29
39	3,940	4,798	5,117	3,516	5,216	3,149	3,784	-17	4,074	4,881	-17	4,148	2,507	2,608	-4	,308073	3,632	4,234	-27
40	4,000	4,781	5,291	3,626	5,525	3,290	4,083	-19	4,108	4,909	-16	4,404	2,557	2,623	-3	,317511	3,754	4,131	-23

(continúa)

Cuadro 3 (conclusión)

Edad	El Salvador 1992	Guatemala 1994	Honduras 1988	México 2000	Nicaragua 1995	Panamá 2000	Panamá 1990	Panamá: cambio relativo entre 1990-2000	Paraguay 1992	Paraguay 1982	Paraguay: cambio relativo entre 1982-1992	Perú 1993	Uruguay 1995	Uruguay 1985	Uruguay: cambio relativo entre 1985-1996	Venezuela 2001	Venezuela 1990	Venezuela 1971	Venezuela: cambio relativo entre 1971-2001
41	4,219	5,023	5,513	3,630	5,283	3,284	3,873	-15	4,254	5,169	-18	4,416	2,586	2,673	-3	3,25518	3,861	4,318	-25
42	4,311	5,013	5,638	3,771	5,580	3,376	4,095	-18	4,330	5,383	-20	4,603	2,604	2,653	-2	3,35261	3,965	4,290	-22
43	4,605	5,314	5,741	4,008	5,714	3,388	4,230	-20	4,490	5,456	-18	4,798	2,674	2,740	-2	3,42442	4,135	4,316	-21
44	4,713	5,299	5,812	4,131	5,976	3,447	4,307	-20	4,510	5,647	-20	4,891	2,637	2,715	-3	3,47807	4,249	4,262	-18
45	4,724	5,315	5,896	4,205	6,184	3,568	4,572	-22	4,558	5,601	-19	5,059	2,683	2,743	-2	3,51832	4,381	4,130	-15
46	4,901	5,403	6,067	4,315	6,138	3,519	4,580	-23	4,633	5,878	-21	5,080	2,691	2,736	-2	3,60309	4,489	4,107	-12
47	5,001	5,494	6,040	4,422	6,276	3,591	4,663	-23	4,723	5,848	-19	5,165	2,708	2,736	-1	3,67572	4,604	4,050	-9
48	5,049	5,481	6,004	4,555	6,455	3,706	4,985	-26	4,762	5,763	-17	5,464	2,722	2,729	0	3,75741	4,729	4,032	-7
49	5,188	5,531	5,918	4,686	6,424	3,874	5,069	-24	4,836	6,038	-20	5,409	2,697	2,701	0	3,84896	4,858	4,035	-5
Total	2,086	2,584	2,636	1,982	2,765	1,935	2,134	-9	2,256	2,406	-6	2,187	1,589	1,630	-3	1,69510	2,032	2,189	-23

Fuente: procesamiento especial de las bases de microdatos censales.

^a Denominador considera a todas las mujeres.

2. Magnitud, niveles y evolución de la fecundidad alta

En el cuadro 4 se presentan tres expresiones del indicador de fecundidad alta y cada una de ellas en dos versiones: una para todas las mujeres (opción recomendada por los antecedentes expuestos en el acápite 2, cuadro 1 y gráfico 6 y 7) y, otra, sólo para las mujeres que responden la pregunta por hijos nacidos vivos.²² La primera expresión del indicador es el porcentaje de mujeres con 5 hijos o más. No reviste mayor utilidad porque aplica un criterio único a todas las mujeres y, entre otras cosas, está afectado por la estructura etaria de las mujeres en edad fértil. La segunda expresión es el porcentaje de fecundidad alta para las edades cumplidas 17, 22, 27, 32, y 40 años (representativos de los grupos quinquenales y decenales con que suelen operar los cálculos de fecundidad); se trata del indicador más relevante de este trabajo. El tercer indicador sí procura ser resumen y captura el porcentaje de fecundidad alta para toda la población de referencia; se construye como la sumatoria de todas las mujeres con fecundidad alta a las distintas edades dividido por el total de mujeres y por el total de mujeres que responden. Las cifras se interpretan directamente como la prevalencia o frecuencia relativa de este riesgo demográfico a la fecha del censo, lo que es indisoluble de la trayectoria reproductiva previa. También corresponde a la **probabilidad condicional en la edad de haber tenido fecundidad alta a una edad determinada**; lo que puede tener capacidad prospectiva para las cohortes siguientes en caso de mantención del régimen (calendario e intensidad) de fecundidad. Adicionalmente, por obtenerse de datos censales arroja una cifra de la población afectada por el riesgo que obviamente no está presente en los indicadores anteriores y cuya utilidad de política es indiscutible (tabulados especiales con cifras absolutas disponibles según solicitud).

Las cifras del cuadro 4 son plenamente compatibles con la trayectoria descendente de la fecundidad que ha experimentado la región y que ya se vislumbraron en el cuadro 3 con el indicador de paridez media. El índice resumen ha caído en todos los países. Sus guarismos inferiores se sitúan en países de reconocida baja fecundidad —Chile con un 13,4% en 1992 y Uruguay con un 13,8% en 1995. Sus niveles más altos en la actualidad se hallan en Nicaragua, Honduras y Guatemala; sólo después viene Bolivia. Esto último ciertamente contrasta con las comparaciones que podrían efectuarse en la actualidad con base en medidas transversales como la tasa global de fecundidad que muestran Nicaragua y Honduras, sobre todo el primero, con un nivel muy inferior al de Bolivia (www.measuredhs.com e informes nacionales resumidos de encuestas especializadas Nicaragua 2001²³ y Honduras 2001²⁴). Pero tal diferencia es plenamente explicable por cuanto el índice de fecundidad alta recoge la historia reproductiva y en el pasado la fecundidad en Nicaragua y Honduras era más alta que en Bolivia.

¿Cuál ha sido la magnitud del cambio reproductivo? Los cálculos que se ofrecen en el cuadro 4 son elocuentes. La proporción de mujeres con fecundidad alta se redujo a la mitad en Costa Rica en un lapso de 27 años: en 1973 un 38,3% de todas las mujeres de 15 a 49 años de edad clasificaba con fecundidad alta mientras que en 2000 sólo lo hacía un 20,5%. En un período similar (1971-2001) la prevalencia de la fecundidad alta bajó desde 37,6% en Venezuela a 22,4%. En el caso de Ecuador, las cifras revelan que en 19 años la prevalencia de la fecundidad alta descendió de 39,0% a 24,5%. El descenso menos marcado se verifica en Uruguay (1985-1996), lo que coincide con la relativa estabilidad de los niveles de fecundidad que ese país ha mostrado en los últimos 20 años (www.eclac.cl/celade/proyecciones/xls/URUfecHI.xls).

²² Obviamente la diferencia entre ambos valores dependerá de los índices de no respuesta a la pregunta sobre hijos nacidos vivos. Por tanto cabe esperar que entre las adolescentes las disparidades entre las dos versiones del indicador sean más marcadas.

²³ Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 2001 (ENDESA 2001).

²⁴ Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF) y de la Encuesta Nacional de Salud Masculina (ENSM) de 2001.

Cuadro 4
ALTA PARIDEZ: ^a ¿QUÉ HA PASADO EN LOS ÚLTIMOS TREINTA AÑOS? PAÍSES Y FECHAS SELECCIONADOS

País y año	Mujeres de 15-49 años (5 hijos o más)		Mujeres de 17 años (1 hijo o más)		Mujeres de 22 años (2 hijos o más)		Mujeres de 27 años (3 hijos o más)		Mujeres de 32 años (4 hijos o más)		Mujeres de 40 años (5 hijos o más)		Total (mujeres con fecundidad alta según edad)	
	Todas las mujeres	Sólo las que declaran paridez	Todas las mujeres	Sólo las que declaran paridez	Todas las mujeres	Sólo las que declaran paridez	Todas las mujeres	Sólo las que declaran paridez	Todas las mujeres	Sólo las que declaran paridez	Todas las mujeres	Sólo las que declaran paridez	Todas las mujeres	Sólo las que declaran paridez
Bolivia, 2001	19,3	21,7	11,6	15,8	28,4	32,3	35,5	37,9	39,9	41,6	45,4	47,1	33,0	37,1
Bolivia, 1992	18,8	20,2	9,9	14,5	30,5	38,6	39,3	44,1	42,0	45,3	43,8	47,1	33,1	39,1
Bolivia, 1976	27,2	27,2	11,0	11,0	35,0	35,0	50,7	50,7	58,5	58,5	61,1	61,1	42,9	42,9
Brasil, 1991	11,7	12,3	10,4	11,2	21,8	23,0	24,1	25,1	22,0	23,0	26,3	27,6	22,1	23,3
Brasil, 2000	8,4	8,4	14,1	14,1	22,4	22,4	21,4	21,4	16,2	16,2	17,2	17,2	18,6	18,6
Chile, 1992	6,3	6,8	9,8	12,2	16,1	17,9	15,0	15,8	13,1	13,5	13,9	14,2	14,6	15,9
Chile, 1982	10,8	11,8	8,9	11,3	20,6	22,7	22,2	23,3	22,2	23,0	26,7	27,5	21,4	23,5
Colombia, 1993 (formulario 1)	10,7	12,8	12,8	22,2	23,5	31,0	24,2	28,1	21,8	23,9	25,9	27,7	22,5	26,8
Colombia, 1993 (formulario 2: INDÍGENAS)	22,2	24,0	26,8	33,4	48,7	53,9	57,1	61,1	57,5	60,3	59,2	62,4	41,6	45,1
Costa Rica, 2000	8,9	9,6	11,8	14,5	20,6	22,6	22,2	23,2	18,7	19,3	19,7	20,2	19,1	20,5
Costa Rica, 1984	14,2	16,2	10,9	15,7	27,1	31,6	32,9	35,1	29,7	30,8	38,8	40,0	28,8	32,8
Costa Rica, 1973	24,6	24,6	10,3	10,3	31,3	31,3	45,5	45,2	53,4	53,5	57,7	57,8	38,3	38,3
Ecuador, 2001	11,5	12,0	14,9	15,0	26,4	27,8	26,7	27,9	24,4	25,2	27,4	28,3	24,5	25,4
Ecuador, 1990	17,3	18,3	11,0	12,3	27,2	29,2	33,8	35,2	36,5	37,6	43,9	45,2	31,3	33,1
Ecuador, 1982	22,6	28,2	12,4	23,3	35,3	45,8	44,8	50,2	48,4	52,1	56,7	60,2	39,0	48,6
El Salvador, 1992	14,3	14,3	13,5	13,5	29,9	29,9	34,4	34,4	32,9	32,9	30,6	30,6	29,1	29,1
Guatemala, 1994	22,3	34,7	14,6	99,7	38,9	65,4	50,4	63,2	50,0	57,9	49,6	56,1	39,8	61,9

(continúa)

Cuadro 4 (conclusión)

País y año	Mujeres de 15-49 años (5 hijos o más)		Mujeres de 17 años (1 hijo o más)		Mujeres de 22 años (2 hijos o más)		Mujeres de 27 años (3 hijos o más)		Mujeres de 32 años (4 hijos o más)		Mujeres de 40 años (5 hijos o más)		Total (mujeres con fecundidad alta según edad)	
	Todas las mujeres	Sólo las que declaran paridez	Todas las mujeres	Sólo las que declaran paridez	Todas las mujeres	Sólo las que declaran paridez	Todas las mujeres	Sólo las que declaran paridez	Todas las mujeres	Sólo las que declaran paridez	Todas las mujeres	Sólo las que declaran paridez	Todas las mujeres	Sólo las que declaran paridez
Honduras, 1988	23,5	24,4	15,6	15,8	36,6	38,3	47,6	50,0	52,7	55,4	56,4	59,0	40,7	42,4
México, 2000	11,7	11,9	10,6	11,0	22,2	22,7	25,2	25,5	24,1	24,3	28,2	28,4	23,3	23,7
Nicaragua, 1995	22,6	24,2	23,7	28,4	45,9	49,4	49,1	50,3	48,7	49,8	55,3	56,2	43,5	46,6
Panamá, 2000	10,4	10,5	16,2	16,7	26,7	27,2	26,5	26,8	22,0	22,2	22,5	22,6	22,6	23,0
Panamá, 1990	14,4	15,6	15,2	19,4	27,6	30,8	32,3	34,0	29,5	30,4	35,1	35,8	28,5	31,0
Paraguay, 1992	16,8	17,5	12,5	13,2	29,1	31,0	35,1	36,6	37,2	38,3	38,1	39,2	31,0	32,3
Paraguay, 1982	19,8	20,1	10,5	10,6	31,0	31,4	39,4	40,2	42,6	43,3	48,7	49,5	34,3	34,8
Perú, 1993	16,6	17,3	9,7	10,3	24,0	25,6	31,3	32,7	33,7	34,7	42,2	43,1	28,9	30,2
Uruguay, 1995	6,1	6,1	12,8	12,8	16,9	16,9	15,5	15,3	12,9	12,9	11,9	11,9	13,8	13,8
Uruguay, 1985	7,3	7,5	7,2	7,6	16,8	17,4	18,3	18,7	16,2	16,5	13,9	14,1	14,8	15,2
Venezuela, 2001	10,5	10,8	13,7	14,4	24,3	25,2	24,8	25,5	21,1	21,6	22,0	22,5	21,7	22,4
Venezuela, 1990	13,6	15,1	13,0	16,4	26,0	29,4	29,7	32,0	29,3	30,7	31,6	32,9	26,5	29,3
Venezuela, 1971	20,3	22,6	12,0	13,9	31,8	35,4	44,0	47,8	47,5	51,4	44,7	49,2	33,8	37,6

Fuente: procesamiento especial de las bases de microdatos censales.

^a Faltan: Argentina, Cuba, Haití y República Dominicana.

Si nos concentramos ahora en los indicadores de fecundidad alta por edades simples, se advierte que en todo los países en que es posible una comparación diacrónica la prevalencia de la fecundidad alta a los **17 años cumplidos** ha tendido a aumentar. De los cuatro países con tres mediciones este aumento ha sido sistemático en dos (Costa Rica y Venezuela) y con inflexiones en los otros dos (Bolivia y Ecuador), encontrándose el mayor indicador de fecundidad alta en el censo de la ronda de 2000 (cuadro 4).

En general, las cifras revelan una tendencia a la desvinculación entre el inicio de la reproducción y su intensidad final; en particular aquello se manifiesta en el alza de la prevalencia de la fecundidad alta a los 17 años y, como contrapartida, el marcado descenso de su prevalencia a los 32 ó 40 años (cuadro 4). El contraste entre la relativa homogeneidad, entre países, del nivel de la fecundidad alta a los 17 años y las acentuadas disparidades del nivel de la fecundidad alta a los 32 ó 40 años también parece sugerir la desvinculación antes citada. Sin embargo, tal comparación puede resultar engañosa por estar comparando cohortes diferentes. En efecto, esta homogeneidad a los 17 años entre países puede transformarse en el futuro en una homogeneidad en el resto de las edades, produciendo un fenómeno de convergencia de patrones reproductivos, situación diametralmente distinta a la divergencia que se constata actualmente al comparar cohortes que prácticamente ya terminaron su vida reproductiva. Por cierto, pudiera pensarse que tal argumento también mella la afirmación basada en la comparación diacrónica entre países pero en rigor no es así, pues los países con tres mediciones permiten el seguimiento de cohortes y es claro que las que entraron en su vida reproductiva en el decenio de 1980 no bajaron su intensidad reproductiva durante la adolescencia, respecto de la cohorte que ingresó en el decenio de 1970, pero sí controlaron su trayectoria reproductiva en las etapas más avanzadas de la misma. Con todo, el futuro de la cohorte que entró a su vida reproductiva en la segunda mitad del decenio de 1990 es una interrogante abierta.

Al considerar edades representativas de tres cohortes quinquenales correlativas se advierte la disonancia entre inicio de la trayectoria reproductiva y su continuación. Costa Rica y Bolivia ofrecen un buen ejemplo. Mientras que la fecundidad alta a los 17 años es levemente superior en Costa Rica, ya a los 22 años Bolivia supera en un 50% el indicador de Costa Rica y sigue haciéndolo en un 40% a los 27 años. Las costarricenses que están terminando su vida reproductiva en 2000 comenzaron su trayectoria de fecundidad a principios del decenio de 1970; es decir, fueron las pioneras en materia de control de la reproducción. Aquello explica la marcada disparidad respecto de Bolivia, ya que a inicios del siglo XXI, en este último país, el indicador de fecundidad alta a los 40 años es más que el doble del de Costa Rica (cuadro 4).

Puede concluirse que: a) la probabilidad de experimentar fecundidad alta se ha reducido de forma generalizada y en concomitancia con el avance de la transición demográfica; b) hay una reducción drástica de la proporción de mujeres que llega a tener 5 hijos o más, una baja más moderada de la carga de crianza durante la juventud (20 a 29 años) e, inquietantemente, un incremento de la maternidad entre las adolescentes; c) en la actualidad, la fecundidad alta es un asunto que atañe fundamentalmente a las mujeres jóvenes²⁵ (20-29 años), lo que parece tener algunas ventajas respecto de la concentración entre las adolescentes o entre las adultas maduras, pero también revela una persistente contraposición entre la carga de crianza y la acumulación de activos educacionales o de experiencia laboral; d) lo más relevante de las cifras calculadas y expuestas es la ratificación de que el descenso de la fecundidad ha sido experimentado por una fracción creciente de la población y no ha tendido a promover una polarización entre un grupo que avanza en el control reproductivo y otro que se mantiene estancado en trayectorias reproductivas intensas, lo que no impide que la prevalencia de la fecundidad alta todavía varía significativamente dentro de los países y en abierto desmedro de los grupos más desaventajados.

²⁵ Esta constatación es altamente dependiente de la operacionalización de fecundidad alta efectuada en este trabajo, que tiene una especificidad etaria explícita.

3. Probabilidades de experimentar fecundidad alta en la actualidad, según desagregaciones sociales, económicas y étnicas

Tal como podía esperarse, la prevalencia de la fecundidad alta varía sensiblemente entre grupos sociales, económicos y étnicos. Una primera aproximación a estos diferenciales —en que cada uno actúa condicionando separadamente a la fecundidad alta para las edades 17, 22, 27, 32 y 40 años— muestra que de manera sistemática la mayor probabilidad de experimentar fecundidad alta la registran los estratos bajos y los grupos con escasa o nula educación (cuadro 5). Tal comportamiento es plenamente compatible con la investigación acumulada hasta ahora y concuerda con el síndrome de comportamientos demográficos asociados a la pobreza y que se han etiquetado con la expresión “dinámica demográfica de la pobreza” (CEPAL/CELADE, 2002; United Nations, 2002 y 1987 Bulatao y Casterline, 2001; Martínez, 1999; Carrasco, Martínez y Vial, 1997; Guzmán y otros, 1996; Livi-Bacci, 1995).

El cuadro 5 muestra enormes brechas en la fecundidad alta para todas las edades. En todos los países considerados (7 con censos recientes) para las muchachas de estrato alto la maternidad a los 17 años es marginal (un máximo de 5,6% en Bolivia) mientras que no baja de 17% entre las muchachas de estrato bajo llegando a un máximo de 30% en Panamá (2000); más aun, para las muchachas que a los 17 años ya han llegado a la educación superior la maternidad es virtualmente inexistente²⁶ pero se empina hasta el 40% entre las muchachas sin instrucción en Nicaragua y Panamá y supera el 20% entre las muchachas con rezago educativo evidente (17 años y con educación básica). Las disparidades persisten a las restantes edades. Claramente la asistencia a educación superior se asocia con prevalencia ínfima de alta fecundidad en todas las edades, pues el porcentaje de mujeres que han asistido a tal nivel y tienen fecundidad alta no supera el 6%.²⁷ Como contrapartida, la no asistencia al sistema educativo es concomitante con una alta probabilidad de tener fecundidad elevada cualquiera sea la edad. Por su parte, salvo países como Bolivia, la pertenencia al estrato alto es concomitante con una probabilidad inferior al 10% de tener fecundidad alta en todas las edades consideradas, lo que contrasta con las probabilidades del 50% o más que registran las mujeres de estrato bajo en algunos países, sobre todo en las edades mayores. En todo caso, al controlar el nivel educativo y el estrato socioeconómico subsisten importantes diferencias entre los indicadores de fecundidad alta de los países, lo que sugiere la existencia de otros factores en la determinación de tales niveles.

²⁶ Este último grupo es muy selecto y en general contiene pocos datos lo que hace más inestables las cifras.

²⁷ Esta aparente homogeneidad tiene algo de espejismo, pues al cotejar mujeres con educación superior de diferentes países se verifican disparidades relativas similares a los de los otros grupos educativos; mas aun, en ocasiones es en esta elite donde se verifica la mayor distinción entre países. Un ejemplo impresionante por su regularidad es el cotejo entre México y Ecuador. Para todas las edades y niveles educativos el indicador de fecundidad alta es parecido en ambos países con la excepción del nivel superior, en el que sistemáticamente las mujeres mexicanas registran un indicador bastante inferior que sus contrapartes ecuatorianas. Por cierto, la discrepancia puede deberse exclusivamente a que las categorías educativas en uno u otro país no son comparables (lo que significaría que la comparación adolece de falacia operacional, aunque no parece ser el caso, no hay grandes diferencias entre las clasificaciones de nivel educativo en uno u otro país), o que el acceso a educación superior varía significativamente entre uno y otro, siendo en México una situación exclusiva de la elite que no tiene problemas en controlar su fecundidad mientras en Ecuador es más masiva e incluye mujeres de grupos subalternos que sí tienen restricciones para controlar su fecundidad (explicación que parece no ajustarse a los rasgos de transversalidad social de la educación superior pública en México, Lindstrom y Brambila, 2002), o que objetivamente la educación superior tiene un efecto atenuador de la fecundidad alta menor en Ecuador por rasgos idiosincrásicos de la estructura social o de las mujeres que alcanzan dicho nivel educativo (lo que debiera ser objeto de indagaciones posteriores).

Cuadro 5

**¿A QUIÉNES AFECTA LA FECUNDIDAD ALTA?:
UNA PRIMERA APROXIMACIÓN. PAÍSES Y FECHAS SELECCIONADOS**

País y fecha censal	17 años											
	Total	Estrato			Educación				Etnia			
		Alto	Medio	Bajo	Sin	Básica	Secundaria	Superior	0	1	2	3
Bolivia, 2001	11,6	5,6	13,8	19,0	21,0	19,2	8,1	-	12,0	11,9	7,1	24,9
Costa Rica, 2000	11,8	4,2	11,2	25,2	31,9	21,8	5,5	1,4	11,4	30,5	16,2	6,5
Ecuador, 2001	14,9	-	-	-	21,8	23,2	9,9	3,5	14,8	14,2	24,7	14,5
México, 2000	10,6	4,2	9,7	18,1	22,7	20,2	12,0	1,8	10,1	14,7	10,9	20,0
Nicaragua 1995	23,7	-	-	-	40,7	29,9	10,0	2,5	23,3	27,1	37,0	18,8
Panamá, 2000	16,2	4,4	11,3	29,9	41,0	36,0	9,3	1,6	13,4	28,2	40,8	43,2
Uruguay, 1996	12,8	4,6	9,9	22,3	27,5	19,2	3,9	5,7	-	-	-	-
País y fecha censal	22 años											
	Total	Estrato			Educación				Etnia			
		Alto	Medio	Bajo	Sin	Básica	Secundaria	Superior	0	1	2	3
Bolivia, 2001	28,4	13,3	34,3	44,3	47,8	48,6	28,7	1,8	26,0	32,5	24,7	42,5
Costa Rica, 2000	20,6	7,5	21,8	38,8	46,0	34,2	16,3	3,2	20,1	46,6	21,6	9,2
Ecuador, 2001	26,4	-	-	-	38,7	41,2	24,6	4,4	22,1	37,6	38,0	26,8
México, 2000	22,2	9,7	21,2	35,1	43,1	36,8	24,6	1,4	21,0	34,3	27,2	45,0
Nicaragua 1995	45,9	-	-	-	61,0	56,9	27,8	3,9	44,0	57,1	67,7	44,0
Panamá, 2000	26,7	6,8	21,6	47,2	60,0	53,3	23,8	2,2	40,0	45,6	62,9	56,0
Uruguay, 1996	16,9	4,7	12,8	30,7	24,1	27,4	7,8	2,1	-	-	-	-
País y fecha censal	27 años											
	Total	Estrato			Educación				Etnia			
		Alto	Medio	Bajo	Sin	Básica	Secundaria	Superior	0	1	2	3
Bolivia, 2001	35,5	17,8	43,2	52,8	55,9	55,9	33,5	3,1	31,4	40,9	33,6	46,3
Costa Rica, 2000	22,2	9,6	22,9	42,1	47,5	32,7	18,0	5,6	21,8	49,8	23,2	5,4
Ecuador, 2001	26,7	-	-	-	47,7	42,5	22,8	5,2	20,5	48,3	38,9	25,5
México, 2000	25,2	11,6	24,0	43,3	49,7	42,3	25,1	3,0	23,4	45,5	41,2	60,9
Nicaragua 1995	49,1	-	-	-	69,2	61,3	26,5	5,6	46,5	67,9	83,3	41,6
Panamá, 2000	26,5	6,9	21,0	49,6	63,3	50,8	22,6	2,6	50,0	44,3	74,6	60,2
Uruguay, 1996	15,5	3,8	11,6	30,8	19,4	24,5	6,6	1,7	-	-	-	-
País y fecha censal	32 años											
	Total	Estrato			Educación				Etnia			
		Alto	Medio	Bajo	Sin	Básica	Secundaria	Superior	0	1	2	3
Bolivia, 2001	39,9	20,8	48,5	58,5	61,2	58,6	34,7	4,0	33,5	47,4	38,2	56,4
Costa Rica, 2000	18,7	8,0	19,8	38,5	44,0	27,1	14,5	4,3	18,3	46,5	21,0	6,9
Ecuador, 2001	24,4	-	-	-	51,0	39,5	17,3	4,2	16,6	52,3	37,4	22,8
México, 2000	24,1	10,0	23,4	45,7	55,3	40,2	19,2	2,2	22,6	51,1	41,5	66,5
Nicaragua 1995	48,7	-	-	-	70,1	56,6	23,5	4,6	45,2	65,3	82,4	43,8
Panamá, 2000	22,0	5,4	16,9	47,1	61,3	43,7	16,4	2,3	50,0	40,0	75,7	60,0
Uruguay, 1996	12,9	3,1	9,5	27,9	22,3	19,0	4,4	1,5	-	-	-	-

(continúa)

Cuadro 5 (conclusión)

País y fecha censal	40 años											
	Total	Estrato			Educación				Etnia			
		Alto	Medio	Bajo	Sin	Básica	Secundaria	Superior	0	1	2	3
Bolivia, 2001	45,4	24,6	55,5	60,6	62,9	58,4	33,7	5,1	36,7	53,2	46,0	59,0
Costa Rica, 2000	19,7	8,7	22,4	42,3	48,4	29,2	13,3	3,2	19,3	49,9	23,3	2,4
Ecuador, 2001	27,4	-	-	-	53,9	39,2	14,8	3,6	16,0	58,0	42,2	25,9
México, 2000	28,2	11,5	29,1	52,2	57,1	38,1	15,2	2,6	26,4	53,9	50,9	62,2
Nicaragua 1995	55,3	-	-	-	67,7	50,7	20,1	5,2	49,7	63,3	70,2	35,1
Panamá, 2000	22,5	4,3	17,3	50,5	62,5	40,6	13,9	1,8	75,0	44,3	76,1	66,7
Uruguay, 1996	11,9	3,0	9,4	27,3	27,4	16,5	3,5	1,8	-	-	-	-

Fuente: procesamiento especial de las bases de microdatos censales.

Etnias: *Bolivia:* (0) No indígena, (1) Quechua, (2) Aymara y (3) Guaraní; *Costa Rica:* (0) Ninguna de las anteriores, (1) Indígena, (2) Negro y (3) Chino; *Ecuador:* (0) Blanco, (1) Indígena, (2) Negro, (3) Mestizo; *México:* (0) No pertenece a grupo indígena, (1) sí pertenece a grupo indígena, (2) habla Maya, (3) habla Tzotzil; *Nicaragua:* (0) Español, (1) Miskito, (2) Sumo, (3) Inglés; *Panamá:* (0) Ninguna, (1) Kuna, (2) Ngobe, (3) Embera.

Un hallazgo interesante es que a edades tempranas (17 y 22 años), la educación básica tiene un efecto reductor de la alta fecundidad; de hecho, en algunos países las mayores prevalencias de fecundidad alta a dichas edades se verifican no entre las mujeres sin instrucción sino entre aquellas con educación básica. Pese a que tales cifras chocan contra la imagen tradicional del efecto “reductor” relativamente lineal que tendría la educación sobre la fecundidad, hay explicaciones plausibles para este comportamiento. Por una parte está el hecho de que tener sólo educación básica para las cohortes jóvenes actuales revela, de todas formas, una situación educativa y socioeconómica desmedrada (rezago escolar, aunque sin duda es una condición superior a la de las mujeres sin educación) y, por ende, una alta probabilidad de sujeción a las restricciones culturales, informativas y prácticas en el acceso a anticonceptivos que afectan a las mujeres pobres en la región. Por otra, está el hecho de que las jóvenes sin educación son, en la actualidad, un grupo con altas probabilidades de marginalidad y enormes carencias; en este contexto todavía pueden operar algunas de las cortapisas biológicas a la fecundidad como la esterilidad adquirida por desnutrición, patologías varias o mala práctica ginecobstétrica (Tabah, 1989). Finalmente, está la posibilidad de que una escolarización básica erosione ciertos patrones nupciales y reproductivos tradicionales y generalice la práctica sexual durante la adolescencia sin que haya como contrapartida un mayor acceso a medios anticonceptivos.²⁸ Para las edades mayores (que revelan más sobre la intensidad de la reproducción que sobre su inicio) la educación sí reduce sostenidamente la fecundidad.

Si bien la imagen de las disparidades socioeconómicas y educativas del comportamiento reproductivo que se deduce del cuadro 5 es bastante coherente con la investigación previa, la panorámica que ofrece respecto de las disparidades —según condición étnica— tiene asomos novedosos. En el cuadro 5 se exponen cuatro categorías étnicas dependientes del país, y las disparidades intranacionales son evidentes. En la mayoría de ellos los indígenas (en tanto conjunto agregado de diferentes pueblos) y los afroamericanos tienen indicadores particularmente elevados de fecundidad alta; cabe destacar que en los dos países que existe la categoría “negro”, la fecundidad alta registra prevalencia elevada en las edades tempranas, es decir podría sugerir trayectorias reproductivas tempranas aunque no forzosamente intensas. Otro hecho destacado es la presencia de la etnia china en al menos un país y con un comportamiento reproductivo peculiar: niveles de fecundidad alta muy inferiores al resto de los grupos étnicos.

²⁸ El fenómeno de la *modernidad sexual y reproductiva truncada* examinado en CEPAL/CELADE, 2002 y 2000.

Los indígenas centroamericanos (en rigor: de Costa Rica, Panamá y Nicaragua) destacan por su rezago demográfico, pues cualquiera sea la edad registran niveles descolantes de fecundidad alta. En estos tres países los indígenas son minorías escasamente integradas al resto de la sociedad, incluso desde el punto de vista territorial; esto último refuerza la posibilidad de que se mantengan al margen de los procesos de transición demográfica que experimentan las naciones en que habitan. Sorprendentemente, sin embargo, algunos grupos indígenas de la región se apartan de la imagen tradicional del rezago demográfico que sugiere el párrafo anterior y buena parte de la investigación previa (Hernández, 1997; Pebley y Rosero, 1997; CEPAL/CELADE, 1994). En efecto, cuando existe la posibilidad de distinguir entre grupos indígenas se advierte gran diversidad entre ellas. El caso boliviano resulta particularmente sugerente.²⁹ La probabilidad de tener fecundidad alta entre las Aymara es menor que entre las no indígenas en las edades 17 y 22 (y lo mismo ocurre con las quechuas a la edad 17), lo que sugiere un mayor control sobre la trayectoria reproductiva al menos en las fases más tempranas del período reproductivo. Por cierto, este hallazgo no significa que los indígenas tengan un comportamiento más moderno que los no indígenas. Primero porque otros grupos indígenas (en particular los guaraníes que se incluyen en los cuadros 6 a 10) sí tienen un prevalencia de fecundidad alta muy superior a la media nacional en todas las edades. Segundo, porque en las otras edades (27, 32 y 40) la fecundidad alta es más frecuente entre las Aymara que entre las no indígenas.³⁰ Y tercero, porque la modernidad de un cierto comportamiento reproductivo no se deduce sólo de la cifra de fecundidad alta (CEPAL/CELADE, 2002, 2000 y 1998). En efecto, sin tal retraso en la iniciación se debe a restricciones culturales que inhiben la unión temprana y también el sexo fuera del matrimonio, habría un comportamiento totalmente tradicional sólo que refractario a la fecundidad temprana; una situación en las antípodas del comportamiento también tradicional de otros grupos indígenas pero en los cuales las prácticas culturales promueven la unión y la iniciación reproductiva temprana (los ya mencionados casos de los indígenas de Panamá, Nicaragua y Costa Rica o los mismo guaraníes en Bolivia). Estos visos de prácticas culturales tradicionales que favorecen la postergación de la iniciación de la trayectoria productiva pero que no contienen su intensidad una vez que se ha iniciado, también están presente en otros grupos indígenas de la región. Sobresalen entre ellos los del Ecuador y los mayas en México. En el primer caso se trataría principalmente de pueblos emparentados con los quechuas que habitan el altiplano de Bolivia (www.codenpe.gov.ec/index2.htm) y de Perú³¹ lo que da pábulo a la hipótesis de la peculiaridad etnocultural. En el segundo caso el marcado contraste con otros pueblos indígenas, como los tzotziles, puede ligarse a las condiciones de aislamiento e integración a la sociedad mexicana de unos u otros más que a prácticas etnoculturales.

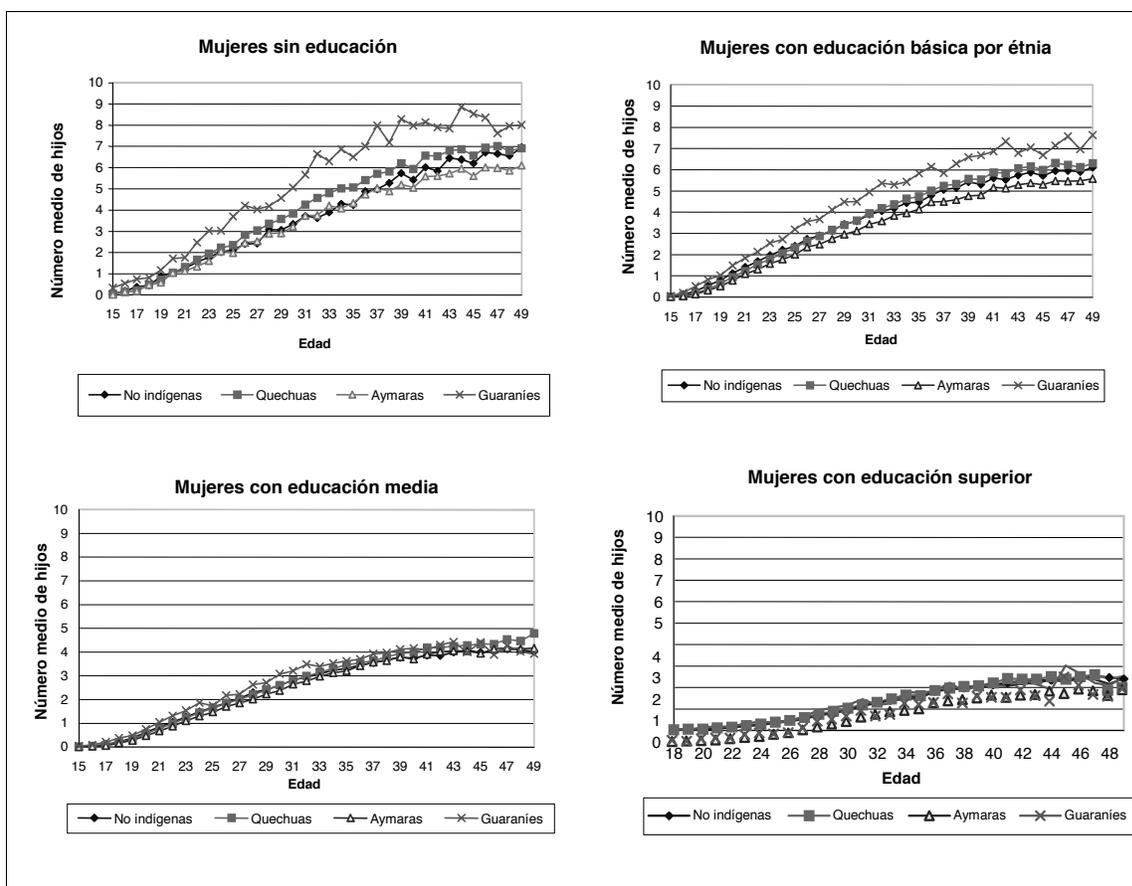
²⁹ El censo 2001 de Bolivia permite clasificación étnica según dos criterios: a) lingüística; b) autopercepción. El primero puede hacerse según idioma hablado e idioma aprendido en la niñez. Sólo esto último proporciona cifras razonables de representación étnica. Sin embargo, se optó por usar el criterio de autopercepción, que registra mayores proporciones de población indígena que la lengua hablada en la infancia. Aunque esto puede significar que parte del mestizaje se filtra hacia los pueblos indígenas, el punto que cabe destacar es que en procesamientos de cotejo (disponibles según solicitud) con la variable idioma en la niñez no se modificaron los hallazgos más significativos sobre el comportamiento reproductivo según etnia autopercebida.

³⁰ Hay que recordar que esta constatación corresponde a una cohorte diferente a la usada para medir fecundidad alta a los 17 años y a los 22 años. Por lo mismo, es imposible saber si la mayor intensidad reproductiva de las aymara en las fases intermedias y finales del ciclo reproductivo obedece a un patrón cultural que entraña un hiato entre la fase inicial del ciclo y la intermedia y final, o más bien que las nuevas generaciones registran comportamientos emergentes que tendrán su expresión cuando alcancen las fases intermedia y avanzada del ciclo reproductivo. Un indicio que abona la hipótesis de que se trataría de un factor étnico más que de un cambio generacional es que las muchachas aymaras (que hablaban aymara) de 20 años en 1992 tenían una paridez acumulada inferior a sus contrapartes que hablaban castellano (0,54 v/s 0,6); 9 años después, en el censo de 2001, estas mujeres tenían 29 años y a dicha edad la paridez de las aymara (autopercepción, eso sí) era superior a las no indígenas (2,4 v/s 2,3) (datos disponibles según solicitud). Los fundamentos de este peculiar patrón cultural de iniciación reproductiva de las aymara, tardía pero trayectoria reproductiva aún intensa, cabría desentrañarlos con investigaciones específicas que incluyeran trabajo multidisciplinario y la combinación de análisis cuantitativos y cualitativos.

³¹ Según el último censo (noviembre 2001), 582.542 personas declararon como lengua habitual una indígena (de un total de 11,5 millones de personas aplicables para la pregunta); casi 500 mil hablan regularmente quechua o kichwa (procesamiento especial de la base de datos del censo de 2001). En la pregunta sobre autopercepción étnica, 830 mil se clasificaron como indígenas.

Habida cuenta de los hallazgos anteriores cabe usar una aproximación de multicondicionalidad para averiguar si la condición étnica tiene un efecto neto de las características socioeconómicas sobre la trayectoria reproductiva. Retomando el atractivo caso boliviano, porque contiene una variedad de etnias con indicadores agregados de fecundidad alta muy disímiles, el gráfico 10 muestra la paridez acumulada a edades simples según etnia y educación. El hallazgo sobre las peculiaridades reproductivas de las aymara se consolida, pues en todos los niveles educativos (en particular los inferiores) las aymara registran una paridez inferior que las no indígenas. El efecto étnico específico también parece nítido en el caso de las guaraníes, aunque en un sentido diferente a las aymara ya que siguen teniendo una trayectoria reproductiva muchos más intensa que los restantes grupos étnicos aun bajo condiciones educativas similares. Cabe relevar que las distinciones más nítidas de la trayectoria reproductiva entre grupos étnicos se verifican en los niveles educativos inferiores, pues cuando las mujeres alcanzan altos niveles educativos (en particular universitario) el efecto étnico se diluye. Aquello abona la hipótesis de que el impacto de la educación sobre la fecundidad sería realmente relevante cuando se supera el nivel básico.

Gráfico 10
BOLIVIA 2001: PARIDEZ ACUMULADA DE LAS MUJERES, SEGÚN EDAD SIMPLE, NIVEL DE EDUCACIÓN Y GRUPO ÉTNICO



Fuente: procesamientos especiales de la base de microdatos del censo de 2001.

Nota: las mujeres sin respuesta a la pregunta por HNV se consideraron como nulíparas.

En directa relación con los dos debates que se alternan en el párrafo previo (el errático efecto étnico y el efecto no lineal de la educación sobre la reproducción) en el gráfico 11 se presenta una mirada más detallada a la probabilidad de tener alta fecundidad según edad, escolaridad (esta vez medida en años de escolaridad) y etnia. Se ratifican y refinan varios de los hallazgos previos, pues: a) controlando la educación las mujeres aymara registran una probabilidad menor de tener alta fecundidad cualquiera sea la edad considerada; b) el “efecto étnico” depende de la edad, pues la fecundidad alta a edades tempranas no sólo es menor entre las aymara sino que también lo es entre las quechuas; en edades más avanzadas las quechuas, a igualdad de nivel educativo, presentan un mayor indicador de fecundidad alta que las no indígenas; c) el “efecto étnico” depende del nivel de educación, pues entre las mujeres de menor educación la brecha es mayor, sobre todo para las edades 17, 22 y 27; d) a edades tempranas la escolaridad claramente tiene un efecto no lineal sobre la fecundidad alta, pues para las mujeres de 17 años de edad su prevalencia comienza a bajar de manera sostenida sólo entre aquellas muchachas que tienen 7 años o más de educación, y entre las que tienen 22 años de edad el punto claro de inflexión es a los 12 años de educación; en cambio, para las otras edades (27, 32 y 40) la educación tiene un efector moderador de la alta fecundidad desde los primeros años de escolaridad, y, por otro lado, siguen siendo evidentes punto de inflexión donde se produce una abrupta caída de la probabilidad de tener fecundidad alta (entre los 10 y los 12 años de educación).

Estas especificidades del factor étnico también se verifican, con algunos matices, en otros países donde la información censal permite tales cálculos (en particular disponer de los años de escolaridad).³² Adicionalmente, cálculos efectuados para Ecuador (disponibles según solicitud) muestran un patrón similar al boliviano. En este caso no se comparan pueblos indígenas sino grupos étnicos y la variable condicionante es la educación medida según nivel (sin educación, básica, media y superior). Y los resultados muestran que las muchachas indígenas de 17 años tienen una menor probabilidad de ser madres que sus contrapartes blancas de similar nivel educativo; a esta edad, las muchachas negras son las que registran mayor probabilidad de tener fecundidad alta. Por cierto, de una manera también similar a lo verificado en Bolivia, en las edades más avanzadas las indígenas dejan de ser el grupo con menor probabilidad de tener fecundidad alta (controlando la educación), lugar que ocupan las blancas. Así, mientras las indígenas de 32 años sin educación tiene una probabilidad del 65% de tener alta fecundidad, para sus pares blancas la probabilidad llega al 42%.³³

En suma, en la actualidad para atenuar significativamente la probabilidad de fecundidad alta a edades tempranas —que se vincula más con el inicio de la reproducción que con su intensidad— es necesario superar un umbral de escolaridad relativamente elevado,³⁴ en cambio la evidencia proveniente de cohortes mayores sugiere que el umbral que debe superar la escolaridad para tener un efecto reductor sostenido (aunque no carente de puntos de inflexión) sobre la descendencia final es bajo.

Por su parte, el estrato socioeconómico también afecta la probabilidad de tener alta fecundidad, por lo que cabe examinar el vínculo entre la composición socioeconómica de los grupos étnicos y sus indicadores de fecundidad alta. El gráfico 12 es pertinente al respecto. En todos los grupos étnicos la probabilidad de tener fecundidad alta disminuye con el ascenso en la estratificación socioeconómica; esto acontece incluso entre las cohortes más jóvenes (17 y 22 años)

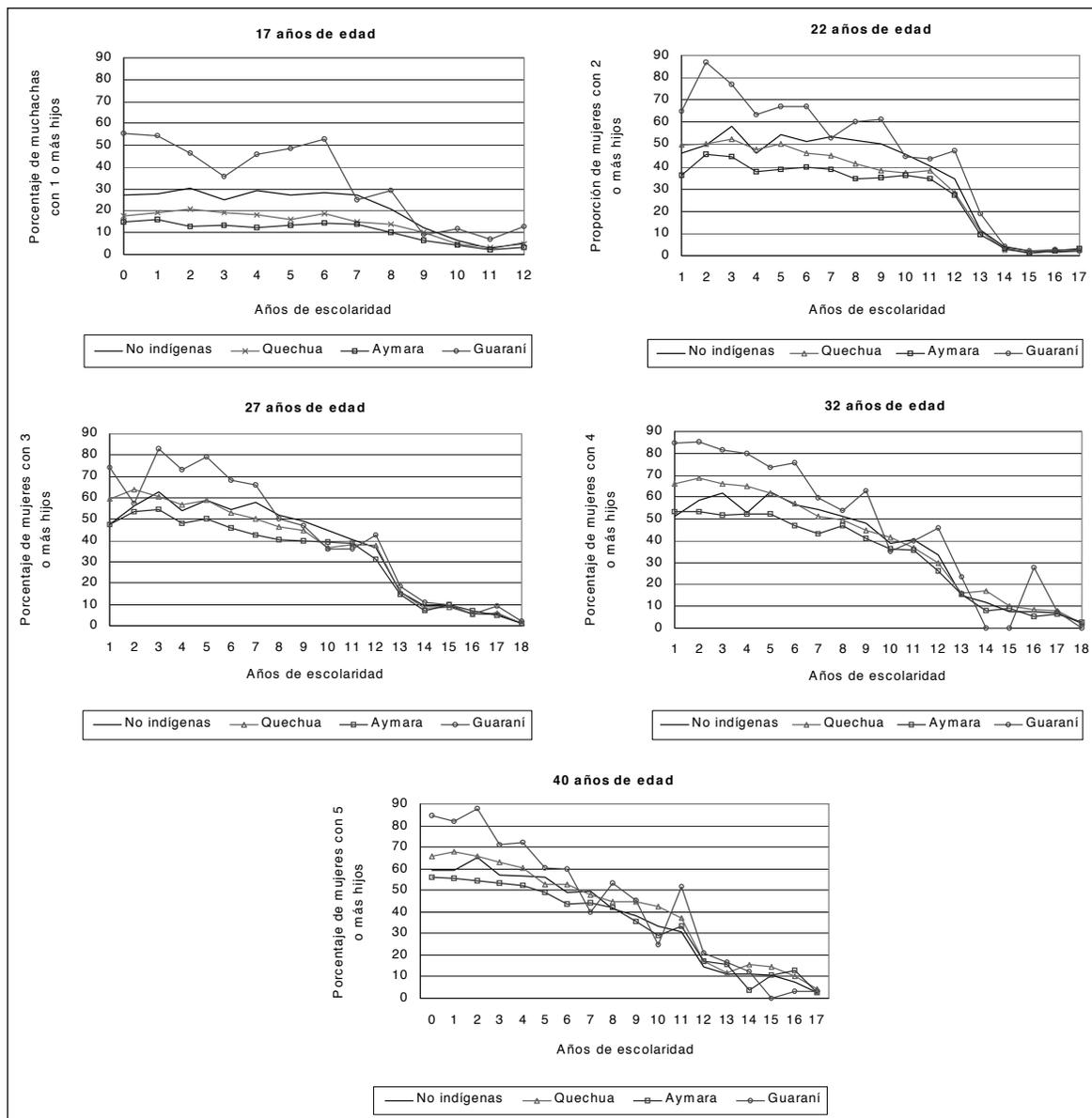
³² Por ejemplo, el caso de México cuyos resultados y gráficos, para las categorías indígena y no indígena según autopercepción, están disponibles según solicitud.

³³ Estos resultados deben leerse con cautela porque se entrecruzan *efectos genuinos* relativos al papel de la educación con eventuales *efectos generacionales*, pues se trata de cohortes diferentes, y *efectos operativos* ya que el significado de los años de escolaridad entre países depende del recorrido de los distintos ciclos educativos.

³⁴ Un estudio reciente sobre México concluye que: “*Keeping adolescents girls in school longer reduces the risk of early marriage by providing an alternative role to that of wife and mother....However, in countries such as México where age at marriage is later, a long-term sustained increase in female educational levels may be necessary before significant delays in marriage and first birth are achieved*” (Lindstrom y Brambila, 2002).

lo que pareciera ser contradictorio con el “efecto no lineal de la educación”. Sin embargo no lo es, porque, como se indicó anteriormente, tener educación básica a los 17 o a los 22 años sugiere pertenencia al estrato socioeconómico bajo. Por tanto, una iniciación reproductiva más temprana frente a los estratos medio (asimilable a educación secundaria) y alto (asimilable a educación secundaria completa y universitaria) es plenamente compatible con los resultados previos.

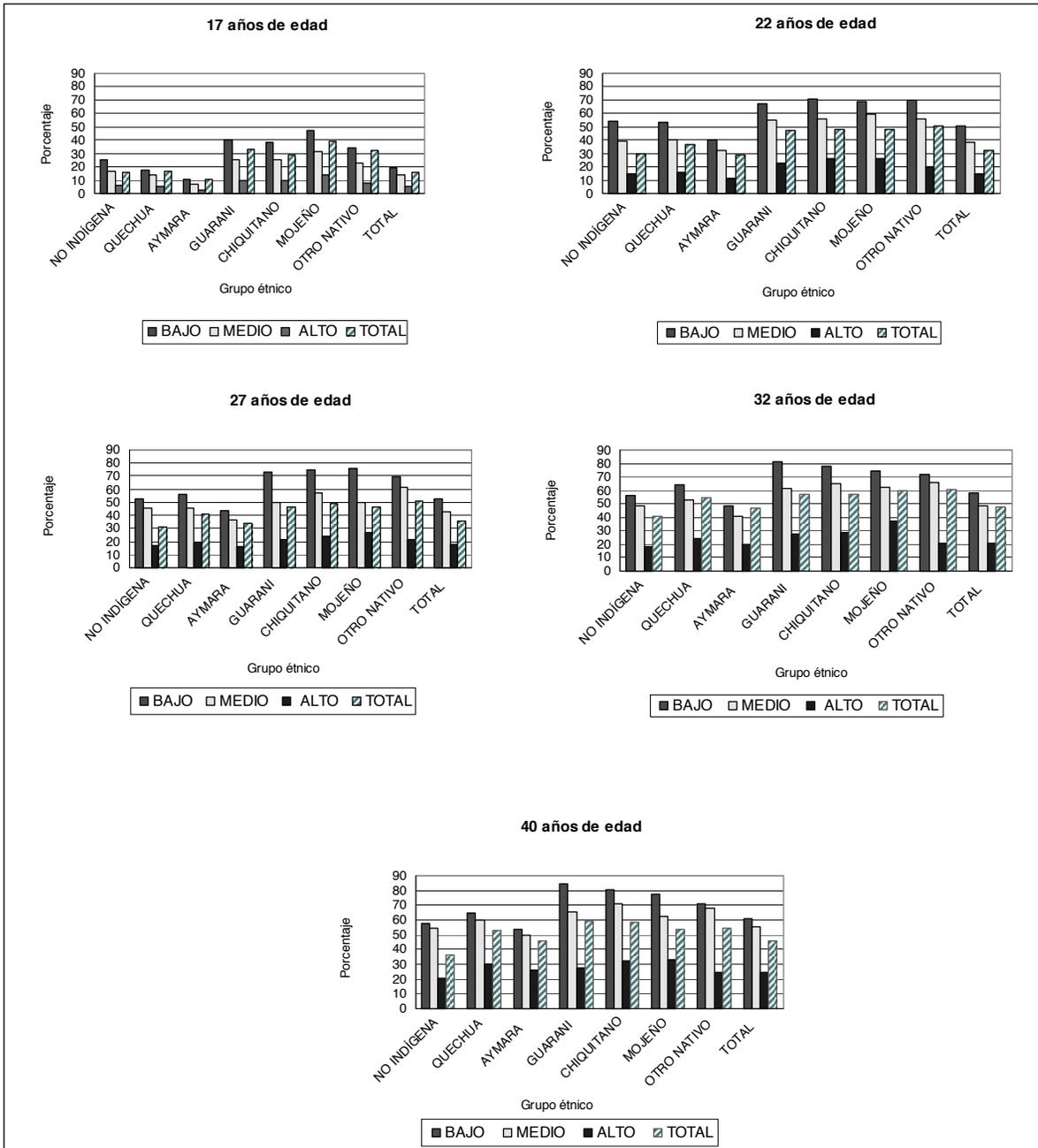
Gráfico 11
BOLIVIA 2001: INDICADOR DE FECUNDIDAD ALTA, SEGÚN EDADES SELECCIONADAS, GRUPO ÉTNICO Y AÑOS DE ESCOLARIDAD



Fuente: procesamientos especiales de la base de microdatos del censo de 2001.

Nota: las mujeres sin respuesta a la pregunta por HNV se consideraron como nulíparas.

Gráfico 12
BOLIVIA 2001: PORCENTAJE DE MUJERES CON FECUNDIDAD ALTA, SEGÚN EDADES SELECCIONADAS, ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y ETNIA



Fuente: procesamientos especiales de la base de microdatos del censo de 2001.

Nota: las mujeres sin respuesta a la pregunta por HNV se consideraron como nulíparas.

¿Qué revela el gráfico 12?, la persistencia de las especificidades etarias y de la diversidad étnica asociadas a la fecundidad alta, incluso después de controlar el factor socioeconómico. En lo que atañe a la reproducción temprana hay un claro contraste entre aymaras, quechuas y no indígenas, por una parte, y el resto de los principales grupos indígenas captados en el censo. Más importante aun: tal contrapunto —que se expresa en probabilidades de tener fecundidad alta inferiores al 17% entre los primeros y superiores al 28% entre los segundos— no se debe a la

peculiar composición socioeconómicas de los distintos grupos étnicos, pues las disparidades persisten si se comparan los mismos estratos socioeconómicos. De hecho, interesantemente se advierte que, al controlar el estrato socioeconómico, las muchachas quechuas de 17 años tienen una menor probabilidad de ser madres que sus contrapartes no indígenas, lo que no se aprecia en la comparación “bruta” de ambas. Lo que está detrás es, evidentemente, la composición socioeconómica de las adolescentes quechuas, entre las que el estrato socioeconómico bajo está más representado (lo mismo ocurre con las otras etnias, como se aprecia en un cuadro que se presenta más adelante). En las restantes edades el panorama experimenta algunos cambios, aunque ninguno muy profundo. En general, los dos grupos identificados en la edad 17 se mantienen, aunque las disparidades se moderan. Las mujeres aymara destacan nuevamente porque, casi sin excepción, registran menor probabilidad de tener fecundidad alta que sus contrapartes socioeconómicas no indígenas; por cierto, aquello contrasta con el indicador “bruto” de fecundidad alta que desde la edad 22 en adelante es mayor entre las mujeres aymara. Por otra parte, ser guaraní, chiquitana o mojeña y tener una situación socioeconómica desmedrada significa, probabilidades muy altas de experimentar fecundidad alta (el 83% de las guaraníes de estrato bajo de 40 años ha tenido 5 ó más hijos).

4. Probabilidades condicionales múltiples: paridez y alta fecundidad, según etnia, educación y condición socioeconómica combinadas

Aprovechando el enorme volumen de casos que ofrece el censo, se efectuaron dos ejercicios de estimación del efecto acumulado de tres factores socioeconómicos condicionantes de la alta fecundidad. Así, para 7 países se obtuvo la paridez acumulada por edades simples según combinaciones de dos variables socioeconómicas condicionantes (estas combinaciones dependieron del país y de su censo). Tabulados de cuatro variables (en lo que edad y número de hijos entraron por definición y las otras dos variables fueron combinaciones de etnia, educación y estrato socioeconómico) que es el máximo permitido por REDATAM también sirvieron de base para estimaciones de probabilidades condicionales de alta fecundidad según etnia, educación y estrato socioeconómico.

¿Qué muestran los procesamientos?³⁵ Los relativos a la paridez por edad simple sugieren que la situación socioeconómica tiene un efecto importante sobre la trayectoria reproductiva si la educación es baja, no así si la educación es alta, y que este efecto opera en el sentido detectado por la investigación previa, es decir, que a mejor situación socioeconómica menor fecundidad. Esto apoya el hallazgo de que la educación alta tiene un efecto neto adicional sobre la fecundidad. Así, si se considera sólo a las mujeres sin educación, la diferencia entre el estrato alto y el bajo en la paridez final (49 años) alcanza a un hijo en México y Bolivia (7 para las de estrato bajo y 6 para las de estrato alto) y a más de dos hijos en Panamá y Costa Rica (entre 6 y 7 para las de estrato bajo y entre 3 y 4 para las de estrato alto). No ocurre lo mismo cuando el nivel educativo es alto. En los cuatro países examinados las curvas de paridez según estrato tienden a sobreponerse, aunque el estrato bajo se distingue, al menos ligeramente, y entre los países hay bastante homogeneidad en el nivel que alcanza la paridez final, ya que, como orden de magnitud, ésta se mueve entre los dos y los tres hijos.

Por su parte, los procesamientos que permiten estimar probabilidades condicionales en edad, etnia, educación y estrato fueron efectuados para tres países (Bolivia, Costa Rica y Panamá) y en el cuadro 6 se presenta una síntesis de sus resultados. Primero se exponen las probabilidades de pertenecer al estrato socioeconómico alto y bajo para dos edades simples bastante diferentes en términos de ciclo vital y reproductivo (17 y 32) y tres grupos étnicos seleccionados. Se ratifica una aseveración previa: de manera sistemática los indígenas y los afroamericanos tienen mayor

³⁵ Los cálculos, tablas y gráficos que se sintetizan a continuación son una cantidad que excede los límites razonables de presentación (incluso como anexo) por lo que están a disposición de los lectores según solicitud al autor.

probabilidad de pertenecer al estrato bajo y una menor de clasificar en el alto, siendo las brechas mucho más marcadas en Costa Rica y Panamá. Luego se estimó la probabilidad de tener alta fecundidad controlando por la edad y condicionando por grupo étnico, estrato y categorías educativas. Definitivamente el factor étnico tienen un efecto neto de la educación y la situación económica combinadas, aunque, como ya se ha destacado opera de manera diferenciada según la edad y el grupo étnico. Nuevamente las muchachas aymara en Bolivia descollan por cuanto en todas las categorías socioeducativas registran una menor probabilidad de tener fecundidad alta respecto de las no indígenas y lo contrario acontece con las guaraníes, las que tienen un 70% de probabilidades de tener fecundidad alta a los 17 años si tienen una situación socioeconómica desmedrada y carecen de educación. Tal vez lo más interesante de este ejercicio es que ayuda a responder la interrogante respecto de la persistencia del efecto étnico sobre la reproducción en condiciones de alto nivel socioeconómico y educativo. En principio, la respuesta es afirmativa en ambas edades aunque más claramente a los 17 años; sin embargo cuando se alcanzan niveles de educación universitarios (no mostrados en el cuadro 6 pero disponibles según solicitud) el efecto étnico se diluye casi totalmente.

Cuadro 6

**CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS, SEGÚN GRUPOS ÉTNICOS SELECCIONADOS Y
PROBABILIDAD CONDICIONAL DE TENER FECUNDIDAD ALTA A LA EDAD DE 17 Y DE 32 AÑOS,
SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, EDUCACIÓN Y ETNIA. PAÍSES Y FECHAS SELECCIONADOS**

País, año y condición étnica	Probabilidad de ser de estrato bajo y de ser de estrato alto	Estrato bajo y sin educación: probabilidad de tener fecundidad alta	Estrato bajo y educación secundaria: probabilidad de tener fecundidad alta	Estrato alto y educación básica: probabilidad de tener fecundidad alta	Estrato alto y educación secundaria: probabilidad de tener fecundidad alta
Bolivia, 2001					
17 años de edad					
No indígena	13,3-53,1	35,5	20,0	12,1	4,9
Aymara	31,4-26,4	15,8	8,1	4,7	2,5
Guaraní	34,9-37,3	68,8	30,4	15,8	8,4
32 años de edad					
No indígena	14,1 – 54,7	55,4	52,4	43,4	24,6
Aymara	31,8 – 25,3	55,5	39,3	34,7	23,9
Guaraní	36,3 – 35,4	89,8	70,2	67,4	29,0
Costa Rica, 2000					
17 años de edad					
Blanca/mestiza	21,7 – 37,1	36,7	12,5	11,8	2,9
Indígena	70,4 – 8,4	47,2	15,6	21,1	6,5
Negro	23,6 – 29,5	100,0	15,3	25,0	5,0
32 años de edad					
Blanca/mestiza	17,8 – 39	49,7	28,0	13,5	9,9
Indígena	66,7 – 8,8	73,9	30,0	40,0	18,2
Negro	21,1 – 30,6	66,7	40,7	31,6	6,5
Panamá, 2000					
17 años de edad					
Ninguna	28,5 – 26,8	34,3	17,0	10,6	3,9
Kuna	88,8 – 2,4	43,0	17,0	0	10,0
Ngobe	75,9 – 2,5	47,3	15,8	5,6	10,5
32 años de edad					
Ninguna	23,1 – 29,6	45,1	28,2	18,2	8,0
Kuna	64,8 – 4,6	48,9	47,1	0	7,7
Ngobe	90,1 – 1,1	81,3	46,2	50,0	0

Fuente: procesamiento especial de las bases de microdatos censales.

5. Fecundidad alta, desagregaciones sociales, económicas y étnicas, y situación de pareja

Un último aspecto que debe ser examinado en el análisis del componente de riesgo que entraña la fecundidad alta es su relación con la unión. Y desde un enfoque de vulnerabilidad hay una doble mirada. Por una parte, es una variable intermedia de la fecundidad y, por ende, está asociada, en principio, a la trayectoria reproductiva y, por tanto, puede desempeñar un papel relevante para explicar las diferencias en el indicador de fecundidad alta según etnia, educación y estrato socioeconómico. Por otra, la nupcialidad configura el escenario fundamental en el que acontece la reproducción y en tal sentido influye en las consecuencias de la reproducción. Para exponerlo de manera simple, las adversidades de la fecundidad alta tienden a agudizarse si la pareja es inestable. En la misma línea, la fecundidad alta resulta más difícil de encarar en ausencia de pareja.³⁶

Así las cosas cabe responder primero si las disparidades de la trayectoria reproductiva descrita en la sección previa tienen su explicación en diferencias de la trayectoria nupcial. Retomando los contrastantes casos de Bolivia y Costa Rica, el gráfico 13 abona claramente en favor de una respuesta positiva a esta consulta. En efecto, las muchachas aymara de entre 15 y 19 años muestran una probabilidad mayor de estar soltera que cualquier grupo étnico si se controla el estrato socioeconómico —aunque la diferencia es más acentuada en los estratos socioeconómicos bajo y medio; nuevamente el factor socioeconómico tiene un efecto nivelador cuando es alto—, lo que sugiere que esta condición refractaria a la unión temprana pudiera ser el fundamento de los menores índices de fecundidad alta durante la adolescencia que registran las aymara. Como contrapartida, las muchachas guaraníes de 15 a 19 años registran una predisposición mucho mayor que el resto a estar unidas (en particular a estar conviviendo), sobre todo si son de estrato bajo; este resultado también es plenamente compatible con los elevados niveles de fecundidad alta en la adolescencia entre las guaraníes. Los resultados también contribuyen a explicar las disparidades de la fecundidad alta entre grupos étnicos en Costa Rica, pues las indígenas sobresalen por sus mayores índices de unión; con todo, no se trata de disparidades suficientes para explicar las brechas interétnicas de la fecundidad alta mostradas en el cuadro 5. En el caso de Costa Rica, la principal constatación que surge de los datos a esta edad es que las muchachas de estrato bajo tienen una probabilidad cinco o más veces superior que las de estrato alto de estar unidas, lo que claramente es un antecedente crucial para entender las disparidades reproductivas entre estratos. Un cálculo similar al anterior se efectuó para las mujeres de 30-34 años. Como podía esperarse, se trata de un cuadro muy diferente al que presentan las adolescentes, principalmente porque la probabilidad de estar soltero a esas alturas de la vida no sólo es mucho menor sino porque presenta sólo variaciones ligeras entre etnias y grupos socioeconómicos. En los dos países antes comentados (Bolivia y Costa Rica) esta probabilidad no supera el 20%. Con todo, hay algunos patrones socioeconómicos y étnicos; por ejemplo, las mujeres bolivianas de estrato alto tienen probabilidades de soltería sistemáticamente mayores.

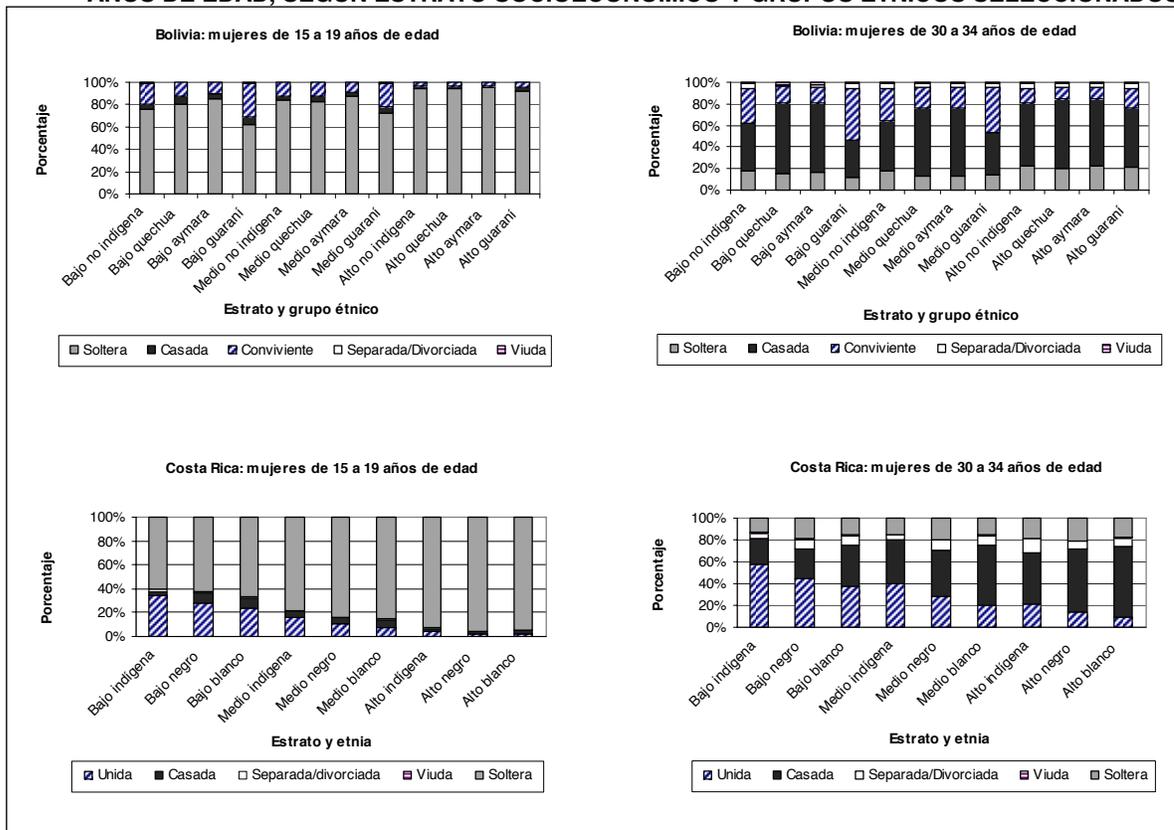
Donde sí se advierten patrones étnicos y socioeconómicos combinados en ambos tramos etarios y países es en las modalidades de unión. Descartando las diferencias derivadas directamente de la edad —por ejemplo: hay muy pocas viudas o divorciadas a los 15-19 años—, las distinciones se observan en la preferencia por matrimonio o convivencia y en la frecuencia relativa de separaciones. En Bolivia, entre las muchachas de 15 a 19 años de estrato bajo, la convivencia es muy poco frecuente entre las aymara y, en cambio, es relativamente común entre las guaraníes; de hecho es precisamente por esta mayor propensión a la convivencia que las guaraníes de estrato bajo registran una menor probabilidad de soltería, pues la probabilidad de estar casada tiene un impacto secundario en la diferencia étnica. Cabe anotar que esta predisposición de las guaraníes hacia la

³⁶ Aunque de allí no se deduce mecánicamente que una pareja sobrelleva forzosamente mejor la crianza que un solo progenitor (duda muy razonable cuando la pareja funciona mal).

unión consensual también se verifica en las edades mayores. En Costa Rica, las indígenas de 15 a 19 años sobresalen por su propensión a convivir, mientras que las chinas destacan por preferir el matrimonio formal; ambas inclinaciones también se verifican en cohortes más maduras, ya que en las chinas de 30 a 34 años la unión consensual es inusual en todos los estratos socioeconómicos, mientras que la convivencia predomina ampliamente entre las indígenas de estrato bajo. En ambos países se advierte que: a) la convivencia es más frecuente en los grupos socioeconómicos y étnicos subordinados; b) en la adolescencia el peso de la convivencia tiende a superar al del matrimonio y lo contrario acontece en edades más maduras.

Gráfico 13

BOLIVIA 2001 Y COSTA RICA 2000: ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES DE 15 A 19 AÑOS Y DE 30 A 34 AÑOS DE EDAD, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y GRUPOS ÉTNICOS SELECCIONADOS



Fuente: procesamiento especial de las bases de microdatos censales.

Aunque interesantes, estas asociaciones expresan fenómenos más complejos y profundos —por ejemplo: ¿qué convenciones inhiben la convivencia entre las aymara?, ¿son prácticas culturales, incentivos económicos o restricciones administrativas las que promueven la convivencia entre las guaraníes?, ¿hay signo de una visión moderna de la convivencia en los grupos de estrato socioeconómico alto?— sobre los cuales resulta difícil investigar con la información del censo y, de hecho, se prestan para indagaciones más minuciosas. Ahora bien, desde la perspectiva de este trabajo el punto que cabe destacar es que las modalidades de unión no parecen afectar la trayectoria reproductiva; más específicamente, la sobresaliente frecuencia de uniones consensuales entre las guaraníes no parece restringir la intensidad de su fecundidad, lo que sugiere que este tipo de unión es equivalente al matrimonio en términos de ámbito de reproducción.

Finalmente, presentaremos un aspecto interesante y vinculado a las relaciones entre unión y fecundidad en diferentes escenarios socioculturales. En el cuadro 7 se presenta la situación de estado civil de las muchachas de 15 a 19 años que son madres; claramente hay una tendencia a que la maternidad en soltería aumente con el estrato socioeconómico, mientras que aquella en convivencia se reduzca (la maternidad en matrimonio varía de manera más bien errática entre países). Lo anterior abona la hipótesis de dos modalidades de fecundidad adolescente: una tradicional donde tiende a dar pábulo a una trayectoria reproductiva intensa que desde sus inicios acontece en el marco de una unión y, otra, “moderna truncada” en que es más bien resultado de una actividad sexual fuera de la unión pero que no es efectuada con los resguardos pertinentes (CEPAL/CELADE, 2000 y 2002; Contreras, Guzmán y Hakkert, 2001).

Cuadro 7

**MUJERES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD CON FECUNDIDAD ALTA, SEGÚN ESTADO CIVIL^a
Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO. PAÍSES Y FECHAS SELECCIONADOS**

Estrato socio-económico	Países y fechas censales											
	Bolivia, 2001			México, 2000			Costa Rica, 2000			Nicaragua, 1995		
	% Solteros	% Casados	% Convivientes	% Solteros	% Casados	% Convivientes	% Solteros	% Casados	% Convivientes	% Solteros	% Casados	% Convivientes
Bajo	32,5	18,4	47,3	7,9	40,3	45,5	22,8	16,3	58,2	6,4	15,2	61,9
Medio	31,9	16,4	49,6	12,9	45,7	35,1	32,7	26,6	38,8	8,1	16,3	55,9
Alto	45,6	19,3	32,6	18,2	47,3	27,9	46,8	27,6	20,8	11,8	29,4	37,3

Fuente: cálculos del autor basados en procesamientos especiales de las bases de microdatos censales.

Nota: los porcentajes no suman 100% porque se excluyeron categorías como divorciado, separado y viudo.

^a Tres categorías seleccionadas: solteros, casados, convivientes.

En suma, aunque la nupcialidad juega un papel menor en la trayectoria reproductiva, sí desempeña aún un rol en sus fases iniciales. Las especificidades culturales y los incentivos y las restricciones materiales que fomentan o inhiben la reproducción temprana son cruciales para explicar la fecundidad alta temprana y, por ende, también para actuar sobre ella.

6. Consecuencias de la fecundidad alta y las desagregaciones sociales, económicas y étnicas

Las consecuencias de la fecundidad alta son diversas, tal como se indicó inicialmente. Muchas de las que dicen relación con el bienestar de los hogares parecen comprobarse fácilmente por la fuerte y sistemática asociación que hay entre probabilidad de tener fecundidad alta a cualquier edad y condiciones domésticas (estrato socioeconómico, que refiere a los activos del hogar) precarias. Sin embargo, resulta complicado precisar el orden de temporalidad de los fenómenos, ¿habrá sido la fecundidad alta la responsable de erosionar el presupuesto familiar y terminar en una situación socioeconómica desmedrada? ¿o, inversamente, habrá sido la situación precaria inicial la responsable de la fecundidad alta por falta de conocimientos, restricciones de acceso a medios anticonceptivos o bajo costo de los hijos? En general, hay relativo consenso en que la relación es intrincada y combinada; huelga decir que una respuesta más afinada requiere de bastante información respecto de las decisiones que se adoptan en el hogar. Sobre este último asunto el censo proporciona pocos antecedentes, por lo que cabe excluirlo de la discusión.

Sin embargo, los datos que contiene el censo, con algunas sofisticaciones de procesamiento, sí pueden arrojar algunas luces sobre tres líneas de consecuencias que típicamente se le atribuyen a la fecundidad alta. La primera atañe a la obstaculización y hasta truncamiento de la carrera educativa de los progenitores, en este caso de la madre. La segunda refiere a la participación laboral, ya sea en términos de apurar la obtención de un empleo o de dificultar la obtención de un empleo. La tercera remite a la situación de los niños y, en particular, a su desempeño escolar y su utilización como mano de obra. A continuación se examinan de manera rápida estas tres líneas de consecuencias sobre la base de la evidencia proporcionada por los censos de la ronda de 2000.

6.1 Fecundidad alta y trayectoria educativa

En los gráficos 14 y 15 se ofrece una primera pieza de evidencia respecto del efecto de la fecundidad alta sobre el desempeño educativo. Varias especificaciones operativas se efectuaron para obtener cifras sugerentes y relevantes y otras tantas se debieron a limitaciones de la información disponible. Entre las primeras destacan la selección de una edad simple para efectuar los cálculos, lo que es posible gracias a que la base de información es el censo. Se optó por los 17 años cumplidos, pues en la mayor parte de los países de la región es la edad con la que se está cursando el último grado escolar; también cabe anotar que en este caso no se trabajó con el indicador agregado de fecundidad alta (uno o más hijos a dicha edad) sino que se consideró el número de hijos hasta dos para capturar el efecto marginal de un hijo más sobre la probabilidad de no estar asistiendo a la escuela. Entre las segundas, la más importante es la delimitación del desempeño educativo al simple hecho de asistir o no asistir a la escuela.

Los cálculos se efectuaron para cinco países y se verifica claramente que la probabilidad de no estar asistiendo a la escuela a los 17 años de edad es significativamente mayor cuando se trata de madres adolescentes y, en general, aumenta con el número de hijos; más aun, la asociación es persistente aunque se controlen variables claves como la situación socioeconómica o la condición étnica. En casi todos los países el estrato socioeconómico pareciera contrarrestar poco o nada el “efecto salida” derivado de la reproducción temprana, pues por lejos es en este estrato donde se verifican las mayores razones de disparidad (cocientes entre probabilidades) entre madres y no madres; de hecho, si se trata de madres —en particular si tienen dos hijos— la probabilidad de no asistir a la escuela es muy alta con independencia del estrato socioeconómico de la muchacha. Las disparidades de probabilidad de estar fuera del sistema escolar son agudas cuando se combina el efecto de la variable fecundidad y de alguna variable social o étnica; en Panamá, por ejemplo, una muchacha de 17 años sin hijos tiene sólo un 16% de probabilidad de no estar asistiendo a la escuela mientras que una con dos hijos, de estrato bajo, tiene un 95% de probabilidades de estar fuera del sistema escolar. Ratificando, ahora con evidencia sustantiva, la decisión de considerar como nulíparas a las mujeres que no declaran en la pregunta por HNV, se verifica que de manera sistemática aquéllas exhiben índices de asistencia escolar a los 17 años, similares a los de las nulíparas.

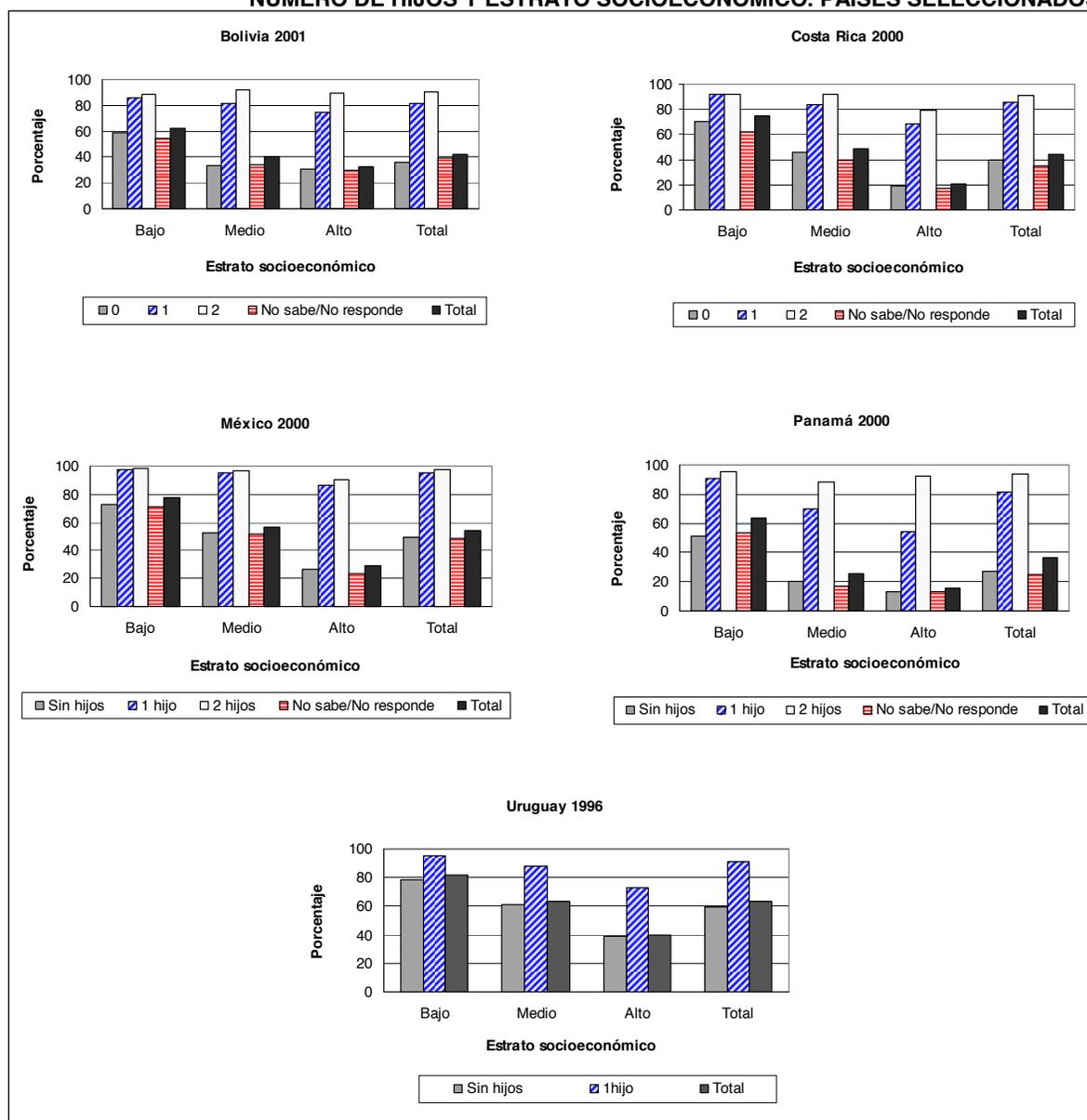
Ahora bien, estos resultados deben ser leído con cautela porque: a) detrás de la asistencia escolar puede haber rezago, lo que no es una situación deseable; b) entregan pistas débiles respecto de la relación entre desertión y reproducción temprana, pues no hay indicios para identificar si la salida del sistema fue antes o después del nacimiento. Justamente para arrojar evidencia sobre esto último se presenta el cuadro 8, que compara dos situaciones polares de “salida del sistema escolar”. Considerando sólo la edad 17, que corresponde a la edad en que se está finalizando la secundaria o educación media, se seleccionaron a las muchachas que declararon 4 y 10 años de escolaridad³⁷ en el censo. Es presumible que las primeras ya no asistan a la escuela porque su situación revela un rezago muy marcado —la edad “normal” para cursar el cuarto grado entre 9 y 11 años en la

³⁷ No se trata de años en el sistema escolar sino grados alcanzados.

mayoría de los países de la región— que, en general, se explica por deserción una vez completado dicho grado. Más aún, hay una alta probabilidad de que esta deserción haya sido temprana y, por ende, haya ocurrido varios años antes de enterar los 17 años. En tal caso, la maternidad temprana difícilmente pudo haber sido el factor gatillante de la deserción. En cambio, las que tienen 10 años de escolaridad presentan una trayectoria educativa normal y su eventual inasistencia a la escuela revela tanto una salida reciente del sistema como un probable abandono por un impacto (*shock*), que truncó un proceso formativo “normal”.

Gráfico 14

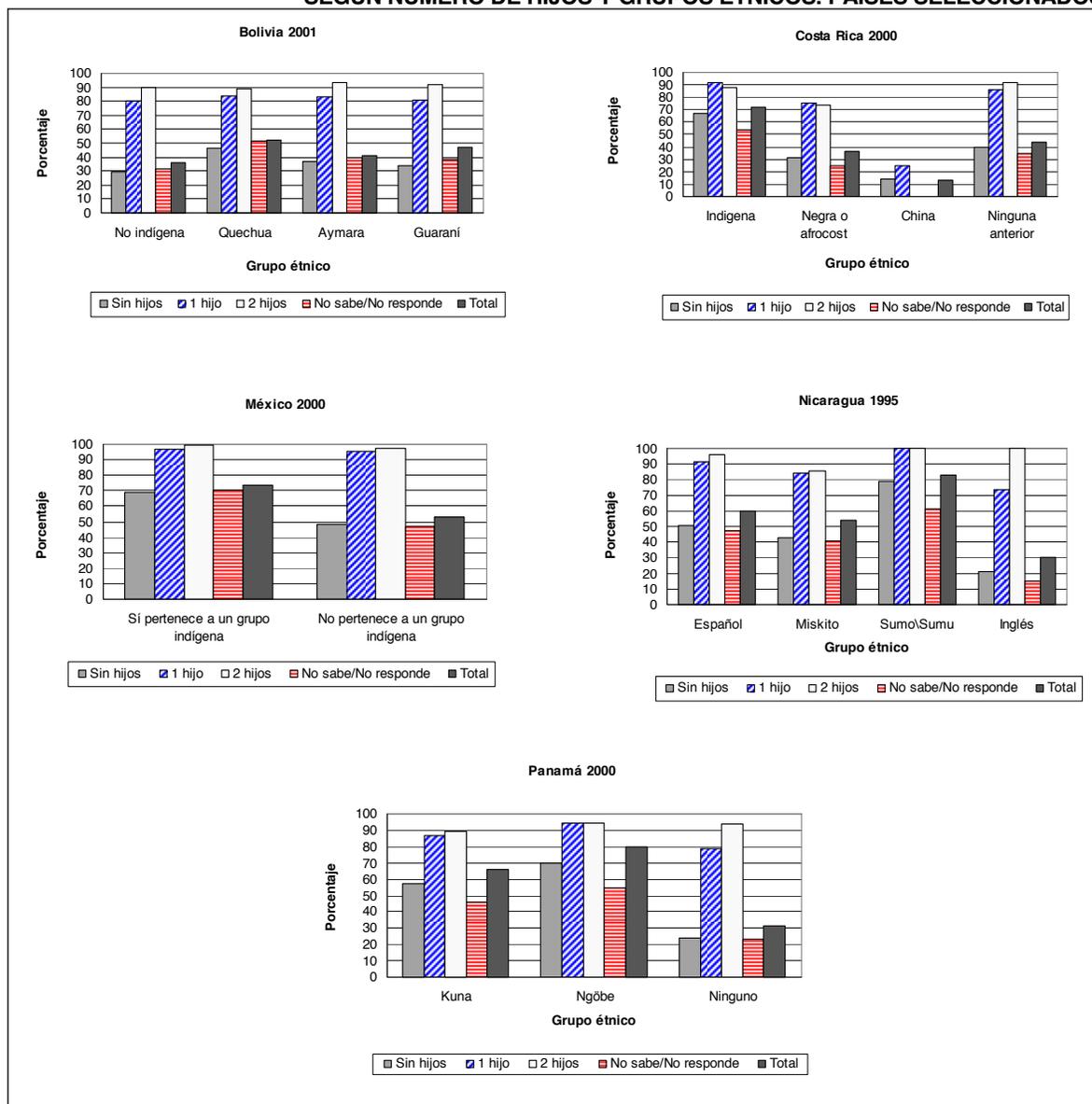
PORCENTAJE DE MUCHACHAS DE 17 AÑOS DE EDAD QUE NO ASISTE A LA ESCUELA, SEGÚN NÚMERO DE HIJOS Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO. PAÍSES SELECCIONADOS



Fuente: procesamiento especial de las bases de microdatos censales.

Gráfico 15

PORCENTAJE DE MUCHACHAS DE 17 AÑOS DE EDAD QUE NO ASISTE A LA ESCUELA, SEGÚN NÚMERO DE HIJOS Y GRUPOS ÉTNICOS. PAÍSES SELECCIONADOS



Fuente: procesamiento especial de las bases de microdatos censales.

Los resultados expuestos en el cuadro 8 revela que los índices de no asistencia a la escuela son altos entre las muchachas que a los 17 años registran sólo 4 años de escolaridad, con independencia del estrato socioeconómico al que pertenezcan; sólo en Costa Rica se advierte que pertenecer al estrato alto se asocia con una mayor probabilidad de asistencia a la escuela. Más importante aún, para estas muchachas ser o no ser madre **no hace una gran diferencia en materia de asistencia escolar**. Una situación muy diferente se verifica entre las muchachas que a los 17 años han alcanzado el décimo grado. En primer término, sus niveles de no asistencia escolar son significativamente más bajos; en el estrato bajo de los tres países considerados no supera el 20%. En segundo término, el haber o no tenido hijos sí hace una enorme diferencia respecto de la probabilidad de haber o no desertado. Las razones de disparidad en todos los estratos y países son

superiores a 4 y en algunos casos son superiores a 10. En tercer término, aunque es claro que la concurrencia de la desventaja socioeconómica (pertenecer al estrato bajo) y la desventaja reproductiva (haber tenido hijos a los 17 años) se asocian a los mayores índices de deserción, el pertenecer al estrato socioeconómico alto no basta para moderar el “efecto de salida” del sistema escolar asociado a la maternidad a los 17 años; así, mientras que ser de estrato alto, haber llegado a 10 años de escolaridad y no tener hijos significa un 3% de probabilidad de estar fuera del sistema en Costa Rica y de 10% en México, haber tenido hijos eleva esa probabilidad hasta 38% en Costa Rica y hasta 70% en México (cuadro 8).

Cuadro 8

BOLIVIA, COSTA RICA Y MÉXICO: PORCENTAJE DE NO ASISTENCIA ESCOLAR ENTRE MUCHACHAS DE 17 AÑOS EN SITUACIONES POLARES DE TRAYECTORIA EDUCATIVA,^a SEGÚN ESTRATO Y CONDICIÓN DE FECUNDIDAD (CENSOS DE LA RONDA DE 2000)

Países	Bolivia, 2001				Costa Rica, 2000				México, 2000			
	Sin hijos	Con hijos	NS/NR*	Total	Sin hijos	Con hijos	NS/NR*	Total	Sin hijos	Con hijos	NS/NR*	Total
Estrato bajo 4 años de escolaridad	87,5	87,9	75,6	83,2	90,3	95,3	87,1	91,6	95,6	98,9	95,3	95,9
Estrato bajo 10 años de escolaridad	14,4	70,7	13,4	19,3	14,0	60,0	17,4	17,7	14,2	89,2	15,7	17,3
Estrato medio 4 años de escolaridad	82,5	94,3	74,7	83,7	83,5	95,5	73,7	84,9	97,4	98,7	84,3	97,6
Estrato medio 10 años de escolaridad	8,1	65,3	8,5	11,9	6,1	42,9	3,8	6,5	14,2	81,4	20,2	16,3
Estrato alto 4 años de escolaridad	81,1	95,6	68,4	80,0	51,4	90,9	52,9	59,5	91,0	100,0	17,9	88,8
Estrato alto 10 años de escolaridad	7,1	57,8	5,8	9,0	3,0	37,5	1,5	3,1	10,0	70,3	10,2	11,2

Fuente: cálculos del autor basados en procesamientos especiales de las bases de microdatos censales.

*NS/NR: No sabe/No responde.

^a 4 y 10 años de escolaridad.

Finalmente, corresponde introducir una última nota precautoria: las cifras del cuadro 8 son altamente consistentes con la hipótesis de que la maternidad temprana (en este caso la que ocurre antes de los 18 años) es un factor que ejerce un poderoso impacto de truncamiento de las trayectorias educativas, en particular de aquellas consideradas “normales” y con bastante independencia del efecto “amortiguador” que pudiera proporcionar una situación socioeconómica holgada. Pero de lo anterior no cabe concluir que la reproducción temprana sea la principal causa de la deserción escolar, pues los mismos procesamientos censales sugieren que una parte importante de la salida de la escuela acontece probablemente antes del embarazo, con trayectorias educativas que se truncan muy tempranamente, en particular en los sectores de menor nivel socioeconómico. En este sentido, la deserción precede y hasta podría ser un factor que coadyuve al embarazo temprano. A modo de ejemplo, en Bolivia (2001) un 42% de las muchachas de 17 años no asistía a la escuela; 23% de estas desertoras ya era madre (lo que ocurría sólo en 4 de cada 100 no desertoras). Un 27% de las desertoras tenía cuatro o menos años de escolaridad, lo que, de acuerdo a los planteamientos previos, sugiere deserción temprana y probablemente desconectada de razones reproductivas; cabe anotar que una de cada cinco de estas muchachas era madre pero que por su nivel de escolaridad es muy probable que su maternidad haya sido posterior a la salida del sistema escolar. Por su parte, 4 de cada 5 muchachas que no asistían a la escuela y que habían

alcanzado cinco o más años de escolaridad eran nulíparas. Así, a la postre, un 16% de las desertoras era madre y había llegado al menos hasta quinto grado, lo que hace más factible una deserción más reciente y, por ende, con mayor probabilidad de haber estado conectada a la reproducción (datos a solicitud). En suma, difícilmente la reproducción temprana estaría asociada a más del 15% de casos de deserción escolar a los 17 años en Bolivia.

6.2 Fecundidad alta e inserción laboral

La fecundidad tiene, en principio, una relación teórica nítida con la inserción laboral de las mujeres ya que: a) desde un punto de vista social el trabajo femenino tiende a dotar a las mujeres de un proyecto de vida alternativo al tradicional, típicamente concentrado en el ámbito doméstico y en la reproducción; b) desde un punto de vista económico incrementa el costo de oportunidad de tener hijos, pues el embarazo y la crianza suelen ser actividades alternativas (y hasta contrapuestas) al trabajo por lo cual dedicarse a ellas implica perder remuneración; c) desde un punto de vista cultural el trabajo empodera y reposiciona a la mujer frente al hombre, tendiendo a incrementar su papel en las decisiones reproductiva, lo que, habida cuenta de los factores anteriores, tiende a reducir la fecundidad.

Aunque la evidencia empírica apoya, en general, los planteamientos anteriores en el sentido de que las mujeres con hijos tienden a tener menores niveles de inserción laboral que aquellas sin hijos (*women with children tend to have lower rates of labor force participation than women without children*) (Kohler, Billari y Ortega, 2002, p. 659), también es claro que la contradicción entre trabajo y crianza puede moderarse, sobre todo cuando se han alcanzado bajos niveles de fecundidad —por razones demográficas y de concomitancia entre desarrollo socioeconómico y fecundidad baja a escala de países— mediante transformaciones institucionales, tanto en el mercado de trabajo (jornadas flexibles, trabajo en casa, etc.) como en materia de políticas sociales y de familia (subsidios maternos, licencias masculinas), etc. De hecho, se ha destacado que la fecundidad en los Estados Unidos se ha mantenido estable por más de veinte años a pesar del aumento en la inserción laboral femenina (*fertility in the United States has remained stable for more than 20 years despite increases in female labor force participation*) (Rindfuss, Brewster y Kavee, 1996, p. 458).

Por otra parte, también hay argumentos que matizan la asociación anterior entre fecundidad y trabajo femenino. Uno de ellos es el de las estrategias de sobrevivencia, ya que escenarios de alta fecundidad entrañan requerimientos crecientes y una manera de enfrentarlos es la intensificación de la densidad laboral en los hogares, pudiendo las madres formar parte de este esfuerzo familiar (otros candidatos son los niños, lo que será examinado más adelante); si ése fuera el caso, con una alta probabilidad la inserción laboral “gatillada” por la alta fecundidad sería precaria y difícilmente entrañaría empoderamiento femenino.

Otro argumento sigue una lógica similar pero apunta a un contexto específico de la fecundidad, a saber la que acontece a edades tempranas; en efecto un embarazo precoz no significa sólo un obstáculo para la trayectoria educativa, también entraña requerimientos de crianza que deben ser atendidos y una de las maneras de hacerlo es mediante la inserción temprana de los progenitores (en este caso de la madre). Por cierto, en este hecho hay dos efectos contrapuestos uno de “reclusión doméstica” para cuidar al niño y otro de “entrada forzada” al mercado de trabajo para mantenerlo. Mientras en el pasado el primero parecía predominar, porque la reproducción temprana se enmarcaba en una inicio precoz de la vida nupcial y, por ende, de la actividad doméstica para las mujeres, en la actualidad la reproducción temprana ocurre cada vez más fuera de una unión estable, lo que presiona por la obtención de recursos para la crianza. En este contexto, la posibilidad que tienen las adolescentes y las muchachas más jóvenes de transferir la responsabilidad de la crianza, abre un espacio para la inserción laboral que, en principio, no está disponible para las más adultas donde, además, la fecundidad alta significa varios hijos y tal carga es muy difícil de transferir. En todo caso,

para las adolescentes que ingresan al mercado laboral con el propósito de atender las obligaciones de la crianza sigue siendo válido el planteamiento de una inserción probablemente precaria.

Los resultados obtenidos permiten estilizar dos grandes asociaciones entre fecundidad alta y participación laboral: a) la distinción conceptual entre “efecto reclusión” doméstica y efecto “entrada forzada” al mercado de trabajo se manifiesta en la práctica, pues cuando se trata de muchachas (17 años) con baja educación (controlando etnia, incluso), haber tenido hijos se asocia con menores índices de participación laboral y lo contrario ocurre con las muchachas de alta educación (cuadro 9). Aunque esto último relativiza, hasta cierto punto, la supuesta precariedad de su inserción, no basta para asegurar un buen empleo (asunto para indagaciones ulteriores, fuera del alcance de este trabajo); b) en las restantes edades (el cuadro 9 expone sólo a la edad 32) el patrón es coherente con las teorías predominantes y la evidencia acumulada; es decir, controlando factores socioeconómicos relevantes, como la etnia y la educación, de manera bastante sistemática, las probabilidades de realizar actividades económicas remuneradas se reducen con la cantidad de hijos. Además, las mujeres sin hijos son, con independencia del nivel de escolaridad, las que presentan mayores índices de participación laboral; el único país que se aparta de este patrón es Nicaragua. Así, todavía parece haber una contraposición, para las mujeres de todos los grupos sociales y étnicos, entre las exigencias del empleo remunerado y las demandas provenientes de la crianza y la vida doméstica.

Cuadro 9

PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES DE 17 Y 32 AÑOS DE EDAD EN SITUACIONES POLARES DE TRAYECTORIA EDUCATIVA,^a SEGÚN NÚMERO DE HIJOS. PAÍSES Y FECHAS SELECCIONADOS

17 años de edad										
Nº de hijos	Bolivia, 2001		México, 2000		Costa Rica, 2000		Nicaragua, 1995		Panamá, 2000	
	4 años de escolaridad	10 años de escolaridad	4 años de escolaridad	10 años de escolaridad	4 años de escolaridad	10 años de escolaridad	4 años de escolaridad	10 años de escolaridad	Primaria incompleta	Secundaria completa
Sin hijos	55,7	15,0	35,5	15,2	18,6	2,9	33,0	6,6	24,6	10,6
1 hijo	33,2	22,0	15,8	16,9	8,2	12,0	18,4	20,1	11,6	12,2
2 hijos	27,8	28,6	10,2	63,0	10,7	-	17,5	40,0	6,4	66,7
NS/NR*	49,0	13,7	34,5	16,1	17,6	3,1	39,3	10,4	25,0	10,4
Total	48,5	15,2	30,2	15,3	15,3	3,1	29,1	8,1	17,7	10,9
32 años de edad										
Sin hijos	57,7	59,0	40,0	70,5	35,3	58,3	33,8	51,2	30,3	61,9
1 hijo	49,3	57,0	40,2	57,0	28,6	47,6	49,1	59,0	29,9	57,2
2 hijos	42,6	49,5	28,7	42,4	19,7	26,0	43,6	59,3	18,2	50,9
3 hijos	43,8	44,6	26,0	40,0	21,6	27,6	38,8	51,4	23,3	43,2
4 hijos	42,8	46,1	28,5	51,0	21,8	26,5	40,0	46,5	17,4	39,5
NS/NR*	49,5	71,4	89,9	30,1	47,1	65,2	59,1	66,6	33,3	57,5
Total	42,2	48,6	27,7	48,2	22,8	35,3	39,2	53,9	18,5	51,8

Fuente: cálculos del autor basados en procesamientos especiales de las bases de microdatos censales.

*NS/NR: No sabe/No responde.

^a 4 y 10 años de escolaridad.

6.3 Fecundidad alta e inversión en los niños

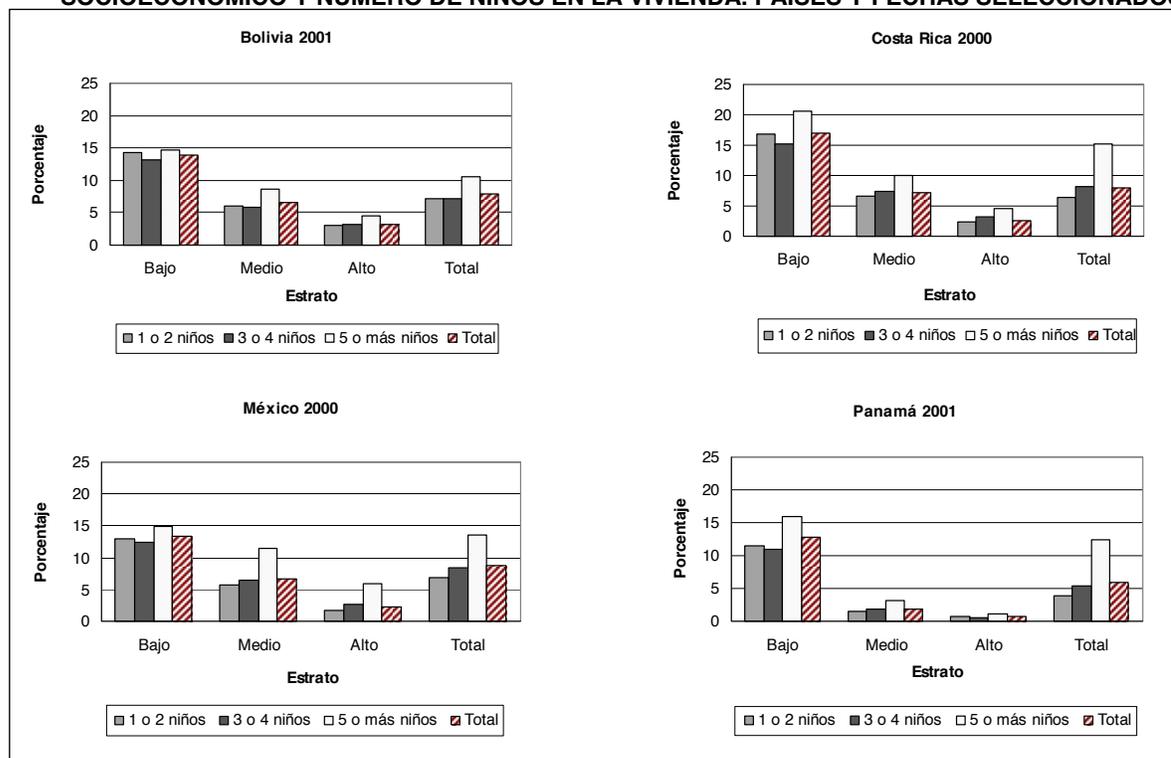
La literatura especializada suele destacar dos consecuencias adversas de la fecundidad alta que tiene como protagonistas a los niños y que son claves para lo que se ha dado en denominar la reproducción intergeneracional de la pobreza. Por una parte está la dificultad para atender adecuadamente a los niños cuando los requerimientos de crianza son excesivos y que se traduce en deficiencias nutricionales, carencias de las figuras y del apoyo parental, y bajo desempeño escolar. La manifestación más aguda de esto último es la deserción escolar. Por otra, está el uso de la mano

de obra infantil con propósitos comerciales, lo que si bien puede servir para el presupuesto familiar, mina poderosamente las posibilidades de desarrollo futuro de los niños. En ambos casos, la relación con la fecundidad no es directa, pues el factor relevante es el efecto “abarroamiento” que se produce a escala de hogar y que promueve dilución de recursos o genera incentivos perversos para sobreexplotarlos. Pero, como es sabido, el motor del abarroamiento doméstico es la fecundidad, de tal manera que el vínculo, aunque indirecto, es indiscutible.

Los resultados obtenidos del procesamiento de 4 bases de microdatos censales (Bolivia, 2001; Costa Rica, 2000; México, 2000; y Panamá, 2000) sugieren que el número de niños en el hogar parece desempeñar un papel en la trayectoria educativa durante la infancia (gráfico 16). Una primera inspección muestra que los niños que residen en unidades domésticas (hogares o viviendas según el país) con un gran número de menores (cinco o más) tienen una probabilidad significativamente mayor de estar fuera del sistema escolar que los que residen en unidades domésticas con menos niños. Esta relación tiende a ser lineal, pues mientras menos niños en el hogar menos probabilidad de no asistir a la escuela. Un examen más riguroso de esta relación requiere controlar el estrato socioeconómico ya que, como se mostró, se relaciona significativa y simultáneamente con la fecundidad y el número de niños en el hogar (por una parte) y la inasistencia a la escuela, por otro. Habiendo hecho eso, el efecto “abarroamiento” tiende a persistir, pero con algunas especificidades. En efecto, en países como Panamá y Costa Rica aquél se desvanece en los estratos altos, aunque entre los hogares con pocos recursos el efecto sobre la inserción escolar de tener más niños se amplifica. Pero en otros países no ocurre lo mismo; en efecto, en Bolivia, y en menor medida en México (sobre todo a los 9 y 12 años de edad) es en el estrato bajo donde la relación se desvanece.

Gráfico 16

PORCENTAJE DE NIÑOS DE 12 AÑOS DE EDAD QUE NO ASISTE A LA ESCUELA, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y NÚMERO DE NIÑOS EN LA VIVIENDA. PAÍSES Y FECHAS SELECCIONADOS

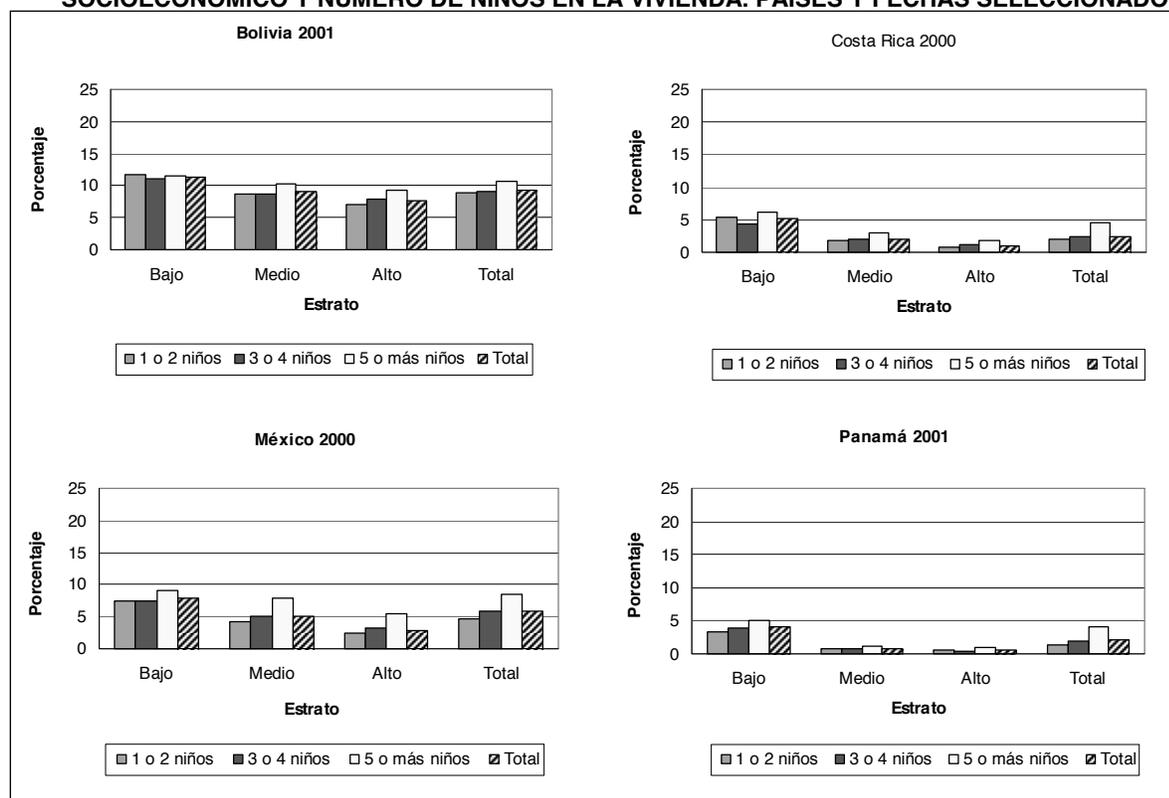


Fuente: procesamiento especial de las bases de microdatos censales.

Conceptualmente, lo que cabría esperar es que el efecto “abarroamiento” fuese más intenso en los estratos bajos y medios donde las restricciones presupuestarias pueden ser tan agudas que gatillen el no envío de los niños a la escuela. En el estrato alto, la carga demográfica podría enfrentarse con el acervo de recursos. Adicionalmente hay evidencia casuística de la persistencia de un patrón de descendencia numerosa entre ciertos segmentos, esencialmente conservadores, de las élites nacionales en los países de la región;³⁸ en virtud de su situación económica pudiente, estos segmentos del estrato alto no experimentarían problemas para enviar a su vasta prole a la escuela, en rigor a una buena y costosa escuela (Contreras, 2002). El caso boliviano se aparta de la teoría predominante y sugiere la acción de otros mecanismos en la relación fecundidad alta, condiciones económicas, asistencia escolar. Además, no cabe descartar algunos sesgos metodológicos, sobre todo porque la medición de estrato fue con base en equipamiento doméstico y no en ingresos; y en las teorías clásicas esto último (restricciones presupuestarias) es el factor fundamental para la operatoria del efecto “abarroamiento”.

Gráfico 17

PORCENTAJE DE NIÑOS DE 12 AÑOS DE EDAD QUE TRABAJA, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y NÚMERO DE NIÑOS EN LA VIVIENDA. PAÍSES Y FECHAS SELECCIONADOS



Fuente: procesamiento especial de las bases de microdatos censales.

En lo que atañe al trabajo infantil, el gráfico 17 muestra que en todos los países hay una relación estrecha entre el número de niños en el hogar y la probabilidad de ser “niño de 12 años que trabaja”. Así, aunque en términos generales los índices de participación laboral a los 12 años son más bien bajos —ya que en ninguno de los cuatro países expuestos supera el 10%—, claramente hay un salto de esta probabilidad cuando se supera el umbral de 4 niños en el hogar. Al controlar el

³⁸ Por cierto no se trata de un fenómeno peculiar de la región; de hecho Pierre Bourdieu (1997) ha sostenido que “Las grandes familias tienen familias grandes (se trata, creo, de una ley antropológica general), tienen un interés específico en mantener unas relaciones de tipo familiar extensas y, a través de estas relaciones, una forma particular de concentración del capital (p. 180)”.

factor socioeconómico la relación entre número de niños en el hogar y la probabilidad de ser niño de 12 años trabajador se mantiene en todos los estratos —y en el sentido previsto, es decir, dentro de cada estrato los hogares con más niños son los que, simultáneamente, tienen mayor probabilidad de ser niños trabajadores—, relevando un peso específico del “efecto abarrotamiento”; la única excepción es, nuevamente, Bolivia donde el “efecto abarrotamiento” virtualmente desaparece al controlar el estrato socioeconómico.

En suma, la evidencia presentada es relativamente concluyente respecto de la existencia de un vínculo entre la cantidad de hijos y el desempeño de los mismos en el sentido de que una mayor fecundidad y la mayor cantidad de menores en el hogar que se derivan de ello afecta negativamente a la trayectoria escolar de los chicos/as, incluso si se controla el poderoso factor socioeconómico.

V. Respuestas ante la fecundidad alta: opciones perversas, reacciones paliativas y políticas públicas

¿Qué hacer cuando las mujeres, parejas, familias y hasta las comunidades experimentan la fecundidad alta? La respuesta clásica y más relevante en términos de política es prevenir. Sin embargo, tal opción no sirve para enfrentar las adversidades que se producen una vez materializada la fecundidad alta. Con todo, la dependencia de la fecundidad alta respecto de la edad introduce un espacio específico para la conducta preventiva en tanto acción de respuesta ante la concreción del riesgo. Esto, porque evitar embarazos puede hacer que una mujer con alta fecundidad a una edad temprana deje de serlo pasado un determinado umbral etario. Por cierto, tal cambio de estatus no inhibiría las adversidades producidas por su fecundidad alta temprana, pero podría tener consecuencias amortiguadoras importantes. No obstante lo anterior, las reflexiones y datos que siguen excluyen la opción preventiva.³⁹

En principio, hay una vasta gama de opciones de respuesta ante la fecundidad alta. Se trata de una multitud de conductas, prácticas, normas, instituciones, recursos y políticas de muy diferentes especie. Algunas de ellas, como el infanticidio, el abandono de niños o la esterilización forzada pasado un cierto umbral de hijos, atentan contra derechos humanos reconocidos universalmente; se trata de respuestas perversas que deben ser erradicadas, lo que no impide que sigan siendo utilizadas bajo condiciones demográficas y socioeconómicas extremas (Johnson, Banghan y Lyao, 1998). Otras tantas ya han sido examinadas en este documento, pero no en su faceta de “respuesta” sino más bien por su asociación con las adversidades de la fecundidad alta. Entre ellas están la nupcialidad y el trabajo femenino. Ambos casos constituyen conductas que tienen la potencialidad de usarse en el marco de estrategias de reacción frente a una carga de crianza pesada. Sin embargo, en el caso de la nupcialidad la información censal sirve poco para examinar la lógica diacrónica de la estrategia⁴⁰ —cómo se gatillan las uniones para enfrentar las demandas de una fecundidad alta que, a cualquier edad, se materializa fuera de una unión estable o funcional para la crianza—; en cambio, la información censal se presta mucho más para indagar en las situaciones de multiplicación de la adversidad, por ejemplo por ausencia o rompimiento de pareja. En el caso del trabajo femenino, la evidencia presentada en este documento muestra que, bajo algunas condiciones, parece ser usada como respuesta frente a la fecundidad alta (por ejemplo, cuando ésta afecta a muchachas jóvenes de un nivel educativo relativamente alto) pero que, en general, es una opción que la misma fecundidad alta dificulta por la contraposición que hay entre crianza y actividad laboral.

³⁹ Tanto por la razón teórica recién expuesta como porque los censos no recogen información sobre los medios anticonceptivos, el principal mecanismo de prevención de la fecundidad alta.

⁴⁰ Esta debilidad también aplica para la mayor parte de las conductas y estrategias de respuesta, pues su acción sigue una trayectoria que resulta muy difícil de precisar y describir con la información censal.

Otra opción de respuesta ya indagada es el trabajo infantil; como se describió en el acápite anterior, aunque sus índices globales son exiguos de hecho parece ser un mecanismo al que todavía recurren las unidades domésticas cuando tienen una abultada carga de crianza. Aunque tal conducta ha sido considerada como un componente de las “estrategias de sobrevivencia” de los grupos pobres (Guzmán, 1997), el análisis efectuado en este documento lo sitúa como una adversidad a largo plazo. Por lo demás, desde los estudios de Cain sobre Bangladesh y la réplica de Bulatao y Lee (Stecklov, 1997) hay una gran controversia sobre el real aporte monetario de los niños frente a sus costos, de la cual no ha escapado la región (Guzmán, 1997).

Ahora bien, incluso descontando las anteriores opciones de respuesta, aún resta un margen amplio de prácticas e instituciones. Dentro de estas últimas hay mecanismos organizados, reglamentados y reconocidos formalmente por la sociedad, como los sistemas públicos de adopción y cuidado de niños, los que normalmente procuran resolver dos tipos de problemas: a) embarazos no deseados; b) carga de crianza insostenible. Lamentablemente, el censo no captura la información necesaria como para verificar si estas instituciones —sobre todo las de transferencia no total de responsabilidades, más que las de desligamiento total de responsabilidades (adopción)— funcionan efectivamente como mecanismos paliativos ante las presiones que impone la fecundidad alta o si más bien son opciones para situaciones de apremio económico o fecundidad no deseada sin vinculación con la intensidad de la reproducción. Otras opciones corresponden a políticas públicas que en ocasiones reciben el calificativo de “políticas familiares” y cuyo propósito es aliviar la carga económica que significa una prole numerosa; normalmente se trata de transferencias de recursos que procuran ampliar la base presupuestaria para la atención de las demandas infantiles; también pueden operar mediante subsidios y exenciones a familias numerosas o a hijos de un orden elevado. Otras políticas apuntan a aspectos específicos donde la fecundidad alta genera repercusiones adversas; ejemplo de este tipo son las políticas sectoriales de salud y educación y vivienda en que se da un trato particular a las mujeres de fecundidad alta: a) seguimiento y cuidado especial del embarazo de mujeres que son madres a edades muy tempranas o que ya tienen muchos hijos; b) normativas explícitas contra la expulsión del sistema escolar de muchachas embarazadas y apoyo especial para evitar su desertión; c) asignación de vivienda considerando como criterio de prioridad el tamaño familiar. Todas estas políticas son relevantes y muchas de ellas, sobre todo las que se relacionan con evitar consecuencias adversas de la fecundidad alta en las etapas tempranas de la vida, son ejecutadas en varios países de la región (CEPAL/CELADE, 2002). Sin embargo, no sólo de no ser una alternativa a largo plazo frente a las políticas preventivas (la opción recomendada) deben diseñarse de manera tal que no incentiven la persistencia de la fecundidad alta.

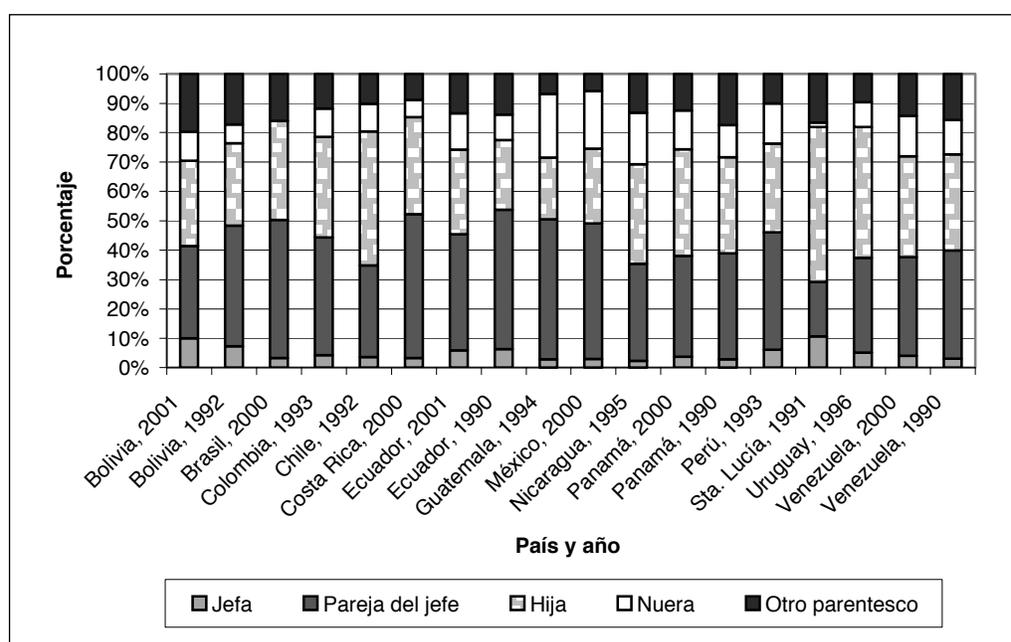
Dos opciones de respuesta que han sido subrayadas en la literatura son el uso de las redes comunitarias y familiares y la densificación de adultos. La primera corresponde al apoyo de otros miembros de la comunidad o de la familia para afrontar las obligaciones de la crianza. Los apoyos comunitarios pueden ir desde jardines infantiles hasta vecinas que cuidan a los niños durante la jornada laboral de las madres que trabajan. Los apoyos familiares van desde normas y costumbres de transferencias a la prole de los parientes hasta verdaderas instituciones sociales como las abuelas y/o hermanas cuidadoras; también entran aquí las pautas de coresidencia en hogares multigeneracionales. Por su parte, la densificación de adultos normalmente corresponde a la incorporación en el hogar de personal de servicios para las tareas domésticas; en ocasiones se contrata en el mercado y, en otras, se vincula con las redes familiares y se trata de algún pariente que colabora con la crianza por alguna recompensa.

La evidencia obtenida en este trabajo y otros anteriores (CEPAL/CELADE, 2002) indica que el apoyo de las redes familiares sigue siendo crucial en la región; hay poca evidencia respecto del papel que desempeñan los mecanismos de apoyo comunitario y el censo no recaba información al respecto. El apoyo familiar resulta particularmente relevante en casos de: a) fecundidad alta

temprana; b) fecundidad alta uniparental, que casi siempre significa que la mujer queda a cargo de sostener el hogar y del cuidado cotidiano de los niños; c) fecundidad alta en condiciones socioeconómicas precarias. En el gráfico 18 se muestra la importancia del apoyo familiar en el caso de la fecundidad durante la adolescencia (por definición fecundidad alta). En todos los países las madres adolescentes residen en su mayoría en los hogares de familiares, preferentemente sus padres. Así, contar con el apoyo de los progenitores y de la red familiar en general sigue siendo uno de los mecanismos de respuesta ante la fecundidad alta más importante en la región (gráfico 18, CEPAL/CELADE, 2002); más aún en los países en que es posible efectuar comparaciones diacrónicas se advierte de manera sistemática que la maternidad adolescente se asocia crecientemente con una inserción secundaria en el hogar de los progenitores (sobre todo los de la muchacha).

Gráfico 18

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: POSICIÓN EN EL HOGAR DE LAS MADRES ADOLESCENTES. PAÍSES Y FECHAS SELECCIONADOS



Fuente: procesamiento especial de las bases de microdatos censales.

Finalmente, la segunda opción de respuesta se relaciona con la expresión a escala doméstica de la fecundidad alta, es decir, el número de niños en el hogar. El asunto es simple: si a una mayor cantidad de niños le corresponde una mayor cantidad de adultos en el hogar, parte de la carga de crianza puede distribuirse entre más responsables. Y las cifras sugieren que efectivamente hay una tendencia a ampliar la base de adultos⁴¹ en contextos de prole numerosas. Empero, esta tendencia no es regular, pues sólo se presenta con claridad cuando se ha superado un umbral elevado de niños en el hogar. Por cierto, cuando no hay niños, la cantidad media de adultos es por lejos la menor; como contrapartida cuando las unidades domésticas (hogares o viviendas dependiendo del censo) cuentan con más de 5 niños la cantidad de adultos supera largamente al resto de categorías. Pero cuando se comparan las unidades domésticas con pocos niños (1-2) y las que tienen una mayor cantidad (3-4) no se advierten diferencias significativas, lo que deja a estas últimas en una posición más incómoda (cuadro 10).

⁴¹ Se consideraron como adultos las personas de 15 a 64 años.

Cuadro 10

**NÚMERO MEDIO DE ADULTOS, SEGÚN CANTIDAD DE NIÑOS EN EL HOGAR.
PAÍSES Y FECHAS SELECCIONADOS**

Cantidad de niños	Bolivia, 2001		Costa Rica, 2000		Ecuador, 2001		México, 2000		Panamá, 2000		Uruguay, 1996	
	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)	(a)	(b)
Sin niños	1,71	1,69	2,17	2,16	2,15	2,13	2,22	2,27	1,96	-	1,62	1,61
1 o 2 niños	2,49	2,46	2,71	2,69	2,67	2,65	2,63	2,72	2,58	-	2,45	2,44
3 o 4 niños	2,65	2,62	2,72	2,71	2,71	2,69	2,60	2,70	2,70	-	2,52	2,51
5 o más niños	2,95	2,94	3,43	3,42	3,20	3,20	3,11	3,30	3,42	-	3,05	3,05
Total	2,28	2,26	2,53	2,52	2,51	2,49	2,50	2,59	2,38	-	1,99	1,98

Fuente: cálculos del autor basados en procesamientos especiales de las bases de microdatos censales.

(a) Todos los adultos (personas de 15 a 64 años de edad).

(b) Excluyendo adultos que son empleados domésticos.

Las anteriores cifras deben considerarse sólo una aproximación a este interesante asunto, pues un conjunto de factores relevantes para evaluar la carga de crianza no están siendo controlados. Entre éstos destacan la edad y parentesco de los adultos, y —también— la edad de los niños. Asimismo, no se ha hecho la distinción entre adultos familiares allegados y adultos empleadas/os domésticas. Por último no se ha examinado el factor socioeconómico, que —como se ha subrayado— es crucial como mecanismo de contención de las presiones que impone la crianza de una prole numerosa. Respecto de las dos últimas cuestiones, sí se obtuvieron resultados específicos. De hecho, en el cuadro 10 se aprecia claramente que en el número medio de adultos por unidad doméstica, el empleo doméstico desempeña un papel marginal. En tal sentido, los censos examinados no muestran indicios claros de que la reconocida institución de las empleadas juegue un papel significativo para enfrentar los requerimientos de la crianza de familias numerosas. Sobre el estrato socioeconómico, los resultados (disponibles según solicitud) muestran un panorama variopinto, pues en algunos países los grupos más pudientes son los que cuentan con mayor cantidad de adultos en cada categoría de cuánta de niños, en cambio en otros, no hay una asociación clara y en algunos se verifica la relación inversa. Tal vez lo más relevante es que aun controlando el estrato socioeconómico, los censos no revelan un papel significativo para el empleo doméstico entre las respuestas ante la fecundidad alta.

VI. Conclusiones y reflexiones finales para el diseño de políticas públicas

- a) En tanto riesgo demográfico, la fecundidad alta constituye una preocupación cada vez menor para los gobiernos y una complicación que afecta cada vez a menos mujeres, puesto que el descenso de la fecundidad se ha traducido en una baja significativa de la probabilidad de experimentar fecundidad alta.
- b) Las mujeres y las parejas de todos los grupos sociales han reducido su probabilidad de tener una trayectoria reproductiva intensa y, en particular, de contar con proles numerosas originadas en una paridez final de cinco o más hijos.
- c) La reducción concomitante de la mortalidad, sobre todo la que ocurre durante la niñez, puede contrarrestar parcialmente el efecto “reductor del tamaño familiar” de esta caída de los índices de fecundidad alta, lo que amerita indagaciones adicionales al respecto.

- d) La fecundidad alta ha tendido a rejuvenecerse. La proporción de mujeres que clasifica con dicha condición (bajo los parámetros usados en este trabajo) en las fases avanzadas de la vida reproductiva ha caído significativamente. En cambio, no ha ocurrido lo mismo con la probabilidad de experimentar fecundidad alta durante la juventud (en particular entre los 20 y los 25 años) y la adolescencia; en esta última, en particular, la prevalencia de la fecundidad alta ha tendido a aumentar.
- e) Este peculiar comportamiento de la iniciación reproductiva marca una distinción importante respecto del comportamiento reproductivo prevaleciente en los países desarrollados, en particular los de Europa Occidental, donde la trayectoria reproductiva se caracteriza tanto por una baja o muy baja intensidad como por un inicio cada vez más tardío. Así las cosas, en la región se ha ido configurando un patrón de creciente control de la intensidad reproductiva sin un control concomitante respecto de su inicio.
- f) La resistencia que exhibe la iniciación reproductiva a retrasarse de manera sostenida configura un desafío de la mayor relevancia para los países de la región. A lo menos tiende un manto de dudas sobre los dividendos que podrían cosechar las mujeres y las parejas de la menor probabilidad de fecundidad alta en las fases más avanzadas de la vida; aunque se trate de descendencias finales poco numerosas, si su procreación tiene lugar a una edad muy joven persiste la colisión entre reproducción y acumulación de activos educativos y laborales, junto con de una carga de crianza para la cual suele haber menor preparación a dichas edades.
- g) Dos hechos relativamente estilizados añaden inquietud respecto de la persistencia de la fecundidad alta durante la adolescencia. El primero es que al desagregar por edades simples se advierte que son las muchachas de menos edad (15 a 17 años) las que han tendido a aumentar su probabilidad de maternidad, lo que claramente choca contra exigencias básicas para el desempeño en una sociedad moderna. El segundo es que de manera creciente se trata de una maternidad fuera del matrimonio; aunque los índices de consensualidad han sido históricamente altos entre las madres adolescentes, éstos han tendido a aumentar y junto con ello también ha estado en alza la expresión más preocupante de los sesgos de género que siguen presentes en el ámbito reproductivo, como es la maternidad de adolescentes en condición de soltería. Si la maternidad adolescente es en sí una situación compleja, enfrentarla sin pareja no parece, en principio, contribuir a un mejor enfrentamiento de su complejidad. Cabe anotar que tal patrón es compatible con los que en otros trabajos se ha denominado “modernidad sexual truncada” y alerta sobre la necesidad de intervenciones de nuevo cuño que simultáneamente reconozcan la capacidad creciente de disociar actividad sexual con reproducción y las limitaciones que tienen las adolescentes para desplegar esta capacidad tanto en materia de acceso a medios anticonceptivos como en lo que atañe a un uso adecuado de los mismos.
- h) El avance de la educación parece haber desempeñado un papel importante en la tendencia hacia el descenso sostenido de la fecundidad alta ya que la probabilidad de tener una descendencia muy numerosa en la adultez se reduce casi linealmente con el nivel de escolaridad. Sin embargo, análisis más detallados según edades y años de escolaridad simples (ventaja comparativa de trabajar con información censal) sugieren que el efecto reductor de la fecundidad de la educación en las edades jóvenes se manifiesta pasado un umbral de al menos 8 años de escolaridad.
- i) La probabilidad de tener fecundidad alta sigue siendo fuertemente condicionada por factores socioeconómicos y étnicos. En el caso de los primeros, el efecto detectado en este trabajo es compatible con la evidencia previa y con la literatura teórica predominante; esto

es, las mujeres en condiciones socioeconómicas más desmedradas y aquellas con menor educación tienen probabilidades significativamente mayores de tener fecundidad alta en todas las edades consideradas. Esto último sugiere que si bien ha habido una tendencia generalizada hacia el descenso de la probabilidad de fecundidad alta, aún subsisten brechas que van en desmedro de los grupos más postergados de la población.

- j) En lo que atañe al factor étnico, la evidencia obtenida entrega distinciones novedosas; contrariamente a la visión que supone que la alta fecundidad es inherente a los pueblos indígenas —por pautas de unión y reproducción tradicionales, actitud refractaria al uso de anticonceptivos o falta de acceso a los mismos por aislamiento cultural y geográfico— hay algunas etnias (aymara, quechua, sobre todo en Ecuador, y maya) que tienen una trayectoria reproductiva, incluso, menos intensa que las mujeres no indígenas y, sobre todo, tienen una iniciación más tardía de esta trayectoria. Por cierto, se trata de una fracción minoritaria de la variedad de grupos étnicos examinados en este trabajo ya que, en general, las mujeres indígenas tienen una trayectoria reproductiva más intensa y temprana que las no indígenas.
- k) Los indicadores globales de los grupos étnicos están altamente influenciados por sus precarias condiciones de vida, las que explican parte de la predisposición predominante entre ellos hacia una mayor probabilidad de tener fecundidad alta. Sin embargo, al controlar la educación y el estrato socioeconómico se verifica la existencia efectiva del “efecto étnico”. Las mujeres aymara, por ejemplo, registran sistemáticamente una trayectoria reproductiva más tardía y menos intensa que las no indígenas de igual condición socioeconómica; como contrapartida, en el mismo país, las guaraníes sobresalen por su trayectoria reproductiva intensa y temprana aun si se controlan los factores económicos y educativos.
- l) La evidencia obtenida en este trabajo sugiere que las especificidades étnicas del comportamiento reproductivo están íntimamente asociadas a rasgos culturales relacionados con el patrón y las modalidades de unión. Retomando el contraste entre aymaras y guaraníes, la propensión a unirse durante la adolescencia es significativamente mayor entre las últimas aun si se controla la situación socioeconómica y educativa.
- m) Estas peculiaridades etnoculturales de la reproducción y de la nupcialidad deben ser consideradas por las políticas e intervenciones dirigidas a extender el control de las parejas y las mujeres sobre su reproducción. De hecho, la eventual aculturación “modernizadora” de estos grupos indígenas puede erosionar las fuerzas culturales que promueven una iniciación reproductiva tardía, elevando la probabilidad de experimentar fecundidad alta en la adolescencia.
- n) Cuando se alcanzan niveles muy altos de educación, asociados con el enrolamiento en la educación superior, las disparidades de probabilidad de tener fecundidad alta según condición socioeconómica y etnia tienden a diluirse, lo que sugiere que ese umbral educativo tiene un potencial homogeneizador enorme en materia reproductiva.
- o) La fecundidad alta está claramente asociada al truncamiento de la trayectoria educativa y a limitaciones en el ámbito laboral. Aunque la evidencia no apoya la tesis de que la reproducción durante la adolescencia es el principal factor que explica la deserción escolar, sí se advierte una concomitancia muy alta entre ser madre a edad temprana y el abandono de la escuela. Más aun, cálculos realizados para muchachas con niveles de escolaridad normales para su edad muestran que tener un hijo es muy poco compatible con seguir asistiendo a la escuela.

- p) La fecundidad alta tiende a dificultar la incorporación de la mujer al mundo del trabajo. Sin embargo, cuando se trata de madres adolescentes, aquellas con más educación responden ingresando al mercado de trabajo (aunque no forzosamente a una buena posición) mientras que las menos educadas se insertan en el ámbito doméstico.
- q) La fecundidad alta, medida a escala doméstica según el número de niños en el hogar, se asocia con dos adversidades para los niños: mayor probabilidad de estar fuera del sistema escolar y mayor probabilidad de ser un niño trabajador.
- r) De las múltiples modalidades de respuesta que hay frente a la fecundidad alta, una de las más destacadas es el apoyo familiar, en particular el “allegamiento” en la casa de los progenitores (normalmente los de la madre), sobre todo cuando se trata de fecundidad adolescente. Por cierto, esto significa una redistribución de las responsabilidades de la crianza y si bien puede resultar un mecanismo paliativo relevante, su persistencia en el tiempo puede ser un factor inductor de la fecundidad alta.
- s) Finalmente, el trabajo no sólo permitió un conjunto de avances técnicos de gran utilidad en materia de procesamiento de bases de datos censales con REDATAM, también generó una gran masa de información que está disponible según solicitud. Dentro de esta masa cabe mencionar las cifras absolutas de mujeres en condición de fecundidad alta, un insumo básico para la asignación de recursos y el diseño de intervenciones dirigidas a la expansión del control que las parejas hacen de su trayectoria reproductiva.

Bibliografía

- Bongaarts, J. (2002), “*The end of the fertility transition in the Developed World*”, Population Development Review, 28(3).
- Bourdie P. (1997), Razones prácticas, Barcelona, Anagrama.
- Bulatao, R. y J. Casterline (editores) (2001), “*Global Fertility Transition*”, Population and Development Review, Population Council, Estados Unidos, Suplemento del volumen 27.
- Carrasco, S., J. Martínez y C. Vial (1997), *Población y necesidades básicas en Chile: un acercamiento sociodemográfico al período 1982-1994*, Santiago, Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN) /FNUAP.
- Carvalho, J. (1998), “The demographics of poverty and welfare in Latin America: challenges and opportunities”, en Tokman, V. y G. O'Donnell (editores), *Poverty and inequality in Latin America: issues and new challenges*, Notre Dame, Universidad de Notre Dame, Helen Kellogg Institute for International Studies.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2002), *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*, Santiago, LC/R.2086
- (2000), Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe, Santiago, LC/G.2113-P.
- (1998), Población, salud reproductiva y pobreza, Santiago, LC/G.2015 (SES.27/20).
- (1995), Población, equidad y transformación productiva, Santiago, CEPAL, Serie E, CELADE, N° 37, LC/G.1758/ Rev. 2-P; LC/DEM/G.131/Rev.2.
- (1994), Estudios sociodemográficos de pueblos indígenas, Santiago, CELADE, Serie E, N° 40, LC/DEM/G.146.
- Contreras, R. (2002), “La actualidad de viejas temáticas: familias, riqueza y poder en América Latina. Algunas consideraciones a partir del caso de Chile”, *Revista Mexicana de Sociología*, volumen 64, número 42.
- Contreras, J., J. Guzmán y R. Hakkert (2001), *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*, México, FNUAP.
- ENDESA (2001), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, Instituto Nacional de Estadística y Censos y Ministerio de Salud, Nicaragua, en prensa.
- ENESF (2001), Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, Honduras.
- ENSM (2001), Encuesta Nacional de Salud Masculina, Honduras.
- Giddens, A. (1998), *La transformación de la intimidad*, Madrid, Cátedra.

- ___ (1997a), "Afluencia, pobreza y la idea de una sociedad después de la escasez", *Estudios Sociales*, N° 93, trimestre 3, Corporación de Promoción Universitaria, Santiago.
- ___ (1997b), *Modernidad e identidad del Yo*, Barcelona, Península.
- ___ (1997c), "El aporte latinoamericano al análisis de los factores determinantes de la fecundidad", *Notas de Población*, Año 25, N° 66.
- Guzmán, J. M. (1997), El aporte latinoamericano al análisis de los factores determinantes de la fecundidad, *Notas de Población*, año 25, N° 66
- Guzmán, J., S. Singh, G. Rodríguez y E. Pantelides (1996), *The fertility transition in Latin America*, International Union for the Scientific Study of Population, Clarendon Press Oxford, Estados Unidos.
- Hernández, I. (1997), "Salud reproductiva y pueblos indígenas en América Latina", en Alberts, Joop y H. Toro (editores), *Temas de salud pública en el nuevo contexto de la salud reproductiva*, Santiago, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA.
- Johnson, K., H. Banghan y W. Lyao (1998), "Infant abandonment and adoption in China", *Population and Development Review*, volumen 24, N° 3.
- Juárez, F. y S. Llera (1996), "The process of family formation during fertility transition", en Guzmán y otros, 1996, *The fertility transition in Latin America*, International Union for the Scientific Study of Population.
- Kohler, H., C. Billari y J. Ortega (2002), "The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s", *Population and Development Review*, volumen 28, No. 4, diciembre.
- Lesthaeghe, R. (2001), "Europe's demographic issues: fertility, household formation and replacement migration" en United Nations, 2001, *United Nations expert group meeting on policy responses to population ageing and population decline*, Nueva York, ESA/P/WP.168, versión preliminary, UN/POP/PRA/2000/20.
- Lindstrom, D. y C. Brambila (2002), "Alternative theories of the relationship of schooling and work to family formation: evidence from Mexico", *Social Biology*, volumen 48, N°s 3 y 4.
- Livi-Bacci, Massimo (1995), "Pobreza y población", número especial, *Notas de Población*, N° 62, diciembre 1995, y *Pensamiento Iberoamericano*, N° 28, julio-diciembre 1995.
- Martínez, J. (1999), *Población y pobreza: contenidos paradigmáticos para la demografía*, Lovaina, Instituto de Demografía de la Universidad Católica de Lovaina, Bruylant-Academia.
- ___ (1998), *Los bolsones de alta fecundidad en Chile y el caso de la población mapuche de la región de la Araucanía*, Santiago, MIDEPLAN-FNUAP.
- Pebley, A. y L. Rosero (editores) (1997), *Demographic diversity and change in the Central American Isthmus*, Santa Mónica, CA, Rand.
- Rindfuss, R., K. Brewster y A. Kavee (1996), "Women, work, and children in the US", *Population and Development Review*, volumen 28, N° 4, diciembre.
- Rodríguez, J. (2001), "Juventud, reproducción y equidad", en Solum Donas (compilador), *Adolescencia y juventud en América Latina*, LUR, Costa Rica.
- Sardon, J. (2000), "La conjoncture démographique: L'Europe et les pays développés d'outre-mer", *Population*, Año 55, N°s 4-5.
- Stecklov, G. (1997), "Intergenerational resource flows in Côte d'Ivoire", *Population and Development Review*, volumen 23, N° 3.
- Tabah, L. (1989), "De una transición demográfica a otra", *Boletín de Población de las Naciones Unidas*, N° 28, Nueva York, División de Población de las Naciones Unidas.
- United Nations (2002), "Expert Group Meeting on completing the fertility transition", documentos presentados a la reunión (sin edición), Nueva York, 11-14 de marzo de 2002.
- ___ (2001), United Nations expert group meeting on policy responses to population ageing and population decline, Nueva York, ESA/P/WP.168, versión preliminar.
- ___ (1987), Fertility behaviour in the context of development: evidence from the World Fertility Survey, Nueva York, Population Studies No 100, ST/ESA/SER.A/100.
- Van de Kaa, D. (2001), "Postmodern fertility preferences: from changing value orientation to new behavior" en Bulatao y Casterline (2001), "Global Fertility Transition", *Population and Development Review*, Population Council, Estados Unidos, Suplemento del volumen 27.
- Welti, C. (editor) (1998), *Demografía II*, Programa Latinoamericano de Actividades en Población (PROLAP), Universidad Nacional Autónoma de México.
- ___ (editor) (1997), *Demografía I*, Programa Latinoamericano de Actividades de Población (PROLAP), Universidad Nacional Autónoma de México.

Sesión III: ¿Hacia una fecundidad temprana o tardía? La estructura de la fecundidad por edades

La fecundidad por edades en América Latina y sus perspectivas futuras

Delicia Ferrando⁴²

En el siglo XX, dos acontecimientos demográficos trascendentales cambiaron el rumbo de la historia de los pueblos: a) el vertiginoso crecimiento de la población por un período prolongado en la segunda mitad de la centuria y b) la reducción de la tasa de crecimiento como consecuencia del descenso de la fecundidad.

En los países desarrollados, la transición de la fecundidad a niveles bajos comenzó en el siglo XIX y ocurrió casi simultáneamente con la de la mortalidad. En América Latina, ésta empezó a descender bastante más tarde que en Europa: en la primera mitad del siglo XX, excepto en Argentina y Uruguay. La fecundidad inició su caída décadas después que la mortalidad. Este desfase tuvo como consecuencia un crecimiento natural de la población a una tasa acelerada nunca antes registrada. La mayor sobrevivencia de los hijos, entre otros factores, creó un desbalance en el tamaño de las familias que fue crucial para la reducción del promedio de hijos por mujer.

Al promediar el siglo XX, las mujeres latinoamericanas tenían 6 hijos en promedio, (CEPAL-CELADE, 2002). Hacia el final de la década de los años sesenta, esta cifra empezó a caer en una tendencia

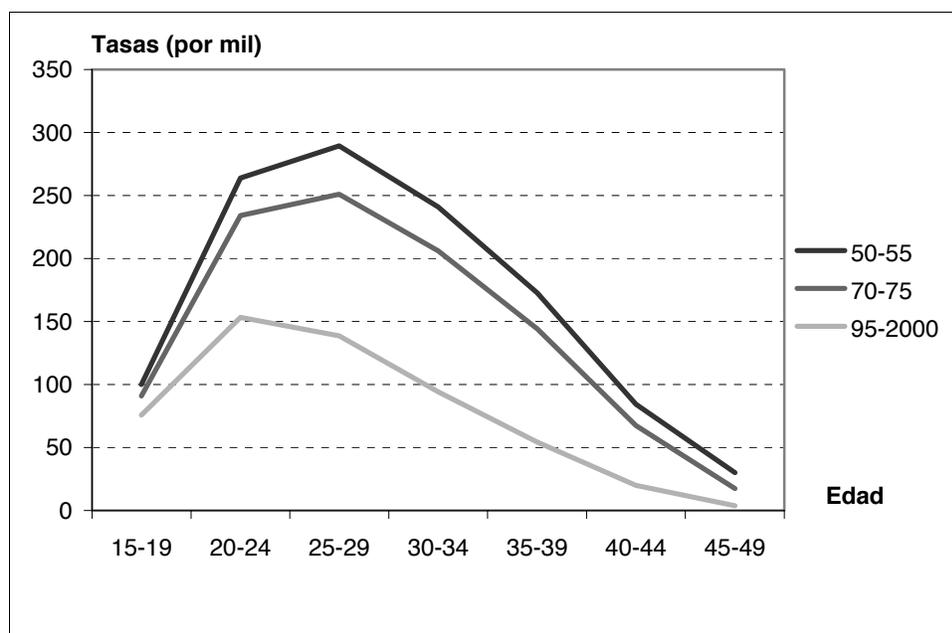
⁴² Oficial de Evaluación, Pathfinder International, Oficina en Perú.

que no ha parado y que con más o menos intensidad, tiene lugar en todos los países de la región y en todos los segmentos de la población, inclusive en los más pobres. No obstante, la velocidad y la forma de descenso son heterogéneas entre países y por grupos, y depende de factores históricos, culturales, sociales y económicos.

La caída de la tasa global de fecundidad (por ser ésta una medida resumen) evidencia la reducción de la frecuencia con que ocurren los nacimientos por grupos de edad de las mujeres lo cual se ilustra en la diferente elevación de las curvas que se muestra en el gráfico 1. En efecto, la altura de la curva de 1970-1975 es menor que la del quinquenio 1950-1955 y mayor que la del quinquenio 1995-2000.

Pero la curva de la fecundidad en el último quinquenio del siglo pasado no sólo se acható sino que su punto más elevado se desplazó hacia la izquierda, dando lugar a un cambio de la cúspide de tardía (con una distribución modal máxima a la edad de 25-29 años) a temprana (con un máximo a los 20-24 años). La fecundidad se rejuveneció y en consecuencia, aumentó la importancia relativa de las tasas de fecundidad de las menores de 30 años. Este hecho produjo una disminución de la edad media de la fecundidad en la región de alrededor de dos años en todo el período, de 29,6 años a 27,2 años. Sobre este punto se regresará más adelante.

Gráfico 1
AMÉRICA LATINA: TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD SEGÚN QUINQUENIOS SELECCIONADOS DEL PERÍODO 1950-2000



Fuente: cuadro 1.

La intensidad de la reducción fue heterogénea por períodos y por grupos de edad. Entre 1950 y 1970 la disminución fue muy poca por lo que la forma de la curva en los quinquenios 1950-1955 y 1970-1975 es prácticamente la misma y la distancia entre ambas es corta. Inclusive en Panamá, Costa Rica, Venezuela, El Salvador y Paraguay la tasa global de fecundidad aumentó en ese período al bajar la mortalidad dando origen a un incremento de las tasas por edad en esos países. El descenso se acentuó de 1970 en adelante consolidando la declinación del promedio de hijos por mujer como se aprecia en el cuadro 1.

Cuadro 1

AMÉRICA LATINA: TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD Y DISMINUCIÓN DE LAS TASAS SEGÚN QUINQUENIOS SELECCIONADOS DEL PERÍODO 1950-2000

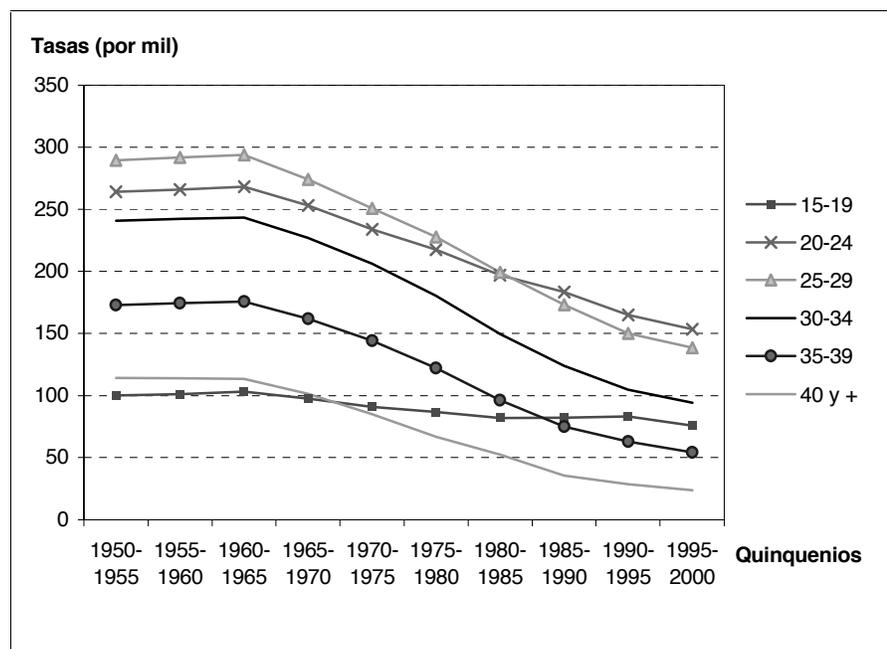
Edad	Tasas de fecundidad por edad (por mil)			Disminución (%) de las tasas		
	1950-1955	1970-1975	1995-2000	1950-1970	1970-2000	1950-2000
TGF	5,9	5,1	2,7	14,4	46,4	54,1
15-19	100,1	91,0	75,7	9,1	16,8	24,0
20-24	264,0	234,0	153,4	11,4	34,4	42,0
25-29	289,3	250,9	138,6	13,3	44,8	52,0
30-34	240,9	206,0	94,3	14,5	54,2	61,0
35-39	172,8	144,2	54,3	16,6	62,3	69,0
40-44	84,2	67,5	20,0	19,8	70,3	76,0
45-49	30,0	17,6	3,8	41,3	78,4	87,0

Fuente: CEPAL-CELADE, 2001.

Las tasas de fecundidad por edad bajaron en porcentajes crecientes de acuerdo a la mayor edad de las mujeres como puede verse en la intensidad de la caída o pendiente de las distintas curvas que contiene el gráfico 2. Los factores a los que se atribuye la modalidad de descenso son varios, pero el factor clave parece haber sido la práctica de la planificación familiar más intensa entre las mujeres de 25 a 44 años siendo los métodos más usados los de larga duración (DIU o implantes) o definitivos (esterilización). En contraste, las jóvenes usan más métodos de barrera (por lo general el condón y en menor medida óvulos, espumas o jaleas).

Gráfico 2

AMÉRICA LATINA: EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD POR GRUPOS DE EDAD: 1950-2000



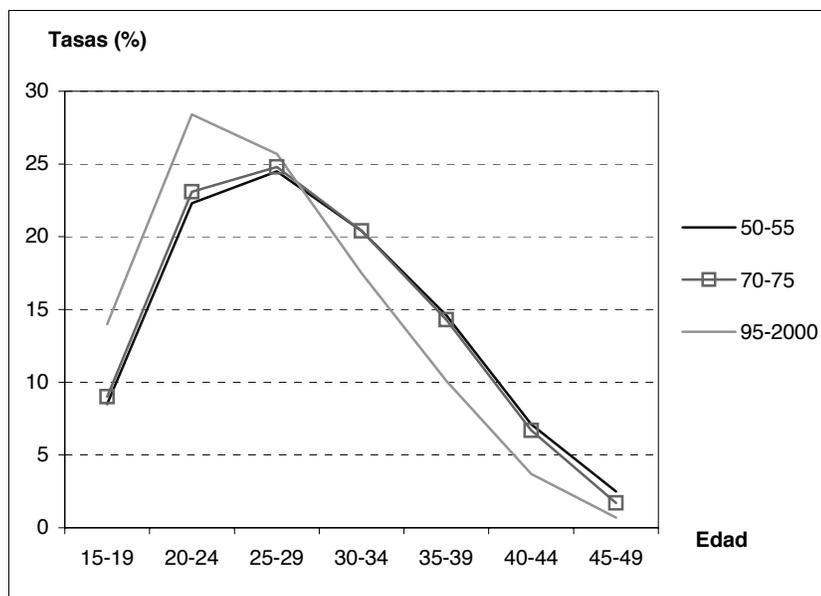
Fuente: CEPAL-CELADE, 2001.

Una muestra de la heterogeneidad de la disminución es que mientras entre 1950-1970 las tasas de fecundidad se redujeron en un rango que va de 9% (en el grupo de 15 a 19 años) a 41% (en el grupo 45-49); en el período 1970-2000 cayeron en porcentajes que varían entre 17% y 78% en los grupos mencionados (ver cuadro 1).

Como se observa, la fecundidad adolescente es la que menos se redujo. Bajó en 25% (de 100 por mil a 75,7 por mil) en los 50 años del período examinado; en tanto que la tasa global de fecundidad lo hizo en más de un 50% (de 5,91 a 2,71) en el mismo lapso, por efecto de la disminución de las tasas de los otros grupos de edad. En general, la fecundidad de las jóvenes de 15 a 19 años mantuvo una tendencia oscilante. Subió ligeramente entre 1950 y 1965, descendió entre 1965 y 1985 y volvió a subir levemente hasta 1995, (CEPAL-CELADE, 2001). A partir de esta última fecha empezó a caer con una tendencia que parece continuar en el futuro. No se descarta que estas fluctuaciones se deban a la calidad de la información sobre las menores de 20 años, que suele estar afectada por el bajo número de nacimientos –lo que hace las estimaciones más vulnerables a errores aleatorios- y por la omisión en la declaración, lo que da lugar a una subestimación de las tasas.

La variación de las tasas por edad en el tiempo ha producido una modificación de la distribución porcentual de la fecundidad por edad, destacándose cada vez más la importante contribución de las mujeres jóvenes a la fecundidad total. La estructura de la fecundidad que en 1950 y en 1970 era tardía, con una moda que se ubicaba en el grupo de 25 a 29 años, pasó en el año 2000 a temprana, con un valor máximo que se ubica en el grupo de 20 a 24 años (ver gráfico 3).

Gráfico 3
AMÉRICA LATINA: ESTRUCTURA DE LA FECUNDIDAD POR QUINQUENIOS SELECCIONADOS DEL PERÍODO 1950-2000



Fuente: cuadro 2.

El aporte relativo a la fecundidad total del grupo de 20 a 24 años subió de 22% a 28% entre 1950 y el 2000, mientras que la fecundidad acumulada a los 25 años que era 31% en el quinquenio 1950-1955, pasó a 42% en el quinquenio 1995-2000. Por su parte, la contribución del grupo de 25 a 29 años se mantuvo en un 25% y la del grupo de 30 a 34 disminuyó de 20% a 18%, en todo el período (ver cuadro 2).

En resumen, en términos de distribución relativa de la fecundidad, el cambio más significativo hacia fines de la centuria pasada fue la concentración de la fecundidad en las mujeres jóvenes, especialmente en el grupo de 20 a 24 años.

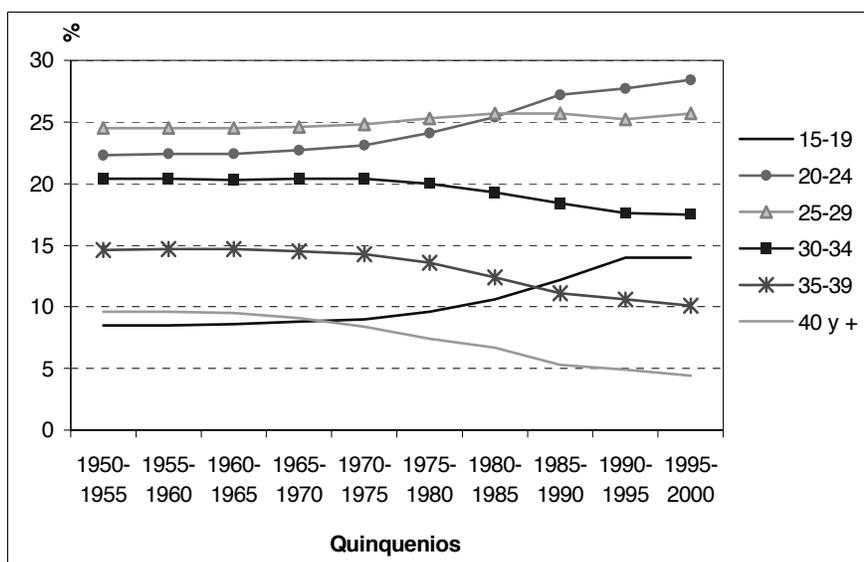
Cuadro 2
AMÉRICA LATINA: ESTRUCTURA DE LA FECUNDIDAD Y CAMBIOS EN QUINQUENIOS SELECCIONADOS DEL PERÍODO 1950-2000

Edad	Estructura de la fecundidad (%)			Cambio en la estructura (%)		
	1950-1955	1970-1975	1995-2000	1950-1970	1970-2000	1950-2000
Total	100,0	100,0	100,0			
15-19	8,5	9,0	14,0	+5,9	+55,6	+65,0
20-24	22,3	23,1	28,4	+3,6	+23,0	+27,4
25-29	24,5	24,8	25,7	+1,2	+3,6	+ 4,9
30-34	20,4	20,4	17,5	0,0	-14,2	-14,2
35-39	14,6	14,3	10,1	-2,2	-29,4	-30,8
40-44	7,1	6,7	3,7	-5,6	-44,8	-47,9
45-49	2,5	1,7	0,7	-32,0	-59,0	-72,0

Fuente: cuadro 1.

Este reacomodo de las tasas por edad originó una disminución del peso relativo de las tasas de las mayores de 35 años de 24% en 1950 a menos de 15% en el 2000. En este nuevo escenario, el aporte relativo de la fecundidad adolescente a la fecundidad total aumentó más que la de ningún otro grupo (en un 65%, al pasar de 8.5% en 1950 a 14% en el 2000) como también lo hizo el de los grupos de 20 a 24 y de 25 a 29 años pero no en la magnitud de la fecundidad adolescente. En el otro extremo, se redujo la del grupo de 45 a 49 años en un 72% en todo el período (de 2,5% a 0,7%). La evolución de la contribución porcentual de los distintos grupos de edad a la fecundidad total se aprecia en el gráfico 4.

Gráfico 4
AMÉRICA LATINA: CONTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPOS DE EDAD A LA FECUNDIDAD TOTAL: 1950-2000



Fuente: CEPAL-CELADE, 2001.

Para ilustrar las tendencias de las tasas y estructura de la fecundidad por países se eligieron algunos con diferentes niveles de fecundidad para los cuales se comparan los cambios entre el primero y último quinquenios del período 1950-2000. La serie completa de tasas se presenta en la tabla 1 del anexo.

Como se ha visto para la región, también por países la disminución diferencial de la fecundidad total y por edad se refleja en la altitud y forma de las curvas que varía por país. Al comparar las curvas de las tasas de fecundidad del quinquenio 1950-1955 con las del quinquenio 1995-2000 presentadas en los gráficos 5 y 6, se observa una disminución de su elevación en todos los países en el segundo momento correspondiendo, obviamente, las más bajas a aquellos con menor nivel de fecundidad actual. Al final de la centuria, de los países seleccionados, Brasil reemplazó a Cuba (como segundo país de menor fecundidad en América Latina) y Cuba a Uruguay (como el país de fecundidad más baja).

La forma de la fecundidad varía por país, pero cabe anotar que no hay estilos únicos que correspondan a niveles específicos. Así en el quinquenio 1950-1955, en Cuba, Uruguay, Costa Rica y Panamá y en cierta forma en Guatemala que tenían diferentes niveles, la fecundidad era de cúspide dilatada con valores de las tasas de las de 20 a 24 años y de 25 a 29 años prácticamente iguales. En cambio Perú, Bolivia y Brasil también con diferentes niveles de fecundidad, tenían una fecundidad de cúspide tardía, con una tasa más elevada de las mujeres de 25 a 29 años.

En el quinquenio 1995-2000, la fecundidad de la mayoría de países de la región, independientemente de su nivel, se inclinaba hacia una forma de cúspide temprana. Es así como Cuba, Brasil, Costa Rica, Panamá y Guatemala, comparten esta tendencia. También Perú, pero en este país la fecundidad del grupo de 25 a 29 años está muy cerca de la del grupo de 20 a 24 años. En Bolivia la fecundidad es dilatada mientras que en Uruguay es tardía.

Los gráficos 7 y 8 ilustran la estructura de la fecundidad por edad a través de la distribución porcentual de las tasas en los momentos inicial y final del período histórico.

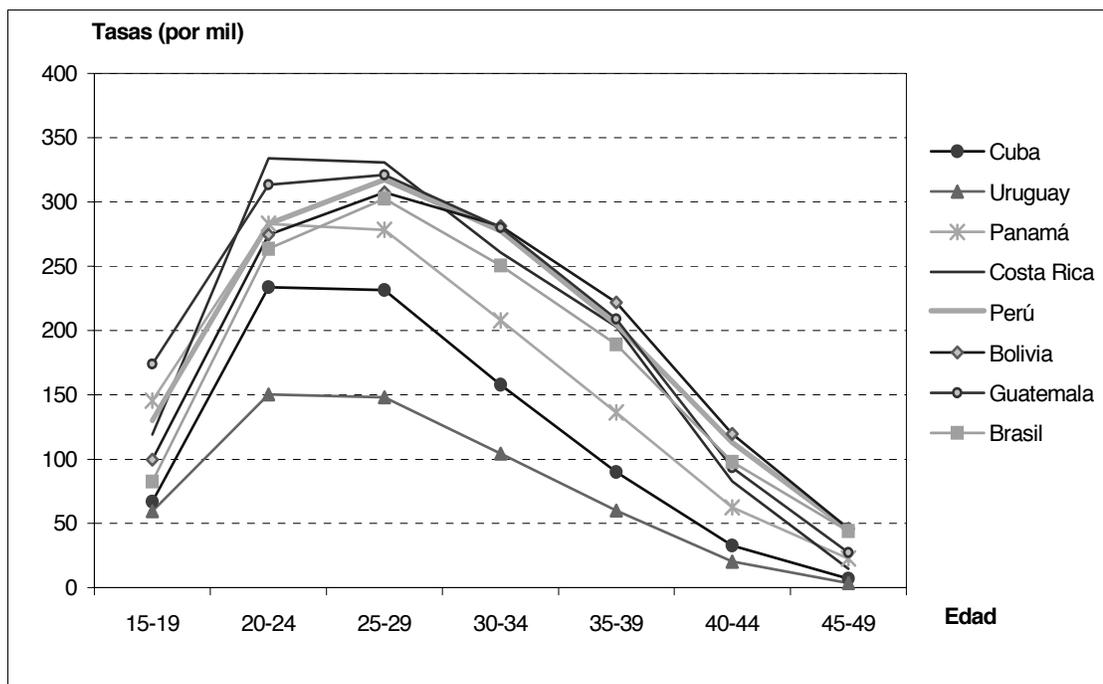
Al empezar la segunda mitad del siglo XX, tres de los ocho países que se muestran en el gráfico 5 tenían claramente una fecundidad de cúspide tardía: Brasil (de fecundidad muy baja), Perú (de fecundidad intermedia), Bolivia (de fecundidad intermedia alta) y Guatemala (de fecundidad alta). Dichas curvas estaban definidas por la mayor contribución relativa (en torno al 23%) de las mujeres de 25 a 29 años a la fecundidad total y el similar peso porcentual de la fecundidad de las mujeres de 20 a 24 años y de 30 a 34 años (alrededor de 20%). En estos países, el peso relativo de la fecundidad de las mujeres mayores de 40 años era superior al de los otros países representados en el gráfico, (aproximadamente 12%). Otros cuatro países, igualmente con distintos niveles de fecundidad; Cuba, Costa Rica, Panamá y Uruguay, tenían una curva dilatada con una distribución porcentual bastante homogénea de la fecundidad en los grupos de 20 a 24 años y de 25 a 29 años.

En Cuba y en República Dominicana las jóvenes hasta los 24 años aportan en una tercera parte a la fecundidad total de esos países. En Cuba, la contribución de las menores de 30 años representa casi el 80% de la fecundidad total; mientras que la de las mayores de 40 años es irrelevante (1%). En Colombia, Brasil, Chile y Panamá las jóvenes aportan cerca del 30% a la fecundidad total y en México, Costa Rica y Venezuela alrededor del 28% (ver tabla 2 del anexo).

La excepción a esta tendencia, más o menos general, es Uruguay, cuya fecundidad es dilatada inclinándose a tardía y se asemeja más a la forma de los países de Europa Occidental. En estos países, la importancia relativa de la fecundidad de los grupos 20 a 24 años y 25 a 29 años es predominante (aportan casi la cuarta parte a la fecundidad total). Pero también es significativa (20%) la contribución porcentual de las mujeres de 30 a 34 años.

Gráfico 5

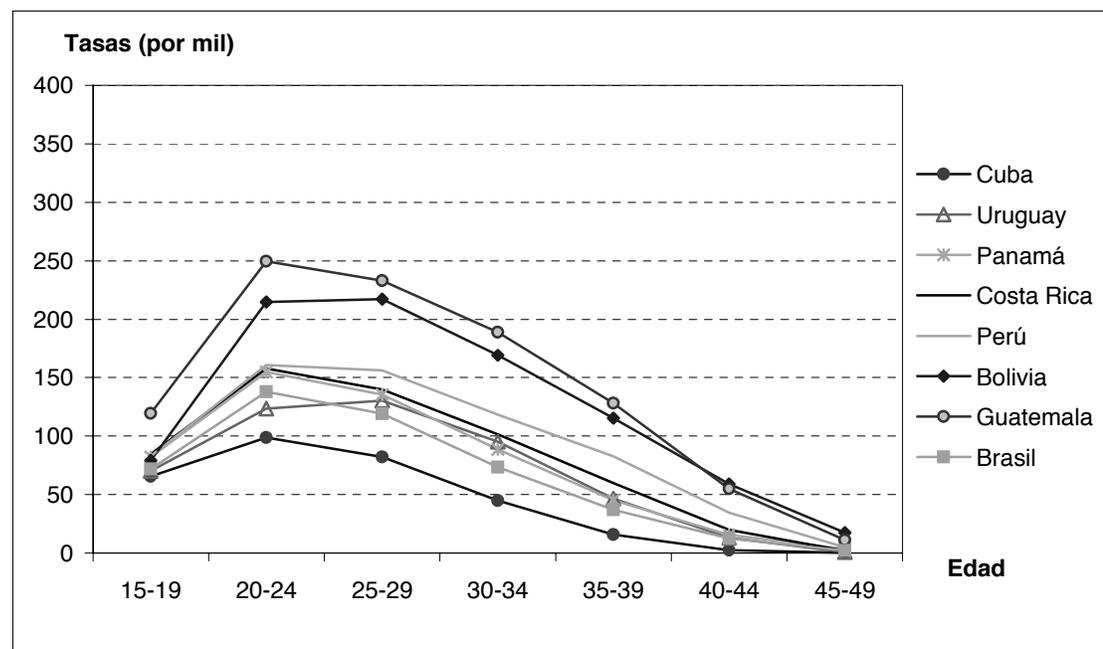
AMÉRICA LATINA: TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD EN PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-1955



Fuente: CEPAL-CELADE, 2001.

Gráfico 6

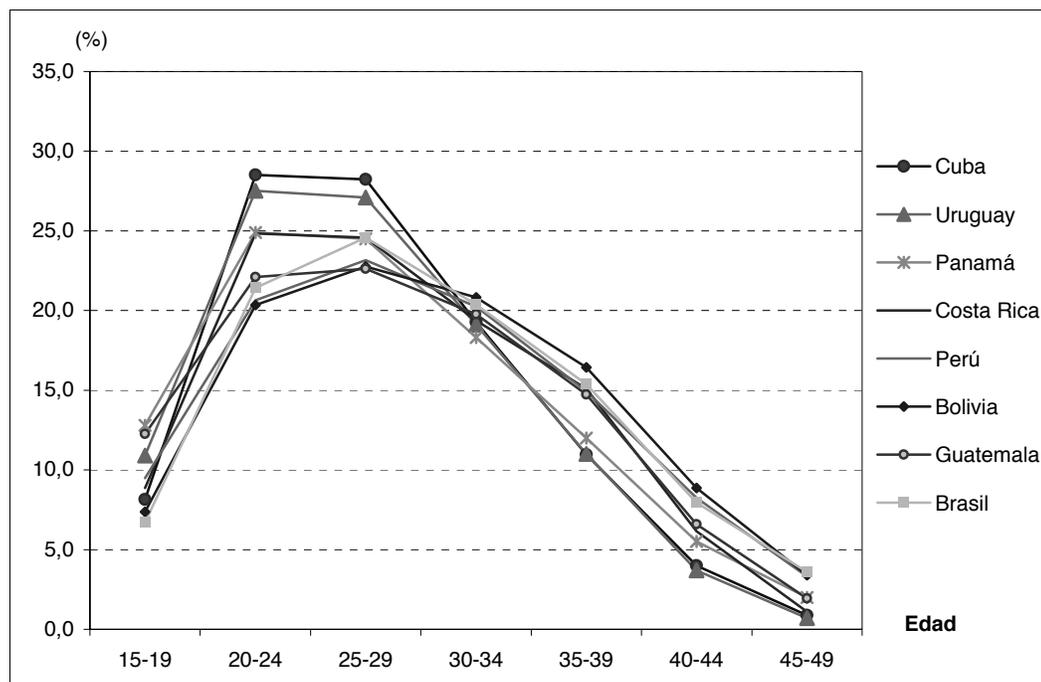
AMÉRICA LATINA: TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD EN PAÍSES SELECCIONADOS, 1995-2000



Fuente: CEPAL-CELADE, 2001.

Gráfico 7

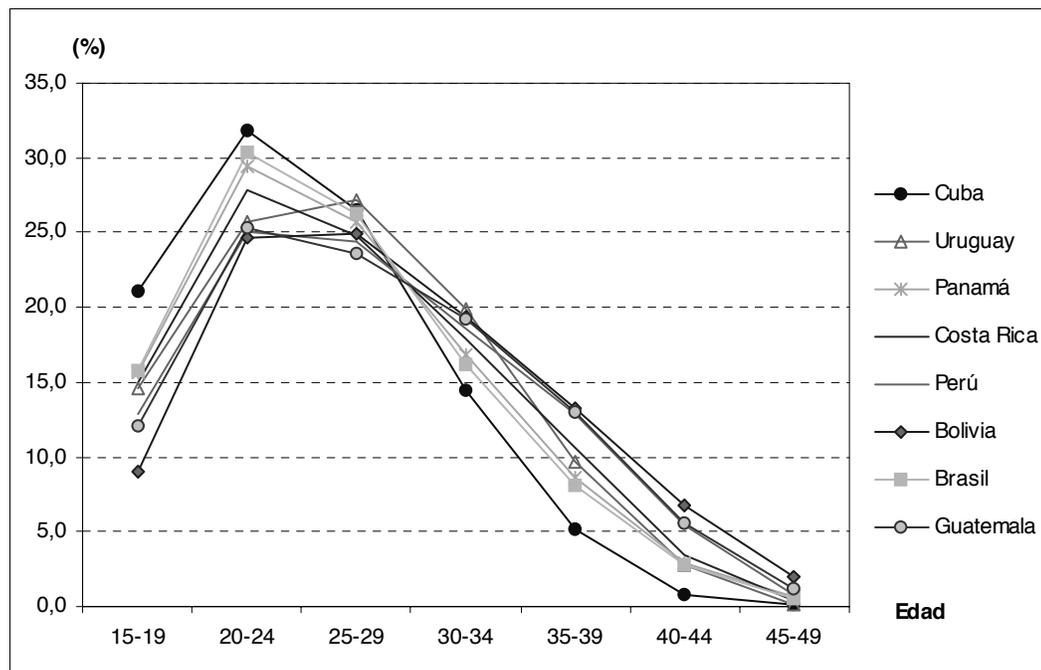
AMÉRICA LATINA: ESTRUCTURA DE LA FECUNDIDAD EN PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-1955



Fuente: CEPAL-CELADE, 2001.

Gráfico 8

AMÉRICA LATINA: ESTRUCTURA DE LA FECUNDIDAD EN PAÍSES SELECCIONADOS, 1995-2000



Fuente: CEPAL-CELADE, 2001.

Como consecuencia de la concentración de la fecundidad en las edades jóvenes, la edad media de la fecundidad (es decir la edad promedio a la que las mujeres tienen sus hijos, en ausencia de mortalidad y del efecto de la estructura por edades) ha disminuido en la región particularmente en Brasil y República Dominicana (3,7 y 3,2 años, respectivamente). Pero también en Cuba, Chile y Colombia (2,6 años). En Panamá, Costa Rica, Venezuela, Ecuador, Bolivia, Honduras, Nicaragua y Haití bajó entre 1,1 y 1,8 años; en cambio en Argentina, Uruguay y Guatemala lo hizo en medio año (ver cuadro 3).

Cuadro 3
AMÉRICA LATINA: EVOLUCIÓN DE LA EDAD MEDIA DE LA FECUNDIDAD, 1950-2000

País	1950-1955	1995-2000	Disminución	País	1950-1955	1995-2000	Disminución
Región	29,6	27,2	2,4				
Cuba	28,1	25,2	2,9	R. Dominicana	29,1	25,9	3,2
Uruguay	27,8	27,2	0,6	Ecuador	29,6	28,5	1,1
Brasil	30,2	26,5	3,7	El Salvador	28,4	27,5	0,9
México	29,6	27,5	2,1	Perú	29,9	28,1	1,8
Chile	29,7	27,1	2,6	Bolivia	30,4	29,1	1,3
Argentina	28,3	27,5	0,8	Paraguay	30,1	29,1	1,0
Panamá	28,3	26,8	1,5	Honduras	29,4	28,2	1,2
Colombia	29,6	27,0	2,6	Nicaragua	28,9	27,4	1,5
Costa Rica	29,0	27,2	1,8	Haití	31,6	30,2	1,4
Venezuela	28,7	27,0	1,7	Guatemala	29,0	28,4	0,6

Fuente: CEPAL-CELADE, 2001.

Esto revela un patrón reproductivo en América Latina que responde, entre otras cosas, a otro de nupcialidad y de nacimiento del primer hijo a edades relativamente tempranas, patrón que ha permanecido secularmente invariable en la región, y que inclusive parece haberse vuelto ligeramente más joven en algunos grupos sociales dentro de ciertos países. Tal es el caso de la población menos educada, indígena y rural, por ejemplo.

Con información de las últimas encuestas demográficas para la cohorte de mujeres de 25 a 49 años se tiene que en promedio, la mitad de quienes tienen experiencia sexual tuvo su primera relación entre los 18 y los 19 años. Igualmente, entre mediados de 1980 y el 2000 la edad a la cual la mitad de las mujeres se unió por primera vez fluctuaba entre 19 y 21,5 años. Estas edades permanecieron invariables en Bolivia y Brasil; aumentaron ligeramente en Colombia, Guatemala, República Dominicana y Perú y disminuyeron en Haití, como se aprecia en el cuadro 4. Este patrón se diferencia del de países europeos donde las mujeres se unen en pareja después de los 30 años (Naciones Unidas, 1999). Por otro lado, el nacimiento del primer hijo ocurre medio año después de la unión en Bolivia, Colombia y Perú; un año después en Guatemala, y más de un año después, pero menos de dos en Brasil, República Dominicana y Haití.

Cuadro 4

**EDAD MEDIANA A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, A LA PRIMERA UNIÓN
Y AL NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO EN PAÍSES SELECCIONADOS**

País	Año	Edad mediana		
		A la primera relación sexual	A la primera unión	Al primer nacimiento
Bolivia	1989	18,8	20,3	21,0
	1998	18,9	20,9	21,5
Brasil	1986	20,7	21,2	22,5
	1996	19,5	21,1	22,4
Colombia	1986	19,4	20,8	21,5
	2000	19,2	21,5	22,1
República Dominicana	1986	18,2	18,5	20,4
	1996	18,7	19,3	21,1
Guatemala	1987	18,4	18,6	19,9
	1999	18,3	19,3	20,3
Haití	1995	19,0	20,8	22,1
	2000	18,2	20,5	21,9
Perú	1986	18,9	20,5	21,1
	2000	19,0	21,4	21,9

Fuente: Macro Internacional, Inc. Serie de encuestas DHS.

La persistencia de patrones tempranos de inicio de relaciones sexuales, de nupcialidad y de reproducción, se reitera al examinar la información por cohortes, sobre nacimientos antes de los 20 años. La información del cuadro 5 da cuenta de que, entre los países representados, apenas en dos disminuyó el porcentaje de mujeres que dio a luz antes de los 20 años. En México (1987) el 35% de mujeres de 20 a 24 años había tenido un hijo antes de los 20 años; mientras que en la generación de 45 a 49 años el porcentaje era de 43%. En el Perú, el porcentaje de mujeres que antes de los 20 años ya había tenido hijos disminuyó de 35% en la cohorte de mujeres de 45 a 49 años a 30% en la cohorte de 20 a 24 años. Pero el porcentaje de mujeres que son madres antes de los 20 años habría aumentado en Bolivia, Brasil, Paraguay y Guatemala y se habría mantenido constante en Colombia, Ecuador y Nicaragua. Según los datos, hasta hace muy poco, todavía más de la tercera parte de jóvenes que al responder la entrevista tenían entre 20 y 24 años estaban teniendo sus hijos siendo adolescentes, y algunas, siendo púberes.

Cuadro 5

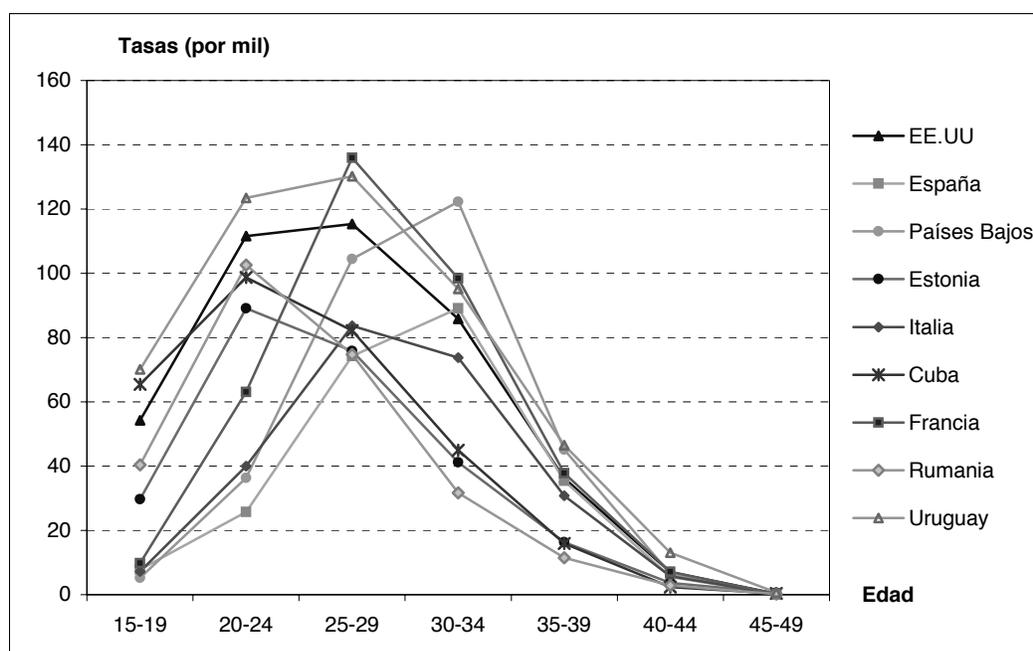
**PORCENTAJE DE MUJERES DE 20 A 24 AÑOS Y DE 45 A 49 AÑOS
QUE TUVIERON SU PRIMER HIJO ANTES DE LOS 20 AÑOS**

País	Año	20-24 años	45-49 años
Bolivia	1998	36,1	31,1
Brasil	1996	32,0	25,9
Colombia	2000	35,5	35,5
Ecuador	1987	35,3	35,7
México	1987	34,8	43,1
Nicaragua	1998	52,3	52,6
Paraguay	1990	37,1	35,4
Guatemala	1999	45,0	41,2
Perú	2000	30,1	35,0

Fuente: Macro International, Inc. Serie de encuestas, DHS.

El comportamiento de la fecundidad por edad en la región y por países se diferencia de la que prevalece en países europeos cuya fecundidad es inferior al reemplazo. En ellos, se descubre una variedad de formas y estilos como se muestra en el gráfico 9 con datos para el quinquenio 1995-2000 publicados por la División de Población de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2001).

Gráfico 9
TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD DE PAÍSES SELECCIONADOS DEL MUNDO
EN EL QUINQUENIO 1995-2000



Fuente: Naciones Unidas, 2001.

- Países Bajos y España con una fecundidad de cúspide muy tardía concentrada en las mujeres de 30 a 34 años. Aparentemente, son los países de fecundidad más tardía del mundo.
- Francia, Estados Unidos, Uruguay e Italia cuya fecundidad es también tardía pero concentrada en el grupo de 25 a 29 años. A diferencia de Francia, en los Estados Unidos y en Uruguay también es significativamente alta la fecundidad de las jóvenes de 20 a 24 años; mientras que en Italia lo es en las mujeres de 30 a 34 años.
- Cuba, Estonia y Rumania con una fecundidad temprana y concentrada en el grupo de 20 a 24 años, pero en los tres la tasa de fecundidad de las adolescentes es elevada.

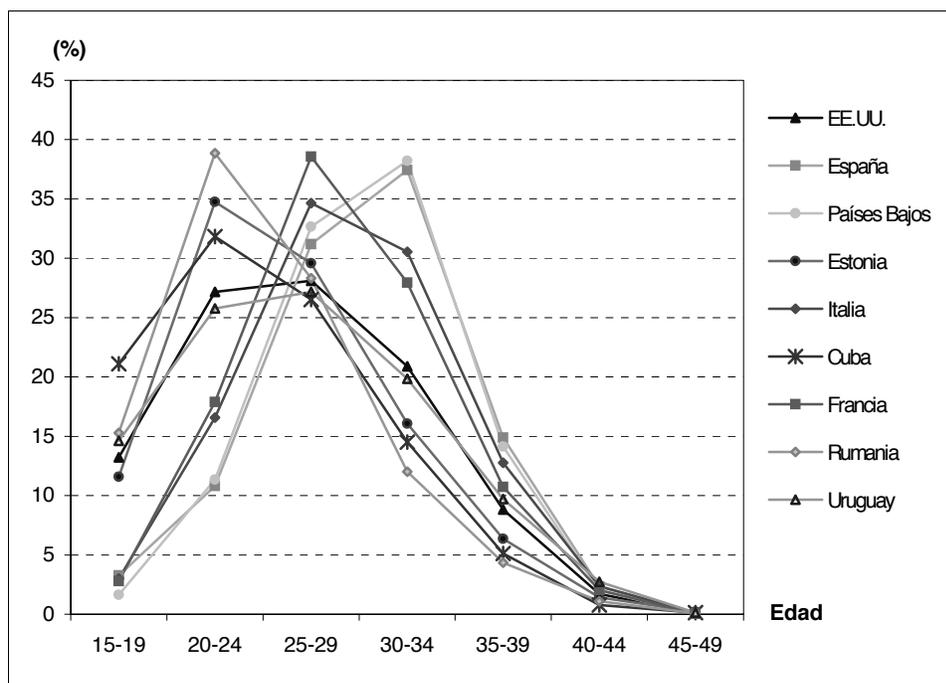
En general, aunque puede no ocurrir, a una disminución de la tasa global de fecundidad corresponde una postergación de la reproducción hasta cuando la mujer está en torno a los 30 años, con lo cual se envejece la edad media de la fecundidad. Esto se debe a un retraso de la edad de ingreso a la unión que obedece entre otros factores, a la mayor permanencia de las mujeres en el sistema educativo formal y a una mayor participación femenina en el mercado laboral. Por ejemplo en Europa la postergación de las nupcias y de la procreación son importantes y eso se manifiesta en el hecho que la mayoría de países tiene una fecundidad de cúspide tardía, excepto algunos de Europa oriental (como Belarus, Bulgaria, Eslovaquia y la Federación Rusa, por ejemplo) y un par de Europa septentrional (Letonia y Lituania), a juzgar por las proyecciones de población de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2001).

La estructura de la fecundidad que se ofrece en el gráfico 10 permite apreciar claramente la pluralidad de formas descrita en la sección anterior:

- Países Bajos y España con una cúspide muy tardía donde el aporte de las mujeres de 30 a 34 años es el 38% en los dos países y el de las adolescentes es apenas el 1,6% en el primero y el 3,3% en el segundo.
- Francia e Italia igualmente con una cúspide tardía pero con un valor modal máximo en el grupo de 25 a 29 años que contribuye a la fecundidad total de esos países con el 35% y 38%, respectivamente Estados Unidos y Uruguay también tienen una estructura de cúspide tardía concentrada entre los 25 y 29 años, con la particularidad que las mujeres de 20 a 24 años aportan a la fecundidad total con un porcentaje significativo de nacimientos que se estima en 27% .
- Cuba, Estonia y Rumania cuyas respectivas estructuras son más bien tempranas con una concentración relativa de la fecundidad en el grupo de 20 a 24 años que aporta a la fecundidad total de esos países entre el 32% en Cuba y el 39% en Rumania. En este último, las mujeres hasta los 24 años contribuían con el 55% a la fecundidad total de ese país.

Todo parece indicar que en América Latina, la permanencia de patrones tempranos de inicio de relaciones sexuales, de unión y de nacimiento del primer hijo definirán en el futuro una cúspide de las tasas y de la estructura de la fecundidad concentrada en las mujeres de 20 a 24 años. Pero será también importante el aporte de las mujeres de 25 a 29 años de forma tal que la forma de la fecundidad probablemente se parezca a la que actualmente tienen Cuba y Estonia.

Gráfico 10
ESTRUCTURA DE LA FECUNDIDAD POR EDAD DE PAÍSES SELECCIONADOS DEL MUNDO EN EL QUINQUENIO 1995-2000



Fuente: Naciones Unidas (2001).

Bibliografía

- CEPAL-CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe–Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2002), *Boletín Demográfico N° 69. América Latina y el Caribe: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050*, enero.
- ____ (2001), *Boletín Demográfico N° 68. América Latina: Fecundidad 1950-2050*, julio.
- Naciones Unidas (2001), *World Population Prospects: The 2000 Revision. Volume I, Comprehensive Tables. Table A-24*, Department of Economic and Social Affairs Population Division., New York.
- ____ (2001a), *World Contraceptive Use*, Department of Economic and Social Affairs Population Division, New York.
- ____ (1999), “Fecundidad por debajo del nivel de reemplazo”, *Boletín de Población de las Naciones Unidas, Edición Especial N° 40/41*.
- Population Reference Bureau (PRB) (2002), *Planificación Familiar a Nivel Mundial*, Cuadro de Datos de 2002, noviembre.

Anexo

Tabla 1

**AMÉRICA LATINA: TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD,
POR PAÍSES, 1950-2000**

Países y quinquenios	Tasas de fecundidad por edad							TGF
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Argentina								
1950 - 1955	62,4	160,3	172,4	128,0	75,6	25,6	6,5	3,2
1960 - 1965	61,1	157,1	168,8	125,4	74,0	25,1	6,4	3,1
1970 - 1975	68,3	162,7	171,5	124,3	72,2	24,5	5,6	3,1
1980 - 1985	74,2	163,8	171,1	124,4	69,6	22,8	4,1	3,2
1990 - 1995	69,7	146,9	154,0	112,6	60,8	19,1	2,5	2,8
1995 - 2000	64,8	138,6	143,9	103,3	54,5	16,6	2,1	2,6
Bolivia								
1950 - 1955	99,5	274,7	307,4	281,1	221,8	119,6	45,9	6,8
1960 - 1965	97,2	273,7	305,4	276,7	215,7	114,4	42,9	6,6
1970 - 1975	94,7	272,0	302,9	272,0	209,3	109,2	39,9	6,5
1980 - 1985	86,2	239,5	255,5	213,5	156,0	81,8	27,5	5,3
1990 - 1995	82,4	227,7	236,7	189,3	132,5	69,8	21,6	4,8
1995 - 2000	79,2	214,9	217,3	169,2	115,3	59,0	17,5	4,4
Brasil								
1950 - 1955	82,5	263,5	302,4	250,6	189,2	97,8	44,1	6,2
1960 - 1965	82,5	263,5	302,4	250,6	189,2	97,8	44,1	6,2
1970 - 1975	68,3	212,1	239,9	195,7	140,2	68,5	18,8	4,7
1980 - 1985	66,5	186,9	193,4	141,3	88,8	39,6	8,8	3,6
1990 - 1995	82,4	147,2	127,3	80,9	44,6	16,9	2,4	2,5
1995 - 2000	71,9	138,0	119,0	73,4	37,0	12,5	2,2	2,3
Chile								
1950 - 1955	80,0	215,0	245,0	210,0	145,0	75,0	20,0	5,0
1960 - 1965	85,3	240,0	260,3	232,5	157,8	67,0	13,1	5,3
1970 - 1975	84,1	196,1	181,8	137,0	81,1	38,8	7,1	3,6
1980 - 1985	64,0	150,3	145,0	98,6	53,5	18,1	2,4	2,7
1990 - 1995	55,7	149,1	148,0	95,3	46,5	12,0	1,0	2,5
1995 - 2000	49,0	148,5	147,4	90,9	41,6	9,8	0,7	2,4
Colombia								
1950 - 1955	128,0	287,0	323,0	280,0	214,0	92,0	28,0	6,8
1960 - 1965	128,0	287,0	323,0	280,0	214,0	92,0	28,0	6,8
1970 - 1975	89,9	230,4	238,3	200,3	144,1	74,7	22,4	5,0
1980 - 1985	68,3	181,8	191,3	139,1	88,0	51,0	17,5	3,7
1990 - 1995	99,6	173,8	144,3	99,3	58,6	23,2	4,1	3,0
1995 - 2000	87,6	163,1	136,9	92,1	54,9	21,8	4,0	2,8
Costa Rica								
1950 - 1955	119,2	333,9	330,6	260,5	202,9	82,8	14,8	6,7
1960 - 1965	114,8	332,6	342,5	275,8	219,0	89,3	15,9	6,9
1970 - 1975	105,8	222,6	199,5	156,1	117,7	55,5	9,8	4,3
1980 - 1985	98,3	194,1	174,8	126,0	75,9	27,5	3,7	3,5
1990 - 1995	89,0	165,7	148,2	108,5	64,7	21,8	2,3	3,0
1995 - 2000	84,6	157,7	139,9	101,4	59,8	19,8	2,0	2,8

(continúa)

Tabla 1 (continuación)

Países y quinquenios	Tasas de fecundidad por edad							TGF
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Cuba								
1950 - 1955	66,8	233,6	231,4	157,9	89,8	32,7	7,2	4,1
1960 - 1965	119,7	266,4	237,9	164,8	100,9	36,3	8,0	4,7
1970 - 1975	140,7	194,6	165,0	110,7	66,6	26,6	5,1	3,5
1980 - 1985	84,8	120,0	90,8	48,3	17,8	3,3	1,2	1,8
1990 - 1995	67,2	101,2	85,1	47,2	16,9	2,6	0,4	1,6
1995 - 2000	65,4	98,7	82,2	45,0	15,9	2,4	0,4	1,6
Ecuador								
1950 - 1955	135,6	285,6	310,0	269,7	206,5	102,0	30,6	6,7
1960 - 1965	135,6	285,6	310,0	269,7	206,5	102,0	30,6	6,7
1970 - 1975	120,0	264,8	280,7	240,5	178,6	90,2	25,3	6,0
1980 - 1985	99,9	223,1	223,4	182,0	129,2	65,0	17,5	4,7
1990 - 1995	79,4	175,5	169,0	132,4	90,6	44,8	11,5	3,5
1995 - 2000	71,9	156,9	149,2	115,7	78,4	38,3	9,7	3,1
El Salvador								
1950 - 1955	141,8	314,0	332,0	262,8	162,2	63,5	15,2	6,5
1960 - 1965	165,4	320,7	320,6	271,0	177,9	97,2	16,6	6,8
1970 - 1975	150,6	299,2	288,7	233,7	152,8	80,7	14,2	6,1
1980 - 1985	129,6	236,3	207,4	157,2	106,5	51,9	11,1	4,5
1990 - 1995	110,6	192,2	165,5	115,9	75,3	33,8	10,7	3,5
1995 - 2000	95,2	174,1	151,3	105,5	69,0	30,8	8,1	3,2
Guatemala								
1950 - 1955	173,9	313,4	320,9	280,2	208,9	93,4	27,4	7,1
1960 - 1965	161,4	315,0	315,3	263,9	202,6	89,0	22,7	6,8
1970 - 1975	143,0	304,1	300,6	256,4	183,7	84,0	18,2	6,5
1980 - 1985	141,9	293,6	292,5	247,9	176,3	81,1	16,8	6,3
1990 - 1995	126,4	268,3	254,5	209,7	144,6	63,3	13,2	5,4
1995 - 2000	119,3	249,7	233,0	189,0	128,2	55,0	11,2	4,9
Haití								
1950 - 1955	76,8	206,6	283,6	273,4	216,7	132,4	70,5	6,3
1960 - 1965	76,8	206,6	283,6	273,4	216,7	132,4	70,5	6,3
1970 - 1975	65,7	202,8	265,0	248,8	194,7	119,8	55,3	5,8
1980 - 1985	90,0	212,0	290,0	285,0	222,0	133,0	10,0	6,2
1990 - 1995	76,0	179,0	233,0	206,0	166,0	78,0	19,0	4,8
1995 - 2000	70,1	164,5	213,5	188,4	151,5	71,1	17,3	4,4
Honduras								
1950 - 1955	160,5	323,7	340,3	304,3	225,0	123,0	22,6	7,5
1960 - 1965	158,7	320,4	336,8	301,2	222,6	121,6	22,3	7,4
1970 - 1975	150,8	304,6	320,2	286,2	211,5	115,6	21,1	7,1

(continúa)

Tabla 1 (continuación)

Países y quinquenios	Tasas de fecundidad por edad							TGF
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Honduras								
1980 - 1985	140,0	281,5	269,5	231,7	167,3	91,8	18,1	6,0
1990 - 1995	126,5	252,2	219,1	178,9	124,5	67,7	14,3	4,9
1995 - 2000	114,6	226,2	192,7	154,3	105,2	55,8	11,3	4,3
México								
1950 - 1955	117,3	305,6	328,2	291,6	203,4	101,6	26,6	6,9
1960 - 1965	118,2	301,7	333,3	286,4	202,8	97,8	24,5	6,8
1970 - 1975	116,3	293,3	319,9	271,5	190,8	90,4	22,4	6,5
1980 - 1985	94,8	218,6	215,4	163,1	106,2	40,4	8,9	4,2
1990 - 1995	76,6	171,3	161,1	115,2	71,5	23,6	4,7	3,1
1995 - 2000	69,5	154,0	142,3	100,0	60,8	19,6	3,8	2,8
Nicaragua								
1950 - 1955	168,0	348,1	350,8	268,9	207,8	94,0	28,4	7,3
1960 - 1965	168,0	348,1	350,8	268,9	207,8	94,0	28,4	7,3
1970 - 1975	157,9	339,2	334,1	246,5	181,6	77,3	21,3	6,8
1980 - 1985	163,3	319,2	298,1	219,4	155,4	68,1	16,6	6,2
1990 - 1995	167,6	246,0	210,9	165,1	107,4	52,0	14,0	4,8
1995 - 2000	156,5	221,7	190,5	144,2	100,2	41,4	10,1	4,3
Panamá								
1950 - 1955	145,4	282,9	278,3	207,9	136,3	62,5	22,7	5,7
1960 - 1965	144,8	300,7	292,3	218,4	146,0	62,9	17,9	5,9
1970 - 1975	134,6	271,3	243,1	175,6	112,9	40,5	9,0	4,9
1980 - 1985	107,7	202,2	172,9	118,4	68,3	27,2	6,3	3,5
1990 - 1995	90,7	166,9	147,3	98,3	51,2	18,2	4,3	2,9
1995 - 2000	82,0	154,8	135,4	88,7	45,1	15,6	3,5	2,6
Paraguay								
1950 - 1955	97,0	282,1	305,1	267,0	205,8	109,1	33,9	6,5
1960 - 1965	98,9	284,2	299,8	269,4	207,0	118,4	32,3	6,6
1970 - 1975	95,8	256,5	259,5	226,9	170,5	95,5	25,4	5,7
1980 - 1985	93,6	242,8	241,3	208,4	155,1	86,1	22,7	5,3
1990 - 1995	86,7	211,9	208,8	186,6	135,5	66,6	13,9	4,6
1995 - 2000	76,0	201,1	198,0	172,2	119,9	55,5	10,5	4,2
Perú								
1950 - 1955	129,9	282,9	317,3	277,5	204,7	113,0	45,3	6,9
1960 - 1965	129,9	282,9	317,3	277,5	204,7	113,0	45,3	6,9
1970 - 1975	86,3	246,7	292,2	265,8	201,2	88,6	19,2	6,0
1980 - 1985	74,1	204,4	224,6	191,3	145,8	73,1	16,7	4,7
1990 - 1995	70,7	179,9	180,0	147,5	104,4	47,7	9,8	3,7
1995 - 2000	82,6	160,6	156,2	118,4	82,6	34,6	5,0	3,2

(continúa)

Tabla 1 (conclusión)

Países y quinquenios	Tasas de fecundidad por edad							TGF
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
República Dominicana								
1950 - 1955	165,9	335,2	339,7	299,8	210,5	107,2	21,8	7,4
1960 - 1965	164,2	331,8	336,1	296,7	208,5	105,6	21,7	7,3
1970 - 1975	116,7	282,1	262,3	226,0	159,4	65,3	13,6	5,6
1980 - 1985	118,7	214,3	200,0	156,4	106,9	46,3	5,5	4,2
1990 - 1995	102,6	202,8	159,5	99,3	51,5	15,3	1,0	3,2
1995 - 2000	96,9	194,4	145,7	85,6	41,5	11,3	0,6	2,9
Uruguay								
1950 - 1955	59,5	150,2	148,0	104,3	60,1	20,2	3,8	2,7
1960 - 1965	63,2	159,5	157,2	110,8	63,8	21,5	4,1	2,9
1970 - 1975	65,4	165,0	162,6	114,6	66,0	22,2	4,2	3,0
1980 - 1985	62,6	139,5	140,1	98,6	54,4	17,4	1,4	2,6
1990 - 1995	70,5	123,4	133,7	101,4	51,9	15,5	0,9	2,5
1995 - 2000	70,1	123,5	130,2	95,1	46,5	13,1	0,7	2,4
Venezuela								
1950 - 1955	126,8	327,9	322,0	243,2	177,5	76,1	18,2	6,5
1960 - 1965	133,0	337,1	330,6	251,5	182,5	78,1	18,6	6,7
1970 - 1975	102,6	239,9	243,7	195,1	137,9	56,9	12,1	4,9
1980 - 1985	101,0	206,0	194,3	147,1	93,2	40,5	9,3	4,0
1990 - 1995	101,4	181,1	161,6	115,7	67,9	25,5	5,7	3,3
1995 - 2000	98,2	167,9	145,1	101,4	58,2	21,3	4,6	3,0

Fuente: CEPAL-CELADE, Boletín Demográfico N° 68, julio, 2001.

Tabla 2

**AMÉRICA LATINA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS TASAS DE
FECUNDIDAD POR EDAD, POR PAÍSES, 1950-2000**

Países y quinquenios	Estructura de la fecundidad por edad							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Argentina								
1950 - 1955	9,9	25,4	27,3	20,3	12,0	4,1	1,0	100,0
1960 - 1965	9,9	25,4	27,3	20,3	12,0	4,1	1,0	100,0
1970 - 1975	10,9	25,9	27,3	19,8	11,5	3,9	0,9	100,0
1980 - 1985	11,8	26,0	27,2	19,7	11,0	3,6	0,7	100,0
1990 - 1995	12,3	26,0	27,2	19,9	10,7	3,4	0,4	100,0
1995 - 2000	12,4	26,5	27,5	19,7	10,4	3,2	0,4	100,0
Bolivia								
1950 - 1955	7,4	20,3	22,8	20,8	16,4	8,9	3,4	100,0
1960 - 1965	7,3	20,6	23,0	20,9	16,3	8,6	3,2	100,0
1970 - 1975	7,3	20,9	23,3	20,9	16,1	8,4	3,1	100,0
1980 - 1985	8,1	22,6	24,1	20,1	14,7	7,7	2,6	100,0
1990 - 1995	8,6	23,7	24,7	19,7	13,8	7,3	2,3	100,0
1995 - 2000	9,1	24,6	24,9	19,4	13,2	6,8	2,0	100,0
Brasil								
1950 - 1955	6,7	21,4	24,6	20,4	15,4	8,0	3,6	100,0
1960 - 1965	6,7	21,4	24,6	20,4	15,4	8,0	3,6	100,0
1970 - 1975	7,2	22,5	25,4	20,7	14,9	7,3	2,0	100,0
1980 - 1985	9,2	25,8	26,7	19,5	12,2	5,5	1,2	100,0
1990 - 1995	16,4	29,3	25,4	16,1	8,9	3,4	0,5	100,0
1995 - 2000	15,8	30,4	26,2	16,2	8,1	2,8	0,5	100,0
Chile								
1950 - 1955	8,1	21,7	24,7	21,2	14,6	7,6	2,0	100,0
1960 - 1965	8,1	22,7	24,6	22,0	14,9	6,3	1,2	100,0
1970 - 1975	11,6	27,0	25,0	18,9	11,2	5,3	1,0	100,0
1980 - 1985	12,0	28,3	27,3	18,5	10,1	3,4	0,5	100,0
1990 - 1995	11,0	29,4	29,2	18,8	9,2	2,4	0,2	100,0
1995 - 2000	10,0	30,4	30,2	18,6	8,5	2,0	0,1	100,0
Colombia								
1950 - 1955	9,5	21,2	23,9	20,7	15,8	6,8	2,1	100,0
1960 - 1965	9,5	21,2	23,9	20,7	15,8	6,8	2,1	100,0
1970 - 1975	9,0	23,0	23,8	20,0	14,4	7,5	2,2	100,0
1980 - 1985	9,3	24,7	26,0	18,9	11,9	6,9	2,4	100,0
1990 - 1995	16,5	28,8	23,9	16,5	9,7	3,8	0,7	100,0
1995 - 2000	15,6	29,1	24,4	16,4	9,8	3,9	0,7	100,0
Costa Rica								
1950 - 1955	8,9	24,8	24,6	19,4	15,1	6,2	1,1	100,0
1960 - 1965	8,3	23,9	24,6	19,8	15,8	6,4	1,1	100,0

(continúa)

Tabla 2 (continuación)

Países y quinquenios	Estructura de la fecundidad por edad							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Costa Rica								
1970 - 1975	12,2	25,7	23,0	18,0	13,6	6,4	1,1	100,0
1980 - 1985	14,0	27,7	25,0	18,0	10,8	3,9	0,5	100,0
1990 - 1995	14,8	27,6	24,7	18,1	10,8	3,6	0,4	100,0
1995 - 2000	15,0	27,9	24,8	17,9	10,6	3,5	0,4	100,0
Cuba								
1950 - 1955	8,2	28,5	28,2	19,3	11,0	4,0	0,9	100,0
1960 - 1965	12,8	28,5	25,5	17,6	10,8	3,9	0,9	100,0
1970 - 1975	19,8	27,4	23,3	15,6	9,4	3,8	0,7	100,0
1980 - 1985	23,2	32,8	24,8	13,2	4,9	0,9	0,3	100,0
1990 - 1995	21,0	31,6	26,5	14,7	5,3	0,8	0,1	100,0
1995 - 2000	21,1	31,8	26,5	14,5	5,1	0,8	0,1	100,0
Ecuador								
1950 - 1955	10,1	21,3	23,1	20,1	15,4	7,6	2,3	100,0
1960 - 1965	10,1	21,3	23,1	20,1	15,4	7,6	2,3	100,0
1970 - 1975	10,0	22,1	23,4	20,0	14,9	7,5	2,1	100,0
1980 - 1985	10,6	23,7	23,8	19,4	13,7	6,9	1,9	100,0
1990 - 1995	11,3	25,0	24,0	18,8	12,9	6,4	1,6	100,0
1995 - 2000	11,6	25,3	24,1	18,7	12,6	6,2	1,6	100,0
El Salvador								
1950 - 1955	11,0	24,3	25,7	20,3	12,6	4,9	1,2	100,0
1960 - 1965	12,1	23,4	23,4	19,8	13,0	7,1	1,2	100,0
1970 - 1975	12,3	24,5	23,7	19,2	12,5	6,6	1,2	100,0
1980 - 1985	14,4	26,3	23,0	17,5	11,8	5,8	1,2	100,0
1990 - 1995	15,7	27,3	23,5	16,5	10,7	4,8	1,5	100,0
1995 - 2000	15,0	27,5	23,9	16,6	10,9	4,9	1,3	100,0
Guatemala								
1950 - 1955	12,3	22,1	22,6	19,8	14,7	6,6	1,9	100,0
1960 - 1965	11,8	23,0	23,0	19,3	14,8	6,5	1,7	100,0
1970 - 1975	11,1	23,6	23,3	19,9	14,2	6,5	1,4	100,0
1980 - 1985	11,4	23,5	23,4	19,8	14,1	6,5	1,3	100,0
1990 - 1995	11,7	24,8	23,6	19,4	13,4	5,9	1,2	100,0
1995 - 2000	12,1	25,3	23,6	19,2	13,0	5,6	1,1	100,0
Haití								
1950 - 1955	6,1	16,4	22,5	21,7	17,2	10,5	5,6	100,0
1960 - 1965	6,1	16,4	22,5	21,7	17,2	10,5	5,6	100,0
1970 - 1975	5,7	17,6	23,0	21,6	16,9	10,4	4,8	100,0
1980 - 1985	7,2	17,1	23,3	22,9	17,9	10,7	0,8	100,0
1990 - 1995	7,9	18,7	24,3	21,5	17,3	8,2	2,0	100,0
1995 - 2000	8,0	18,8	24,4	21,5	17,3	8,1	2,0	100,0

(continúa)

Tabla 2 (continuación)

Países y quinquenios	Estructura de la fecundidad por edad							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Honduras								
1950 - 1955	10,7	21,6	22,7	20,3	15,0	8,2	1,5	100,0
1960 - 1965	10,7	21,6	22,7	20,3	15,0	8,2	1,5	100,0
1970 - 1975	10,7	21,6	22,7	20,3	15,0	8,2	1,5	100,0
1980 - 1985	11,7	23,5	22,5	19,3	13,9	7,7	1,5	100,0
1990 - 1995	12,9	25,7	22,3	18,2	12,7	6,9	1,5	100,0
1995 - 2000	13,3	26,3	22,4	17,9	12,2	6,5	1,3	100,0
México								
1950 - 1955	8,5	22,2	23,9	21,2	14,8	7,4	1,9	100,0
1960 - 1965	8,7	22,1	24,4	21,0	14,9	7,2	1,8	100,0
1970 - 1975	8,9	22,5	24,5	20,8	14,6	6,9	1,7	100,0
1980 - 1985	11,2	25,8	25,4	19,2	12,5	4,8	1,1	100,0
1990 - 1995	12,3	27,5	25,8	18,5	11,5	3,8	0,8	100,0
1995 - 2000	12,6	28,0	25,9	18,2	11,1	3,6	0,7	100,0
Nicaragua								
1950 - 1955	11,5	23,7	23,9	18,3	14,2	6,4	1,9	100,0
1960 - 1965	11,5	23,7	23,9	18,3	14,2	6,4	1,9	100,0
1970 - 1975	11,6	25,0	24,6	18,2	13,4	5,7	1,6	100,0
1980 - 1985	13,2	25,7	24,0	17,7	12,5	5,5	1,3	100,0
1990 - 1995	17,4	25,5	21,9	17,1	11,2	5,4	1,5	100,0
1995 - 2000	18,1	25,6	22,0	16,7	11,6	4,8	1,2	100,0
Panamá								
1950 - 1955	12,8	24,9	24,5	18,3	12,0	5,5	2,0	100,0
1960 - 1965	12,2	25,4	24,7	18,5	12,3	5,3	1,5	100,0
1970 - 1975	13,6	27,5	24,6	17,8	11,4	4,1	0,9	100,0
1980 - 1985	15,3	28,8	24,6	16,8	9,7	3,9	0,9	100,0
1990 - 1995	15,7	28,9	25,5	17,0	8,9	3,2	0,7	100,0
1995 - 2000	15,6	29,5	25,8	16,9	8,6	3,0	0,7	100,0
Paraguay								
1950 - 1955	7,5	21,7	23,5	20,5	15,8	8,4	2,6	100,0
1960 - 1965	7,5	21,7	22,9	20,6	15,8	9,0	2,5	100,0
1970 - 1975	8,5	22,7	23,0	20,1	15,1	8,5	2,2	100,0
1980 - 1985	8,9	23,1	23,0	19,8	14,8	8,2	2,2	100,0
1990 - 1995	9,5	23,3	22,9	20,5	14,9	7,3	1,5	100,0
1995 - 2000	9,1	24,1	23,8	20,7	14,4	6,7	1,3	100,0
Perú								
1950 - 1955	9,5	20,6	23,2	20,2	14,9	8,2	3,3	100,0
1960 - 1965	9,5	20,6	23,2	20,2	14,9	8,2	3,3	100,0
1970 - 1975	7,2	20,6	24,4	22,2	16,8	7,4	1,6	100,0
1980 - 1985	8,0	22,0	24,2	20,6	15,7	7,9	1,8	100,0
1990 - 1995	9,6	24,3	24,3	19,9	14,1	6,4	1,3	100,0
1995 - 2000	12,9	25,1	24,4	18,5	12,9	5,4	0,8	100,0

(continúa)

Tabla 2 (conclusión)

Países y quinquenios	Estructura de la fecundidad por edad							Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
República Dominicana								
1950 - 1955	11,2	22,6	23,0	20,3	14,2	7,2	1,5	100,0
1960 - 1965	11,2	22,7	22,9	20,3	14,2	7,2	1,5	100,0
1970 - 1975	10,4	25,1	23,3	20,1	14,2	5,8	1,2	100,0
1980 - 1985	14,0	25,3	23,6	18,4	12,6	5,5	0,6	100,0
1990 - 1995	16,2	32,1	25,2	15,7	8,1	2,4	0,2	100,0
1995 - 2000	16,8	33,8	25,3	14,9	7,2	2,0	0,1	100,0
Uruguay								
1950 - 1955	10,9	27,5	27,1	19,1	11,0	3,7	0,7	100,0
1960 - 1965	10,9	27,5	27,1	19,1	11,0	3,7	0,7	100,0
1970 - 1975	10,9	27,5	27,1	19,1	11,0	3,7	0,7	100,0
1980 - 1985	12,2	27,1	27,3	19,2	10,6	3,4	0,3	100,0
1990 - 1995	14,2	24,8	26,9	20,4	10,4	3,1	0,2	100,0
1995 - 2000	14,6	25,8	27,2	19,8	9,7	2,7	0,1	100,0
Venezuela								
1950 - 1955	9,8	25,4	24,9	18,8	13,7	5,9	1,4	100,0
1960 - 1965	10,0	25,3	24,8	18,9	13,7	5,9	1,4	100,0
1970 - 1975	10,4	24,3	24,7	19,7	14,0	5,8	1,2	100,0
1980 - 1985	12,8	26,0	24,6	18,6	11,8	5,1	1,2	100,0
1990 - 1995	15,4	27,5	24,5	17,6	10,3	3,9	0,9	100,0
1995 - 2000	16,5	28,1	24,3	17,0	9,8	3,6	0,8	100,0

Fuente: CEPAL-CELADE, Boletín Demográfico N° 68, julio, 2001.

Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina

*Edith Alejandra Pantelides*⁴³

I. Introducción

Podemos ubicar en la década de 1970 el gran impulso a las investigaciones, tanto de orientación biomédica como social, sobre fecundidad y embarazo adolescente. La ola comienza en los países desarrollados, sobre todo en Estados Unidos, llega a nuestra región alrededor de una década más tarde, y toma impulso definitivo hacia fines de esa década. El surgimiento del interés por el tema en ese momento histórico fue justificado de diversas maneras. Veamos algunas de las más mencionadas.

En primer lugar, las tasas de fecundidad entre las menores de 20 años eran consideradas altas y vistas como un problema social e individual, sin entrar en consideraciones sobre las diferencias culturales (hay sociedades en las que la maternidad a edad temprana es la norma aceptada e incluso alentada)⁴⁴ ni de ciclo vital (muchas adolescentes madres están en uniones estables y el tener hijos es lo esperado y deseado).

⁴³ Investigadora independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas – CONICET e investigadora titular del Centro de Estudios de Población – CENEP, Argentina.

⁴⁴ Véase Furstenberg Jr. (1998) sobre cuándo la maternidad adolescente se transforma en un problema.

En segundo lugar, la preocupación se justificaba por el aumento de la fecundidad adolescente. Los datos, sin embargo, no daban sustento a este argumento, ya fuera por ausencia o porque indicaban estabilidad o tendencias contrarias a las postuladas (CEPAL/CELADE, 2002; Luker, 1997, p.11; Naciones Unidas, varios años).

También se señalaba el riesgo para la vida y la salud que, para la madre y el hijo, provendría de una maternidad temprana. Sin embargo, ya a fines de la década de los 70 había investigaciones que evidenciaban que los riesgos de salud para la madre adolescente y el hijo provenían en gran medida de la falta de cuidados médicos y de deficiencias nutricionales debidas a su situación económica (las madres adolescentes eran mayoritariamente pobres) o al descuido de la propia salud y no a la edad de las madres en sí misma (Baldwin y Caine, 1980; Griffiths, 1977; Hollingsworth, Kotchen y Felice, 1982; Makinson, 1985; McAnarney y otros, 1978; Menken, 1980).⁴⁵ Una compilación reciente de los estudios realizados en México sobre parturientas adolescentes tampoco muestra que éstas corran riesgos importantes o significativamente superiores a los de las adultas (Román Pérez y otros, 2001).

La preocupación por la fecundidad adolescente también se fundamentaba en las desventajas que, para la madre y el hijo, provenían de ser una madre soltera. Sin embargo, en muchas sociedades, la mayor parte de las madres adolescentes son casadas o unidas consensualmente al momento de tener el hijo, aunque a menudo la unión o casamiento son posteriores al embarazo, pero anteriores al nacimiento (Añaños, 1993, p.4; Pantelides, 1995, p.17; Singh y Wulf, 1990, pp.62-64).

Finalmente se sostenía que convertirse en madre en la adolescencia conducía a un menor nivel de educación y de estatus socioeconómico en general (Hayes, 1987, p.123), argumento relacionado con el que afirma que la maternidad temprana es un mecanismo de transmisión de la pobreza (Buvinic y otros, 1992). Sin embargo, la evidencia puede ser leída en forma inversa: es la pobreza la que perpetúa situaciones que llevan al embarazo en la adolescencia. Dicho en forma más general, serían las condiciones socioeconómicas preexistentes las que explicarían por qué algunas adolescentes se convierten en madres y otras no (Geronimus y Korenman, 1992; Luker, 1997; Stern, 1997).⁴⁶

Si la fecundidad adolescente no estaba aumentando, si los riesgos de salud no eran una consecuencia del estado de adolescencia y si las carencias educacionales y económicas no eran —al menos no en gran medida— un resultado de la maternidad temprana ¿qué otros factores explican la preocupación?⁴⁷ La respuesta no es sencilla, pero podemos sugerir algunos de sus componentes, aunque no podamos estimar su orden de importancia. En primer lugar, y desde un punto de vista que podríamos llamar “demográfico”, la proporción de nacimientos provenientes de madres adolescentes ha ido en aumento, en general no por un aumento de las tasas de fecundidad en esas edades sino porque la fecundidad de las menores de 20 años disminuyó relativamente menos que la de las mujeres de las demás edades (Ferrando, 2003). También han ido en aumento en muchos países el número de nacimientos de madres adolescentes, nuevamente no por el aumento de las tasas sino porque tasas estancadas o en descenso lento se han combinado con cohortes de tamaño creciente. Ello ha dado lugar a la impresión, especialmente entre los profesionales de los servicios públicos de salud que son quienes atienden el grueso de los nacimientos en edades tempranas, de que es la fecundidad adolescente la que está aumentando ya que advierten que están atendiendo a más madres de esas edades. En segundo lugar, como consecuencia en gran medida del avance de los movimientos feministas, se instala la preocupación de que las mujeres que así lo deseen tengan la oportunidad de trabajar, estudiar o disfrutar de una vida que incluya otros objetivos y actividades

⁴⁵ Citados en Hayes (1987).

⁴⁶ Un excelente trabajo de Ralph Hakkert (2001) examina en detalle la evidencia sobre consecuencias de todo tipo de la maternidad temprana para la madre adolescente y su hijo.

⁴⁷ Para un análisis muy agudo y bien documentado de los factores que explican la preocupación por la fecundidad adolescente en Estados Unidos, ver Luker (1997). Para el caso de México, Stern (1997).

además de —o en lugar de— la maternidad. Tener un hijo a edad temprana sin duda conspira contra la realización de ese tipo de objetivos. Finalmente, puede tratarse también de una reacción frente a un ejercicio de la sexualidad, que además es femenina y joven, que parece haber escapado al control social.

II. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente

En este trabajo examinaremos aquellos aspectos sociales que con mayor frecuencia se han identificado como estableciendo diferencias en la frecuencia de ocurrencia de la fecundidad en la adolescencia. Se trata sobre todo de una revisión —sin duda parcial— de la literatura sobre el tema y no incluye información original ni una reelaboración de datos secundarios.⁴⁸

Si bien el título anuncia un interés tanto en el embarazo como en la fecundidad, la información que se posee sobre embarazo es escasa. Por un lado, el embarazo no se registra en forma sistemática. Por otro, aunque en algunas encuestas se ha preguntado por embarazos, no hemos encontrado mayor elaboración de los resultados en relación con variables socio-demográficas. Por ello, nos concentraremos en los aspectos sociales de la fecundidad y de sus determinantes próximos, en particular la edad a la iniciación sexual y el uso de métodos de prevención de embarazos. Cuando la investigación existente lo permita, haremos también referencia al aborto.

Los factores sociales que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden ser concebidos como una serie de círculos concéntricos o niveles de análisis, que van desde lo más alejado (el nivel macrosocial) a lo más próximo a la conducta misma, el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales. En el nivel macrosocial podemos mencionar las pautas culturales, la estructura socioeconómica (estratificación social), los roles de género, la condición étnica y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente. También parte del contexto social, pero más “próximas” al individuo, el lugar de residencia, la estructura familiar y los grupos de sociabilidad (docentes, grupos de pares), son factores de peso, así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud (en particular en salud sexual y reproductiva) y la disponibilidad de recursos anticonceptivos. Ciertas características de los sujetos determinan grados de “vulnerabilidad” a una fecundidad precoz: su edad, su situación socioeconómica (en particular su nivel de educación) y su pertenencia a un grupo étnico. Finalmente, percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género, al ejercicio de la sexualidad y a la prevención del embarazo influyen en la adopción de conductas reproductivas conducentes (o no) a una fecundidad temprana.

No todos los aspectos enunciados han sido estudiados, como tampoco abunda el abordaje empírico de la relación entre ellos. Especialmente ausentes de la investigación empírica están los factores de orden macrosocial, los que también estarán mayormente ausentes de este trabajo.

III. Fuentes de información

Una de las fuentes de datos más importantes sobre la fecundidad en general son las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) realizadas a mujeres de 15 a 49 años en varios países de la región. Si bien las encuestas más antiguas tienen poca información de interés para este trabajo, las realizadas a partir de mediados de la década del 90 incorporan secciones destinadas

⁴⁸ Existen al menos dos publicaciones, con capítulos escritos por diferentes autores, que recorren el tema amplia el tema del embarazo y la fecundidad en la adolescencia en América Latina: Guzmán, Hakkert, Contreras y Falconier de Moyano (2001) y de Oliveira (2000), este último solamente sobre Argentina, Brasil y México.

específicamente a la fecundidad adolescente o de las mujeres de 15 a 24 años, a veces sumamente escueta y otras con tablas mal concebidas, que no explotan adecuadamente la información.⁴⁹ Sorprendentemente, muchos datos sólo han sido elaborados para el grupo 15-24 como un todo, reuniendo edades con características muy disímiles y haciendo inútil esa información para el estudio de la adolescencia.⁵⁰ Otros datos sólo se presentan para las mujeres en unión, dejando de lado a las solteras, con la consecuente pérdida de información crucial. Las encuestas realizadas por equipos locales de varios países y apoyadas por el Center for Disease Control (CDC) de los Estados Unidos también son una fuente de información interesante. Estas, como las EDS, sólo interrogan a mujeres a partir de los 15 años; se pierde así al segmento más joven,⁵¹ para quienes el embarazo y la maternidad son más conflictivos. Algunas investigaciones realizadas en América Latina, generalmente con muestras intencionales y de alcance local, proveen alguna información sobre ese segmento más joven de la adolescencia.

Los censos parecen una fuente de información obvia en aquellos casos en que se ha preguntado el número de hijos de las mujeres. Esta fuente permite relacionar la fecundidad con otras características de la mujer y del hogar que serían de mucho interés, aunque solamente para las fechas censales, espaciadas un mínimo de 10 años. Sin embargo, más allá del número de hijos por edad de la madre, es poco o nada lo que se ha publicado de la información que sobre el tema que nos ocupa podría brindar el censo.

Las estadísticas vitales son otra fuente potencial de datos, aunque en América Latina no siempre tienen una cobertura o calidad aceptable. Además la información sobre características de la madre no siempre existe o es de calidad dudosa. Como en todas las fuentes de información anteriormente mencionadas, el acceso a la base de datos brindaría la posibilidad de analizar aspectos sociales de la fecundidad adolescente que no son habitualmente considerados en las publicaciones.

Otro tipo de fuentes utilizan metodologías cuantitativas y cualitativas: encuestas (generalmente en áreas restringidas y/o a muestras intencionales) entrevistas semi-estructuradas, grupos focales, etnografía.

Una última mención a las fuentes de información: dado que el interés en el estudio del rol de los varones en la fecundidad es relativamente reciente, las fuentes proveen información sobre todo sobre mujeres y ello se reflejará en este trabajo.

IV. Aspectos macrosociales: las políticas públicas

De los aspectos macrosociales mencionados más arriba, sólo haremos una mención más extensa a las políticas públicas. Respecto a la estratificación social, la trataremos solamente en cuanto ésta es reflejada en las características individuales de las adolescentes.

A fines de la década de los 80, la Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe⁵² ha sido pionera como foro de discusión de la problemática de la fecundidad adolescente en la Región. En ella se dedicaron varios trabajos (Cavalcanti, 1989; Paxman y Rosenbaum, 1989; Urbina, 1989) a temas de políticas públicas y

⁴⁹ Hemos trabajado solamente con el material publicado, no con las bases de datos. Ver Guzmán, Hakker, Contreras y Falconier de Moyano (2001), un trabajo que re-elabora inteligentemente los datos de diversas encuestas con resultados muy interesantes.

⁵⁰ Estas tablas suelen ser idénticas en muchos de los informes de las encuestas. La agrupación por edades quizás esté basada en una concepción de que la adolescencia es ahora más extendida. Aun aceptando que ello esté ocurriendo entre los jóvenes de las grandes ciudades, ello no es así para la generalidad de los jóvenes de América Latina.

⁵¹ La fecundidad de las menores de 15 años es muy costosa de captar en una encuesta por muestreo probabilístico por tratarse de un fenómeno relativamente infrecuente.

⁵² Convocada por The Population Council y The Pathfinder Fund.

legislación. Aunque la situación ha cambiado en parte, todavía siguen vigentes algunas de sus conclusiones: “...en América Latina los programas de salud reproductiva para los adolescentes se han iniciado sin el apoyo de las políticas o las instituciones nacionales. En ocasiones han encontrado obstáculos concertados o resistencia abierta” (Paxman 1989, p.138). Aún hoy, si las políticas destinadas a poner a disposición de los adultos los conocimientos y los medios para controlar su fecundidad encuentran resistencia en las capas más conservadoras de la sociedad, mucho más son resistidas las que enfocan en la adolescencia. Se rechazan especialmente los intentos de asegurar la autonomía de los jóvenes, es decir, su derecho a tomar decisiones independientes, sin el permiso de sus padres. Gradualmente, sin embargo, se han ido adoptando planes de salud reproductiva dirigidos a la adolescencia en algunos países.⁵³

No sabemos cuál ha sido el efecto sobre el embarazo y la fecundidad adolescente de esta ausencia de políticas públicas. Es evidente que en lugares como Argentina y Uruguay la fecundidad en general tuvo un comportamiento independiente de las políticas gubernamentales y de las también ausentes organizaciones de la sociedad civil, y la fecundidad adolescente no fue la excepción. Sin embargo hay que señalar que en ambos países la fecundidad adolescente es relativamente alta en relación al nivel de fecundidad general y parece presentar mayor resistencia al descenso. En países como Brasil, en que las entidades de la sociedad civil llenaron con acciones concretas el vacío dejado por el Estado, la fecundidad general también descendió, y con ella la de la adolescencia, aunque no en la misma medida. En México, por otra parte, que tiene una política definida y enérgica en materia de planificación familiar, aunque sólo recientemente ha prestado atención específica a la adolescencia, se observa un descenso notable de la fecundidad adolescente en los últimos 30 años, tanto durante la vigencia como durante la ausencia de políticas de políticas de salud reproductiva dirigidas a la adolescencia. (CEPAL/CELADE, 2002)

V. Contexto social próximo

1. Lugar de residencia

La variable “lugar de residencia” resume una realidad compleja, pero cuyo significado podríamos sintetizar como “estilo de vida”, el que comprende desde acceso a la educación, al trabajo y a los mensajes de los medios de comunicación, hasta aspectos culturales y sociales tales como las perspectivas que se le ofrecen a las mujeres fuera del hogar y la mayor o menor igualdad entre los sexos.

La unidad de análisis mayor es el país, y se puede mostrar que la fecundidad adolescente es diferencial según los países. Ello seguramente tiene que ver con compartir un cierto nivel de desarrollo y algunos denominadores comunes en la cultura. Sin embargo, muchos países —y los de América Latina no son la excepción— contienen en sí desigualdades económicas, sociales y culturales que establecen diferencias internas en la fecundidad adolescente a veces mayores que las existentes entre países.

Una forma habitual de segmentar el lugar de residencia es clasificarlo en urbano y rural.⁵⁴ En el cuadro 1 presentamos algunos ejemplos de las diferencias en la fecundidad adolescente así clasificada, que no necesitan de mayor comentario: en todos los casos la fecundidad adolescente rural —medida por la tasa de fecundidad o por el porcentaje de madres— es claramente más alta que la urbana, llegando en un caso a duplicarla.⁵⁵

⁵³ Véase Gogna (2001), donde se recopilan estudios de casos para Argentina, Brasil y México. Ferrando (2003) cita avances en los casos de Chile, Colombia, Paraguay (sólo programas de educación familiar y sexual), Panamá, Costa Rica, Bolivia, Perú y República Dominicana.

⁵⁴ Lo que es considerado urbano difiere según los países.

⁵⁵ La existencia de diferencias rural-urbanas en la fecundidad adolescente es prácticamente universal. Véase Sing (1998, p.127).

Cuadro 1

MUJERES DE 15-19 AÑOS. TASA DE FECUNDIDAD O PORCENTAJE DE MADRES SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA. PAÍSES SELECCIONADOS, 1995-2001

País	Tasa de fecundidad por mil		Porcentaje que ya son madres	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Bolivia 1998			9,2	18,4
Colombia 2000			13,3	20,8
Ecuador 1999	79	112		
El Salvador 1998	87	150		
Nicaragua 2001			17,4	25,8
Paraguay 1995-96	82	138		
República Dominicana 1996	87	160	14,4	25,7

Fuentes: Instituto Nacional de Estadística (1998); PROFAMILIA (2000); CEPAR/CDC (s.f.); INE/DHS (1998); ADS (2000); INEC-MINSA (2002); CEPEP/CDC/USAID (1997); CESDEM/PROFAMILIA/ONAPLAN (1996).

Para algunos países encontramos mediciones para áreas geográficas más detalladas. Así por ejemplo, en Perú en el año 1996, 5,5 por ciento de las adolescentes eran madres en Lima Metropolitana, cifra inferior al 8,6 por ciento de otras grandes ciudades y al 9,9 por ciento del resto urbano (Instituto Nacional de Estadística e Informática/Macro International Inc. 1997). En Honduras, en el mismo año, las ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula tenían una tasa de fecundidad adolescente de 100 y el resto de las áreas urbanas de 124.

Variables intermedias (determinantes próximos) como la edad a la iniciación sexual, también varían con la residencia. Nuevamente, en Honduras según la encuesta de 1996 (Ministerio de Salud, ASHONPLAFA, USAID/Honduras y CDC, 1997), mientras en Tegucigalpa y San Pedro Sula el 14,4 por ciento se había iniciado antes de cumplir 15 años, en las demás áreas urbanas lo había hecho el 21,7 por ciento, al igual que en las zonas rurales. Otra forma de ver el diferencial de fecundidad adolescente según lugar de residencia es presentada por Welti Chanes (2000, p.57) para México quien observa que mientras los nacimientos de madres adolescentes representan el 14,5 por ciento del total en las localidades de más de 100.000 habitantes, llegan a ser el 17,3 por ciento en las de menos de 2.500 habitantes. Todos los datos muestran la importancia del lugar de residencia en el establecimiento de pautas de fecundidad, aún más allá de lo simplemente urbano-rural.

2. Estructura familiar y grupos de sociabilidad

Distintos grupos sociales ejercen influencia en la conducta adolescente. En particular, se ha postulado que el tipo de familia en que el adolescente ha sido socializado o con la que habita tiene una importante influencia sobre sus conductas sexuales y reproductivas. Así, las familias “bien constituidas”: con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito de alguna manera protector. Los adolescentes provenientes de esas familias tendrían una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo (iniciación sexual temprana, relaciones sexuales sin protección) y por tanto, de embarazarse (o embarazarse a su pareja). Estudios realizados en Estados Unidos muestran la existencia de ese tipo de relación entre estructura familiar y conductas reproductivas (ver literatura citada en Hayes, 1987, p.104). La evidencia en América Latina es escasa. Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez (1995, pp.85-86)⁵⁶ en una investigación con adolescentes de 15-18 años encuentran que: “Las mujeres que no conviven con la madre ni con el padre tienen la mayor

⁵⁶ La encuesta fue administrada a una muestra intencional de 386 adolescentes de ambos sexos, residentes en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

frecuencia de conductas de riesgo (...) su falta de cuidado [anticonceptivo] es tres veces más frecuente en la primera relación y casi nueve veces más frecuente en la última relación que la registrada entre las chicas que conviven con ambos progenitores. Si bien la frecuencia de conductas de riesgo entre las jóvenes que viven con un solo progenitor —en la inmensa mayoría de los casos, con la madre— es mayor que la de aquellas que viven con el padre y la madre, es significativamente más baja que la manifestada por las adolescentes que no conviven con ninguno de los dos”. En el mismo trabajo se muestra que el 83,3 por ciento de las jóvenes que no viven con ninguno de sus progenitores ya se ha iniciado sexualmente, en comparación con 55,2 por ciento de las que viven con uno de los padres y 40 por ciento de las que viven con ambos. Di Silvestre Paradizo (1997, pp.45-46) también apoya la importancia de la presencia de los padres en el hogar en su estudio⁵⁷ “las adolescentes no embarazadas viven con mayor frecuencia en familias intactas y menos probablemente en familias uniparentales que las adolescentes embarazadas”.

Escapar a situaciones conflictivas en el hogar también es mencionado como un detonante del embarazo temprano (Climent y otros, 1998). Testimonios aislados mencionan el deseo de tener hijos propios para no tener que cuidar más de los hermanos pequeños (tarea comúnmente asignada a las adolescentes mujeres en los estratos más pobres) o para ser tratada como adulta por los padres.

Otro aspecto de la calidad de vida familiar que afecta las conductas reproductivas es la comunicación con los padres (Huerta Franco, Díaz de León y Malacara, 1996; Quintana Sánchez y Vázquez del Aguila, 1997). La madre parece ser la figura clave en este sentido (Geldstein, 1993; Pick de Weiss y otros, 1987), aún para los adolescentes varones. Pero la figura paterna del mismo sexo es preferida y las mujeres recurren al padre con poca frecuencia (Laurinaga, 1995, p.49; Pantelides y Cerrutti, 1992, p.69).

En una investigación con mujeres de 12 a 19 años residentes en la ciudad de México (Pick de Weiss y otros, 1991) se encontró que aquellas que habían dialogado con sus madres sobre temas sexuales era más probable que no se hubieran iniciado sexualmente que aquellas que no habían tenido tal comunicación. La madre, sin embargo, suele proveer mensajes parciales. “Al ejercer el rol precautorio, las madres tratan de proteger a las adolescentes de los riesgos que acarrea una vida sexual activa, procurando que las hijas adopten el modelo sexual que ellas consideran más beneficioso —que por lo general implica una concepción tradicional de los roles de género— Para alcanzar esos objetivos, la madre fundamentalmente transmite valores e impone límites. La transmisión de contenidos instrumentales para favorecer el ejercicio de una sexualidad responsable y protegida es, en cambio, mucho más limitada...”(Geldstein, Infesta Domínguez y Delpino, 2000, p.216). En un sentido parecido Gage (1998, p.162) en su revisión de la literatura, señala que las jóvenes reciben mensajes que toman la forma de prohibiciones, restricción de movimientos y advertencias sobre las consecuencias negativas del embarazo premarital, pero que no se les provee información sobre sus cuerpos, la menstruación o el proceso reproductivo.

La fuente interpersonal preferida para hablar sobre temas de sexualidad (incluida la anticoncepción) es el grupo de pares (amigas, vecinas, hermanas), (Berglund y otros, 1997; Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez, 1995, p.30). Los pares a menudo no son una fuente de información de buena calidad. Por otro lado, pueden tener influencias negativas en cuanto a la adopción de conductas de riesgo reproductivo cuando empujan a los varones a iniciaciones que quizás de otro modo habrían sido postergadas.

Un dato interesante que surge de la investigación es que los docentes son el otro grupo de adultos con quienes los adolescentes dialogan de temas sexuales (Kornblit y Mendes Diz, 1994). Pero existe una proporción de jóvenes (70 por ciento) que no recurre ni a maestros ni a padres y

⁵⁷ Muestra no probabilística de mujeres entre 12 y 20 años, de estrato social medio bajo y bajo residentes en Santiago de Chile. Tamaño de la muestra: 251.

otra (alrededor del 50 por ciento) que no conversa ni con los padres ni con los amigos, estableciendo un muro de silencio alrededor de su sexualidad (Pantelides y Cerrutti, 1992, p.71).

3. Servicios en salud sexual y reproductiva y disponibilidad de recursos anticonceptivos

Entre los factores que afectan la tasa a la que las adolescentes se embarazan y tienen hijos y la manera en que eso ocurre se encuentra la disponibilidad de servicios de salud que atiendan a sus demandas en materia de sexualidad y anticoncepción. La existencia de estos servicios depende en gran medida de la existencia de una política gubernamental en tal sentido, no sólo para establecer su legalidad, sino para que éstos alcancen a los estratos más pobres que sólo tienen acceso a los servicios públicos de salud.

En la conferencia citada anteriormente, la situación a fines de los 80 se resumía así “...existe una tendencia creciente hacia la creación de programas de salud para los adolescentes, que incluyen la atención a aspectos de la reproducción”. (Paxman, 1989, p.139). Pero se señalaba también que en la mayoría de los casos la iniciativa había sido de las ONG o de los propios “...profesionales altamente motivados, ajenos a las políticas nacionales de salud...” (Paxman, 1989, p.138). Esta situación aún prevalece en muchos de los países de la región, incluso aquellos que se han dado una política dirigida expresamente a ese segmento de la población.

Una vez instalados los servicios, es fundamental que sean accesibles, tanto desde un punto de vista físico (localización) como subjetivo. Para que los adolescentes hagan efectivamente uso de los servicios es crucial la actitud de los profesionales, evitando la censura. Un clima cultural adverso a la sexualidad en la adolescencia puede verse reflejado en actitudes de los proveedores tales como la negativa de proveer anticoncepción o incluso todo tipo de atención.

En cuanto a la disponibilidad de métodos anticonceptivos, más allá de la oferta de servicios que los recomienden, importa su existencia física en farmacias y la actitud de los que están a cargo de ellas ante el adolescente que desea obtener un método. Esta actitud es crucial pues en muchos casos la farmacia es el proveedor original de los métodos, a la que recurre la población sin pasar por la atención médica.

VI. Características individuales

1. Edad

Concebimos aquí a la edad como una variable de índole social en el sentido que indica (aunque imperfectamente) el escalón alcanzado en la experiencia vital. Más allá de que dentro del período que llamamos adolescencia, la fecundidad aumenta con la edad, tener una determinada edad influye en la vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo reproductivo. El uso de anticonceptivos en la iniciación, por ejemplo, aumenta con la edad a la que aquella ocurrió (cuadro 2), haciendo que cuanto más temprana la iniciación mayor sea el riesgo de embarazo, no sólo porque aumenta el tiempo total en que la mujer estará expuesta a embarazarse, sino porque es menor el porcentaje de las que adoptan conductas preventivas.

Cuadro 2

**PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS QUE USARON
ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA INICIACIÓN SEXUAL,
SEGÚN EDAD A LA INICIACIÓN. PAÍSES SELECCIONADOS,
SEGUNDA MITAD DE LOS AÑOS 90**

Edad a la iniciación	Colombia 1996	El Salvador 1999	Nicaragua 1996
<15	23,5	5,0	2,9
15-17	39,4	9,1	6,4
18-19		14,1	6,9
18-24	48,1		

Fuentes: ADS (2000); PROFAMILIA (2000); INEC-MINSA (2002).

Otro factor de riesgo de embarazos no planeados es la iniciación sexual bajo coerción la que, además de dañina para la salud sexual de la joven, generalmente se da también sin protección anticonceptiva. Pantelides y Geldstein⁵⁸ (1998) encontraron que la experiencia de una iniciación sexual forzada o no deseada pero finalmente aceptada, disminuía drásticamente a medida que aumentaba la edad en que esa iniciación había tenido lugar. En los extremos, el 100 por ciento de las niñas que tuvieron su primer coito antes de los 13 años habían sido forzadas y ninguna de las que se iniciaron entre los 17 y 18 años lo fueron. Datos de 1996 para Brasil (BENFAM, 1999, p.65) muestran algo semejante: mientras que entre las que se iniciaron sexualmente antes de los 15 años el 4,9 por ciento fue forzada, el porcentaje baja a 0,4 entre las que se iniciaron entre los 15 y 17 años. Ninguna de las jóvenes que se iniciaron entre los 18 y 24 años lo fue.

2. Situación socioeconómica: estrato socioeconómico, grupo étnico, educación.

Ya hemos comentado la importancia que las condiciones de existencia tienen en el embarazo y la fecundidad adolescentes. Esto se puede comprobar con facilidad observando las tasas de fecundidad en los distintos estratos sociales. Guzmán, Contreras y Hakkert (2001, p.30) calcularon las tasas de fecundidad adolescente según quintiles de pobreza⁵⁹ para algunos países de América Latina, utilizando datos de las EDS: en todos los casos las tasas del quintil más pobre son entre 4 y 9 veces superiores a las del quintil superior. El uso de métodos anticonceptivos también es sensible a los niveles de pobreza, si bien no siempre en forma lineal: aunque en varios de los países el uso de anticonceptivos entre las adolescentes aumenta a medida que se sube en la escala social, en otros la tendencia se revierte algo al llegar al nivel superior (Contreras, Guzmán y Hakkert, 2001, p.132).

En su investigación con adolescentes de estratos bajos y medio-altos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez (1995) encontraron que si bien las jóvenes del estrato bajo se iniciaban algo más temprano que las del estrato medio-alto (no había diferencia entre los varones de los dos estratos), al llegar a los 18 años la proporción de iniciados era superior entre varones y mujeres de los estratos medio-altos. Esta diferencia en la exposición al riesgo de concebir, sin embargo, era totalmente compensada por el diferente uso de la anticoncepción: mientras solamente alrededor de un tercio de varones y mujeres de clase baja

⁵⁸ Investigación realizada con una muestra al azar de 201 adolescentes concurrentes al servicio de adolescentes de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires.

⁵⁹ Los quintiles de pobreza fueron contruidos a partir de la información de la situación del hogar en cuanto a servicios y bienes disponibles (Guzmán, Contreras y Hakkert, 2001, p.29).

usaron anticoncepción consistentemente desde la iniciación, dos tercios de los varones y tres cuartas partes de las mujeres de clase media alta tuvieron esa conducta.

El estrato socioeconómico también parece establecer diferencias en el recurso al aborto. Wartemberg (1999, p.20) encuentra que ha abortado el 15,3 por ciento de las adolescentes de los estratos bajo-bajo y bajo, el 9,3 por ciento de las de los estratos medio-bajo y medio-medio y el 7,6 por ciento de las que pertenecen a los estratos medio alto y alto.⁶⁰

La situación socioeconómica y la pertenencia a un grupo étnico suelen estar indisolublemente imbricadas. Como en América Latina los indígenas suelen ocupar los últimos peldaños de la escala social es difícil establecer en qué medida son las diferencias culturales y en qué medida es su pertenencia de clase las que determinan sus pautas de fecundidad en la adolescencia. Entre los estudios que se han ocupado del tema, Welti Chanes (2000) y Pantelides y Binstock (1993) analizan el embarazo en adolescentes según el idioma que éstas utilizan para comunicarse, un indicador del grupo étnico al que pertenecen, pero también del grado de integración a la cultura hispanohablante. Welti Chanes encuentra que el 6,3 por ciento de las adolescentes de habla indígena y sólo un 3,7 por ciento de las que no hablan ese idioma está embarazadas. Pantelides y Binstock registran que el 73,4 por ciento de las jóvenes en cuyos hogares sólo se habla guaraní, el 52,3 por ciento de las que hablan guaraní y español y el 41,1 por ciento de las que sólo hablan español han estado embarazadas alguna vez.

La relación inversa entre nivel de educación alcanzado y fecundidad es posiblemente la más documentada y parece cruzar las barreras culturales pues se la encuentra en prácticamente todos los países, también para el caso de la fecundidad adolescente (Singh, 1998, p.127).

Cuadro 3

MUJERES DE 15-19 AÑOS. PORCENTAJE DE MADRES EN LOS EXTREMOS DEL RANGO DE EDUCACIÓN FORMAL. PAÍSES SELECCIONADOS, SEGUNDA MITAD DE LOS AÑOS 90

País y fecha	Nivel de educación	
	Sin educación	Superior
Bolivia 1998	40,1	5,2*
Colombia 2000	(a)	2,3
Guatemala 1998-99	31,9	7,3*
Nicaragua 2001	39,6	4,1
Perú 1996	47,9	2,2
República Dominicana 1996	42,2	0,9

Fuentes: INEC-MINSA, 2002; Instituto Nacional de Estadísticas (1998); Instituto Nacional de Estadística e Informática y Macro International Inc. (1997); PROFAMILIA (2000); INE, MSPS, USAID, UNICEF, FNUAP, Macro International Inc. (1999). Menos de 25 casos.

* Media y superior.

(a) Dato no disponible.

Como ya se dijo, se ha postulado en general que es la maternidad en la adolescencia la que explica el menor nivel de educación alcanzado por las jóvenes que han tenido hijos tempranamente. Singh (1990, p.76) por ejemplo, dice: "...las mujeres que tienen hijos cuando son adolescentes terminan recibiendo mucha menos instrucción que las que posponen la maternidad".⁶¹ Este tipo de

⁶⁰ Aparentemente la autora ha usado como denominador a todas las adolescentes (y no sólo a las embarazadas) por lo cual estas cifras no dependen sólo de la tasa a la que las jóvenes recurren al aborto sino también de la proporción de ellas que se embarazan en cada estrato social.

⁶¹ Sin embargo en su publicación de 1998 (página 118), Singh reconoce que la relación entre educación y fecundidad en la adolescencia puede no ser de tipo causal.

afirmaciones tiene al menos dos problemas metodológicos de raíz. En primer lugar, están generalmente basadas en datos transversales que no informan el orden cronológico de los acontecimientos: ¿fue el embarazo lo que ocurrió primero o fue el abandono escolar? En segundo lugar, suponen que toda la población tiene la misma posibilidad de estudiar y que por tanto la mayoría, salvo acontecimientos “catastróficos” (como un embarazo), lo hará. ¿Pero qué sucede en los casos en que una buena parte de las jóvenes deben abandonar los estudios por falta de medios o incluso de establecimientos donde cursarlos? ¿O en situaciones en que la educación no se ve como necesaria para el proyecto de vida? ¿O cuando los jóvenes observan que los caminos de movilidad social que la educación abría para generaciones anteriores están cerrados por altos niveles de desempleo? ¿O cuando advierten que el grado de especialización requerida en la sociedad tecnificada no será resuelto con cursar la escuela secundaria, nivel máximo al que pueden aspirar?

Muchos autores sostienen ahora que la secuencia de eventos es en general la inversa a la que se postulaba: el abandono escolar es anterior al embarazo a edades tempranas. Luker (1997, p.9) dice “... el tipo de jóvenes que se embarazan (y, ... permanecen embarazadas) son usualmente el tipo de jóvenes que están fracasando en la escuela mucho antes de que el embarazo ocurra” (nuestra traducción). Y Furstenberg Jr. (1998, p.249, nuestra traducción), sostiene que “muchas niñas se embarazan y llevan a término su embarazo porque perciben pocas oportunidades en la vida futura. Los costos de una maternidad temprana no son tan grandes ni tampoco lo son los beneficios de postergarla”. Un planteo distinto es el de Wartenberg (1999, pp.37-38): “Aquellas [adolescentes] con una historia de frustraciones educativas, años perdidos y bajo rendimiento pueden encontrar en un embarazo una salida a una insatisfecha historia dentro del sistema escolar”.

Es necesaria la aplicación de una metodología que ubique en el tiempo los acontecimientos para poder realmente afirmar si fue el embarazo o el abandono escolar lo que sucedió en primer lugar. La Encuesta Nacional de Salud Familiar de El Salvador (ADS, 2000, p.187) contiene este tipo de datos, pues presenta la “ocupación”⁶² de la mujer al momento que supo que estaba embarazada. Así vemos que entre las que se embarazaron antes de los 15 años, el 64,4 por ciento no estudiaba ni trabajaba y un 10,3 por ciento adicional trabajaba (pero no estudiaba). Los porcentajes para las que tuvieron su primer embarazo entre los 15 y 19 años eran 59,1 y 20,3 respectivamente. Es decir que entre dos tercios y cuatro quintos de las adolescentes no estudiaban al momento de quedar embarazadas. En el mismo sentido señalaban los datos de Pantelides y Cerrutti (1992, p.77), para los adolescentes del Área Metropolitana de Buenos Aires.

¿Habría entonces un efecto “protector” de la educación y, en particular, de la retención escolar, como se postula? Quizás no. Es posible que la permanencia en la escuela sea en sí misma un indicador de otra cosa, que podríamos llamar “proyectos de vida”, proyectos que tienen un fuerte componente de posibilidad (¿son posibles en mi situación económica? ¿les encuentro sentido en la presente situación del mercado de trabajo?, etc.) y también un componente subjetivo (vocación, empuje individual). En una de las investigaciones ya mencionadas se construyeron indicadores para aproximarse a la medición de esos proyectos de vida (u orientación al logro), a los que se categorizaron en “tradicionales”, cuando las respuestas de las encuestadas sobre cómo imaginan su futuro a los 25 años se orientaban a la vida reproductiva (matrimonio, hijos) o carecían de proyectos; y “modernos”, cuando se referían a estudios universitarios (y trabajo en el caso de las mujeres). Encontraron que “La existencia de proyectos de vida orientados al logro individual tiene un efecto positivo en la reducción de la frecuencia de conductas sexuales de riesgo, tanto por parte de las mujeres como por parte de los varones. (...) la ausencia de cuidado [anticonceptivo] en la última relación [sexual] es algo más del doble entre las mujeres y casi el triple entre los varones tradicionales respecto a los modernos” (Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez, 1995, p.93).

⁶² Esta es la terminología usada en la publicación.

VII. Percepciones, actitudes y conocimientos

A nivel subjetivo, se ha postulado que las conductas, incluidas las sexuales, son una consecuencia de los conocimientos, percepciones y actitudes de los sujetos. Adaptando el “modelo de creencias sobre salud” (*health belief model*) (Becker y Maiman, 1983), la conducta individual (en este caso frente a un posible embarazo) es determinada por la percepción de la propia vulnerabilidad, de la gravedad de la situación a enfrentar, de la posibilidad de remediar dicha situación, de los costos de la prevención y su eficacia y de la disponibilidad y calidad de la información de que se dispone.

Este modelo ha sido criticado, pues supone una conducta completamente racional. En particular, la investigación relacionada con el SIDA ha confirmado lo que ya se sabía en otros campos de la conducta sexual: la posesión de conocimientos, y aún la conciencia de la propia vulnerabilidad no necesariamente conducen a una conducta de prevención (Pantelides, Gogna y Ramos, 2000). Ello es también así en el caso de los embarazos no planeados y también lo es entre los adolescentes.

Aparte de la abstención, la única estrategia disponible de prevención de embarazos es el uso de anticonceptivos. El conocimiento sobre anticonceptivos es generalizado en la población adolescente de América latina. El problema de los embarazos no planeados, al menos entre los adolescentes urbanos, parece no estar en el conocimiento de cómo evitarlos, sino en que dicho conocimiento no lleva necesariamente a una acción adecuada. Aun si la indagación se limita a los métodos modernos, en las EDS de la segunda mitad de los años 90 y principios del 2000 se encuentran altos niveles de conocimiento de los mismos entre las adolescentes.⁶³ Pero el uso de métodos anticonceptivos modernos ya es otra cosa: los porcentajes de uso oscilan entre menos del 2 por ciento (Bolivia en 1998) al 12 por ciento (Colombia en el año 2000), según las EDS.

Según un estudio de Kornblit y Mendes Diz (1996) uno de los factores que conducirían a la adopción de conductas de cuidado es la percepción del riesgo de embarazo. Pero múltiples barreras se interponen entre esta percepción de riesgo y la posibilidad de prevención. En relación a los anticonceptivos: Los miedos frente a los efectos secundarios de los métodos químicos⁶⁴ y el rechazo al condón —documentado en múltiples investigaciones— por su interferencia con el placer, con lo “natural” y, en la era del SIDA, por su significado de desconfianza hacia el otro miembro de la pareja. Otra barrera al uso es la aceptación de creencias equivocadas respecto a los métodos, como encontraron Pick de Weiss y otros (1991) en su investigación en la ciudad de México. También influyen los problemas de acceso: económicos, pero también de otra índole, como un trato expulsor por parte de los proveedores o la vergüenza en el momento de la adquisición (especialmente en relación al condón).

En el plano de la relación con la pareja la iniciación sexual y el uso de anticonceptivos son producto de negociación, implícita o explícita. No se trata necesariamente de una negociación entre iguales en la que se tienen en cuenta los deseos de ambos miembros. En las sociedades latinoamericanas todavía el varón está en mejores condiciones de imponer su voluntad, aún sin recurrir a la violencia. Las mujeres siguen siendo socializadas en concepciones de los roles sexuales y sociales correspondientes a mujeres y hombres que otorgan el saber y la decisión sobre todo al varón. En ese contexto actúa el deseo de complacer a la pareja y el temor a ser abandonada si se los contradice.

⁶³ Con algunas excepciones como Guatemala y Honduras (de entre los países que poseen la información sobre todas las adolescentes).

⁶⁴ E incluso frente a los métodos mecánicos de contracepción. En la investigación de Gogna, Pantelides y Ramos (1997) algunas participantes de grupos focales (adultas) refirieron alergia al material del preservativo.

Finalmente, nuestras sociedades otorgan un valor superior en el matrimonio y la maternidad como proyecto de vida. En ese marco, una maternidad temprana puede ser vista como un logro personal y ser el resultado de un cálculo perfectamente racional en el que las consecuencias positivas superan a las negativas, en particular, como ya señalamos, entre las jóvenes de aquellos estratos de la sociedad en las que los proyectos de vida alternativos no tienen posibilidad de realización.

VIII. Conclusiones

Del análisis de los diferentes aspectos sociales de la fecundidad adolescente, surge la imagen de que ésta responde a factores diferentes de los que actúan a otras edades de la vida reproductiva. Si mientras la fecundidad más allá de los 20 años está regida, en América latina, por un deseo de espaciar los nacimientos o limitar la descendencia final, lo que en las últimas décadas se tradujo en un descenso pronunciado de las tasas, entre las adolescentes la lentitud del descenso está señalando hacia otras motivaciones, cuya modificación será más gradual. Por un lado, el cálculo “racional” parece menos central a la hora de decidir conductas que pueden resultar en un embarazo. Por otro, para sectores importantes de adolescentes, no es evidente que la maternidad temprana tenga más costos que beneficios. Parece que solamente en un contexto social que ofrezca a las y los jóvenes perspectivas de progreso que compitan exitosamente con los beneficios subjetivos de la maternidad (incluidos los afectivos, que no hemos analizado en este trabajo) ellos y ellas encontrarán atractivo modificar las conductas que los llevan a un embarazo, como ya lo han hecho los jóvenes de otras sociedades y también los más privilegiados dentro de la propia.

Bibliografía

- ADS (Asociación Demográfica Salvadoreña) (2000), Encuesta nacional de salud familiar. FESAL-98. Informe final. San Salvador, El Salvador.
- Añaños, M. C. (1993), *Composición social y comportamientos de unión en madres adolescentes*. Rosario, 1980-1991. CEDES y CENEP, Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires, CEDES y CENEP.
- Baldwin, W. y V. Cain (1980), The children of teenage parents. *Family Planning Perspectives*, 12 (1), 34-43.
- Becker, M. y L. Maiman (1983), Models of health related behavior. Mechanic (editor), *Handbook of health, health care and the health professions*. Nueva York, The Free Press.
- BENFAM (1999), Adolescentes, jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde. *Um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro, BENFAM.
- Berglund, S. (1997), The background of adolescent pregnancies in Nicaragua, a qualitative approach. *Social Science and Medicine*, 44 (1), 1-12.
- Buvinic, M. y otros (1992), *The fortunes of adolescent mothers and their children: a case study of the transmission of poverty in Santiago, Chile*. Washington, D. C., The Population Council / The international Center for Research on Women.
- Cavalcanti, R. (1989), *La salud sexual y reproductiva: las políticas de acción y de cambio en Brasil*. Stern y otros (editores), Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe. Oaxaca, México, The Population Council, The Pathfinder Fund.
- CEPAL/CELADE (2002), *Boletín demográfico N° 70*.
- CEPAR/CDC (s.f.), Encuesta demográfica y de salud materna e infantil ENDEMAIN-99. *Informe general*. Quito?, Ecuador, CEPAR/CDC.
- CEPEP/CDC/USAID (1997), Encuesta nacional de demografía y salud reproductiva 1995-1996. ENDSR-95/96. Asunción, Paraguay, CDC/USAID.

- CESDEM/PROFAMILIA/ONAPLAN (1996), Encuesta demográfica y de salud 1996. Calverton, Maryland, USA, Macro International Inc.
- Climent, G. I., D. B. Arias, C. Spurio y M. Muzillo (1998), Maternidad adolescente: estrategias conyugales, reproductivas y de crianza de los hijos. AEP/CEDES/CENEP, *Avances en la investigación en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires, AEP/CEDES/CENEP.
- Contreras, J. M., J. M. Guzmán y R. Hakkert (2001), Uso de anticonceptivos en adolescentes. Guzmán, J. M.; Hakkert, R.; Contreras, J. M. y Falconier de Moyano, M., 2001. *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*. México, D. F., UNFPA.
- de Oliveira, M. C. (organizadora) (2000), *Cultura, adolescencia e saúde: Argentina, Brasil e México*. Campinas, Brasil, Consorcio Latino-Americano de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade.
- Di Silvestre Paradizo, M. C. (1997), *Procesos y estructura familiar asociados con el embarazo y con conductas sexuales de alto riesgo en adolescentes*. Santiago de Chile, Universidad del Pacífico.
- Ferrando, D. (2003), Tendencias de la fecundidad en América Latina: 1950-2000. CEPAL-CELADE, borrador para discusión.
- Furstenberg Jr., F. F. (1998), When will teenage childbearing become a problem? The implications of Western experience for developing countries. *Studies in Family Planning* 29 (2).
- Gage, A. J. (1998), Sexual activity and contraceptive use: the components of the decisionmaking process. *Studies in Family Planning*, 29 (2).
- Geldstein, R. N. (1993), Los roles de género en la crisis. Mujeres como principal sostén económico del hogar. Buenos Aires, CENEP-UNICEF, *Cuaderno del CENEP* N° 50.
- Geldstein, R. N., G. Infesta Domínguez y N. Delpino (2000), La salud reproductiva de las adolescentes frente al espejo: discursos y comportamientos de madres e hijas. Pantelides y Bott (editoras), *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. Buenos Aires, Biblos/OMS.
- Geronimus, A. T. y S. Korenman (1992), The socioeconomic consequences of teen childbearing reconsidered. *Quarterly Journal of Economics*, 107 (4).
- Gogna, M. (coordinadora) (2001), Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México, D.F. y San Pablo. *Buenos Aires, Consorcio Latinoamericano de Programas de Salud Reproductiva y Sexualidad*.
- Gogna, M., E. A. Pantelides y S. Ramos (1997), Las enfermedades de transmisión sexual: género, salud y sexualidad. Buenos Aires, CENEP/CEDES, *Cuaderno del CENEP* N° 52.
- Griffiths, J. (1977), Reducing the medical risk of teenage pregnancy. *Sexual Medicine Today*, octubre.
- Guzmán, J. M., R. Hakkert, J. M. Contreras y M. Falconier de Moyano (2001), *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*. México, D. F., UNFPA.
- Guzmán, J. M., J. M. Contreras y R. Hakkert (2001), La situación actual del embarazo adolescente y del aborto. Guzmán, J. M.; Hakkert, R.; Contreras, J. M. y Falconier de Moyano, M., 2001. *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*. México, D. F., UNFPA.
- Hakkert, Ralph (2001), Consecuencias del embarazo adolescente. Guzmán, J. M.; Hakkert, R.; Contreras, J. M. y Falconier de Moyano, M., *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*. México, D. F., UNFPA.
- Hayes, C. D. (editora) (1987), Risking the future. Adolescent sexuality, pregnancy and childbearing. Washington D. C., *National Academy Press*.
- Hollingsworth, D. R., J. M. Kotchen y M. E. Felice (1982), Impact of gynecological age on outcome of adolescent pregnancy. E.R. McAnarney (editor), *Premature adolescent pregnancy and parenthood*. Nueva York, Grune & Stratton.
- Huerta-Franco, R., J. Díaz de León y J. M. Malacara (1996), Knowledge and attitudes toward sexuality in adolescents and their association with the family and other factors. *Adolescence*, 31 (121).
- INE, MSPS, USAID, UNICEF, FNUAP, Macro International Inc. (1999), Guatemala. Encuesta nacional de salud materno infantil 1998-1999. s/l, s.e
- INEC-MINSA (2002), Encuesta nicaragüense de demografía y salud 2001. Managua, Nicaragua.
- Instituto Nacional de Estadística (1998), Encuesta nacional de demografía y salud 1998. La Paz, Bolivia.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática y Macro International Inc. (1997), Encuesta demográfica y de salud familiar 1996. Lima, Perú.
- Kornblit, A.L. y A. M. Mendes Diz (1994), *Modelos sexuales en jóvenes y adultos*. Buenos Aires, CEAL/Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

- ____ (1996), Percepción del riesgo y conductas preventivas en relación con el embarazo y el sida en jóvenes escolarizados. CENEP/OMS, CEDES, AEPA, Segundo taller de investigaciones sociales en salud reproductiva y sexualidad. Buenos Aires, CENEP/OMS, CEDES y AEPA.
- Laurinaga, M. E. (1995), *Uruguay adolescente*. Maternidad adolescente y reproducción intergeneracional de la pobreza. Montevideo, INFM y UNICEF.
- Luker, K. (1997), Dubious conceptions. *The politics of teenage pregnancy*. Cambridge, Estados Unidos y Londres, Harvard University Press.
- Makinson, C. (1985), The health consequences of teenage fertility. *Family Planning Perspectives*, 17(3).
- McAnarney, E. R. y otros (1978), Obstetric, neonatal, and psychological outcome of pregnant adolescents. *Pediatrics*, 61 (2).
- Menken, J. (1980), The health and demographic consequences of adolescent pregnancy and childbearing. C. Chilman (editor), *Adolescent pregnancy and childbearing: Findings from research*. Washington, D. C., U. S. Department of Health and Human Services.
- Ministerio de Salud, ASHONPLAFA, USAID/Honduras y CDC (1997), Encuesta nacional de epidemiología y salud familiar. ENESF-96. Informe final. S.l.e.
- Naciones Unidas (varios años), *Demographic Yearbook*. Nueva York.
- Pantelides, E. A. (1995), La maternidad precoz. *La fecundidad adolescente en la Argentina*. Buenos Aires, UNICEF Argentina.
- Pantelides, E. A. y G. Bisntock (1993), Factores de riesgo de embarazo adolescente en el Paraguay. *Revista Paraguaya de Sociología*, 30 (87).
- Pantelides, E. A. y M. S. Cerrutti (1992), Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia. Buenos Aires, CENEP, *Cuadernos del CENEP* N° 47.
- Pantelides, E. A. y R. N. Geldstein (1998), Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos. AEPA/CEDES/CENEP, *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires, AEPA/CEDES/CENEP.
- Pantelides, E. A., R. N. Geldstein, y G. Infesta Domínguez (1995), Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia. Buenos Aires, CENEP, *Cuadernos del CENEP* N° 51.
- Pantelides, E. A., M. Gogna y S. Ramos (2000), Concepciones legas de salud y enfermedad: el sida según pobladores de un barrio pobre del Gran Buenos Aires. Pantelides y Bott (editoras), *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. Buenos Aires, Biblos/OMS.
- Paxman, J. (1989), Introducción. Stern y otros (editores), *Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe*. Oaxaca, México, The Population Council, The Pathfinder Fund.
- Paxman, J. y J. Rosenbaum (1989), El papel de las leyes y políticas en la promoción de la salud reproductiva de los adolescentes en América Latina y el Caribe. Stern y otros (editores), *Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe*. Oaxaca, México, The Population Council, The Pathfinder Fund.
- Pick de Weiss y otros (1991), Sex, contraception, and pregnancy among adolescents in Mexico city. *Studies in Family Planning*, 22 (2), 74-82.
- ____ (1987), ¿Qué papel juega la familia en la conducta sexual y anticonceptiva de la adolescente en la ciudad de México? *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 3 (1).
- PROFAMILIA (2000), *Salud sexual y reproductiva. Resultados. Encuesta nacional de demografía y salud 2000*. Bogotá?, Colombia, PROFAMILIA.
- Quintana Sánchez, A. y E. Vázquez del Aguila (1997), *Construcción social de la sexualidad adolescente. Género y salud sexual*. Lima, IES- Instituto de Educación y Salud.
- Romás Pérez, R., M. J. Cubillas Rodríguez, E. Vázquez Pizana, A. Rojo Quiñonez, y G. Caire Juviera (2001), Riesgos biológicos del embarazo adolescente: una paradoja social y biológica. Stern, C y García, E. (coordinadores), *Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes en México. Aportaciones para la investigación y la acción*. México, D. F., El Colegio de México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, 6.
- Singh, S. (1998), Adolescent childbearing in developing countries: A global review. *Studies in Family Planning*, 29 (2).
- Singh, S. y D. Wulf (1990), *Adolescentes de hoy, padres del mañana: un perfil de las Américas*. Washington, D. C., The Alan Guttmacher Institute.
- Stern, C. (1997), El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública de México*, 39 (2).

- Urbina, M. (1989), Factores y actores que afectan los cambios en la política de México: la experiencia del sector público. Stern y otros (editores), *Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe*. Oaxaca, México, The Population Council, The Pathfinder Fund.
- Wartenberg, L. (1999), *Embarazo precoz y aborto adolescente en Colombia*. Bogotá, CIDS, Universidad Externado de Colombia y UNFPA.
- Welti Chanes, C. (2000), Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. *Papeles de Población*, 6 (26).

Sesión IV: Los determinantes de la fecundidad

Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos

Guiomar Bay⁶⁵
Fabiana Del Popolo⁶⁶
Delicia Ferrando⁶⁷

I. Introducción

En el estudio de la fecundidad, diferentes factores han sido estudiados para explicar el nivel y las diferencias entre poblaciones. Se habla de determinantes contextuales o indirectos (tales como la mortalidad infantil, la urbanización y el nivel educativo) y de determinantes próximos o intermedios (por ejemplo la nupcialidad y el uso de anticonceptivos) a través de los cuales cualquier factor social influye en el nivel de la fecundidad.

Desde hace poco una nueva categoría de determinantes, los “no convencionales” (como la globalización, las cuestiones de género, el empoderamiento de la mujer, entre otros) ha emergido en la discusión sobre los factores de descenso de la fecundidad y por el momento su comprensión es un desafío para los investigadores ya que no hay un modelo matemático que permita conocer su peso relativo y que ayude a explicar la lógica de su influencia en la fecundidad.

⁶⁵ Experta, CELADE-División de Población, CEPAL.

⁶⁶ Experta, CELADE-División de Población, CEPAL.

⁶⁷ Oficial de Evaluación, Pathfinder International.

El presente trabajo tiene como objetivo describir las tendencias recientes de los principales determinantes próximos de la fecundidad, evaluar la vigencia del modelo propuesto por Bongaarts (1978, 1982) para estimar el efecto de estos determinantes en la reducción de la fecundidad a partir de información actualizada y aplicar las modificaciones sugeridas por Stover (1998) al modelo original.

Los determinantes próximos, conocidos también como variables intermedias, son factores biológicos y de conducta a través de los cuales (y sólo a través de los cuales) variables económicas, culturales y ambientales afectan la fecundidad. Su característica principal es que actúan directamente. Un cambio en ellas implica también un cambio en la fecundidad. Por ejemplo, si la prevalencia anticonceptiva aumenta, el promedio de hijos disminuye, lo cual no es el caso de los determinantes indirectos (como el nivel de ingresos o el de educación) cuya influencia en el nivel de la fecundidad está mediatizada, como ya se dijo, por las variables intermedias.

El grupo de once de estas variables propuesto por Davis and Blake en 1956, fue trabajado por varios investigadores, entre otros por J. Bongaarts (1978, 1982), que demostró que la diferencia en la fecundidad de las poblaciones se debe, mayormente, a la variación en por lo menos una de cuatro de ellas:

- nupcialidad
- uso de anticonceptivos
- infecundidad posparto, y
- aborto inducido

Según el autor, cada una de ellas puede tener una influencia negativa o positiva sobre la fecundidad. Así, en una población en la que el uso de métodos anticonceptivos se practica con éxito, la variable intermedia anticoncepción tendrá un valor negativo en la natalidad. Si no se usa o se usa poco, tiene un valor positivo. La totalidad de las variables intermedias están presentes en todas las sociedades y pueden actuar ya sea para aumentar o para reducir la fecundidad. Si no se practica el aborto, el valor de esta variable en la fecundidad es positivo, porque esta misma ausencia es una forma de influencia. Distintas poblaciones pueden tener valores de una variable iguales o parecidas y tener distintos niveles de fecundidad, pero es improbable que dos sociedades presenten valores similares en todas las variables.

II. Determinantes próximos

1. Nupcialidad

Los factores relacionados con la nupcialidad que afectan la fecundidad son: el porcentaje de mujeres que se unen y su contraparte, el porcentaje de mujeres que permanecen solteras; la edad a la primera unión y la estabilidad de las uniones. Hay mayor información de censos y encuestas sobre los dos primeros, pero es limitada sobre el tercero.

En la mayor parte de los países del mundo, especialmente en los menos desarrollados, la familia es —por lo general— la unidad en la cual tiene lugar la reproducción. El matrimonio, formal o consensual, usualmente marca el comienzo de la formación de la familia y, como tal, afecta la fecundidad directamente, bajo el supuesto que las mujeres en unión tienen una vida sexual regular que las expone al riesgo de embarazo.

Se señala que el modelo latinoamericano contrasta con los nuevos patrones de formación de uniones y de conformación de familias que surgió en los países desarrollados a partir de la década

de 1960 y que se consideran propios de una segunda transición demográfica. Los elementos que estarían presentes en ella serían la postergación cada vez mayor de las uniones, la mayor presencia de cohabitación, la procreación extramarital, así como el incremento de la disolución de uniones y las familias reconstruidas (García y Rojas, 2002).

Se puede observar, para los países latinoamericanos presentados en el cuadro 1, un aumento en la proporción de mujeres en uniones consensuales en desmedro de la proporción de mujeres casadas. No obstante lo anterior el total de mujeres en unión permanece estable. No hay grandes cambios en la proporción de mujeres no unidas, observándose apenas un discreto aumento en algunos países.

Cuadro 1
DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES SEGÚN ESTADO CONYUGAL, PAÍSES Y AÑOS SELECCIONADOS
(porcentajes)

País	Año	Total	Mujeres en unión			No unidas
			Casadas	Unión consensual	Total	
Bolivia	1989	100,0	51,5	10,9	62,4	37,6
	1998	100,0	45,0	14,4	59,4	40,6
Brasil	1986	100,0	49,9	9,0	58,9	41,1
	1996	100,0	47,4	12,7	60,1	39,9
Colombia	1990	100,0	32,3	20,1	52,4	47,6
	2000	100,0	25,0	26,2	51,2	48,8
Perú	1986	100,0	40,1	17,9	58,0	42,0
	2000	100,0	31,3	24,8	56,1	43,9
República Dominicana	1986	100,0	20,2	33,8	54,0	46,0
	1996	100,0	22,8	36,4	59,2	40,8

Fuente: Macro International, encuestas DHS. En: www.measuredhs.com.

La edad de inicio de la unión es el factor más importante de la variable nupcialidad porque tiene mucho que ver con el período de exposición al embarazo.

En la región como un todo, aunque hay un leve incremento de la edad en que la mujer inicia su vida conyugal, éste es un proceso muy lento y se presenta de manera diferencial no sólo por países sino también por áreas y grupos sociales al interior de ellos.

El inicio temprano de la vida marital permanece, con poca variación, en casi todos los países vistos globalmente. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres que al cumplir los 19 años de edad ya está en unión conyugal es superior al 10% en todos los países y abarca a la cuarta parte en Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. Inclusive en Costa Rica en 1999, el 35% de mujeres de 18 y 19 años ya estaba viviendo con pareja (cuadro 2).

Por los datos más recientes de encuestas demográficas aparentemente el patrón temprano de primeras nupcias continuará en las próximas décadas en la mayoría de los países. Alrededor del año 2000, en República Dominicana y Guatemala, la mitad de las mujeres cuya edad al momento de la encuesta era entre 25 y 49 años, se había casado o unido, a los 19,3 años. En otros países como Bolivia, Brasil, Colombia y Perú, esa edad fluctuaba entre 20,5 años y 21,5 años como se aprecia en el cuadro 3. En otras palabras, la primera unión se produjo finalizando apenas la adolescencia. Más aun, aunque puede deberse a errores aleatorios o a falta de comparabilidad de las fuentes, en Haití, la edad mediana al primer matrimonio habría disminuido entre el año 1994 y el 2000 y en Perú su comportamiento fue fluctuante entre 1986 y el 2000.

Cuadro 2

PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS UNIDAS, EN PAÍSES SELECCIONADOS

Nivel de fecundidad, país y año	Porcentaje de mujeres	Nivel de fecundidad, país y año	Porcentaje de mujeres
Muy bajo		Bajo	
Brasil, 1996	13,7	Colombia, 2000	17,6
México, 1997	14,5	República Dominicana, 1998	22,4
Intermedio		Costa Rica, 1999 ^a	35,0
El Salvador, 1998	21,1	Venezuela, 1998	15,8
Perú, 2000	11,3	Medio alto	
Ecuador, 1999	17,0	Nicaragua, 1998	25,6
Alto		Paraguay, 1998	14,7
Haití, 1995	15,0	Honduras, 1996	22,7
Guatemala, 1999	23,7	Bolivia, 1998	10,6

Fuente: Guzmán, José Miguel y otros (2001).

^a Mujeres de 18 a 19 años.

Cuadro 3

EDAD MEDIANA EN LA PRIMERA UNIÓN EN MUJERES DE 25 A 49 AÑOS

Nivel de fecundidad, país y año	Edad	Nivel de fecundidad, país y año	Edad
Muy baja		Media alta	
Brasil	1986	Bolivia	1989
	1991		1994
	1996		1998
Baja		Alta	
Colombia	1986	Haití	1994-95
	1990		2000
	1995	Guatemala	1987
	2000		1995
República Dominicana	1986		1998-99
	1991		
	1996		
Intermedia			
Perú	1986		
	1992		
	1996		
	2000		

Fuente: Macro International, encuestas DHS. En: www.measuredhs.com.

Tradicionalmente la edad al primer matrimonio se considera el hito que marca el inicio de la actividad sexual de la mujer y, consecuentemente, la exposición al riesgo de embarazo; sin embargo, un porcentaje importante de mujeres llega a ser sexualmente activa antes del matrimonio. La serie de encuestas demográficas Encuesta Demográfica y de Salud (DHS) y Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) muestra que la edad mediana a la primera relación sexual se produce 0,1 años antes que la primera unión en Nicaragua y 2,4 años antes en Perú, Colombia y Haití (véase cuadro 4).

En general, la edad mediana de inicio de las relaciones sexuales se ha rejuvenecido ligeramente en la mayor parte de países que cuentan con datos, pero ha permanecido constante o ha aumentado, también levemente, la edad mediana a una primera unión y al nacimiento del primer hijo.

Cuadro 4

**EDAD MEDIANA A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL Y A LA PRIMERA UNIÓN
EN MUJERES DE 25 A 49 AÑOS**

Nivel de fecundidad, país y año		Edad mediana primera		Nivel de fecundidad, país y año		Edad mediana primera	
		Rel. sexual	Unión			Rel. sexual	Unión
Muy baja				Media alta			
Brasil	1986	20,7	21,2	Nicaragua	1998	18,2	18,3
	1996	19,5	21,2				
México	1987	19,6	19,9	Paraguay	1990	19,4	20,9
				Bolivia	1989	18,8	20,3
					1994	18,9	20,6
Baja				Alta			
Colombia	1986	19,4	20,8	Haití	1994-95	19,0	20,8
	2000	19,2	21,5				
					2000	18,2	20,5
República Dominicana	1986	18,2	18,5	Guatemala	1987	18,4	18,6
	1996	18,7	19,3				
					1998-99	18,3	19,3
Intermedia							
Ecuador	1987	19,0	20,1				
El Salvador	1985	18,7	19,0				
Perú	1986	18,9	20,5				
	2000	19,0	21,4				

Fuente: Macro International, encuestas DHS. En: www.measuredhs.com.

La duración de la unión es un factor importante que influye en el nivel de la fecundidad por su vinculación directa con el cese de la exposición al riesgo de embarazo. Pero la información sobre este tema en la mayor parte de los países de la región es escasa y no muy confiable, tanto por la calidad de los registros en sí mismos como también porque la separación —que es la forma más común de disolución— no se reporta como parte de los registros de hechos vitales. Por otro lado, como se recuerda, hasta 1985 siete países de la región⁶⁸ no tenían una ley de divorcio (García y Rojas, 2002).

Aun con limitaciones de subregistro y desactualización, la información disponible muestra el incremento de la ruptura de matrimonios en los últimos 40 años de acuerdo con el cociente divorcios/matrimonios que se incrementa en el tiempo, y sería mayor si se incluyera en los cálculos las separaciones de hecho. Las cifras presentadas por García y Rojas (2002), si bien son gruesas, revelan un incremento de la disolución matrimonial muy elevado y creciente en Cuba (de 5,34

⁶⁸ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua y Paraguay.

divorcios por matrimonio en 1960 a 63,42 en 1996), casi constante en México y Guatemala y creciente, pero moderado, en otros países. El caso cubano puede ser *sui géneris*, pero el aumento en otros países es un indicio del deterioro de la estabilidad de las uniones legales en la región, deterioro que parece acentuarse con el desarrollo alcanzado por los países a juzgar por los porcentajes correspondientes a Canadá (de 5,36% a 48,44% en 1960 y 1996 respectivamente y Estados Unidos (de 25,8% a 49,1% para los mismos años).

En resumen, los datos para la región respecto a los tres factores relacionados con la nupcialidad (la unión, la edad de inicio de la unión y la estabilidad de las uniones) revelan que ha habido una discreta disminución del porcentaje de mujeres que se une en matrimonio o unión consensual, que la edad a la cual comienza la vida conyugal se ha mantenido prácticamente estable en los últimos cuarenta años y que hay una tendencia al aumento de la disolución matrimonial. Se necesita ahondar en este último tema que sería un factor de impacto importante en la fecundidad porque influye directamente en la duración de la unión y, por ende, con las posibilidades de procrear. Por lo demás, la nupcialidad en sí misma no parece haber desempeñado un rol decisivo en el nivel de la fecundidad de la región ni por países, ya que se observa poca variación en los patrones de nupcialidad, pero si variaciones importantes en los niveles de fecundidad.

2. Uso de anticonceptivos

La literatura sobre la transición de altos a bajos niveles de fecundidad en la región abunda en evidencias en el sentido de que ésta ocurrió predominantemente por el incremento del uso de anticonceptivos. Los países de mayor prevalencia de uso de métodos son los de más baja fecundidad (Cuba por ejemplo, aunque aquí el aborto es practicado legalmente lo que da la posibilidad a la mujer de utilizarlo como método de planificación familiar), o son aquellos en los que el promedio de hijos por mujer se ha reducido más aceleradamente (Brasil y México) en las últimas décadas.

La información sobre las prácticas de las mujeres y las parejas para regular la fecundidad en la región tiene dos limitaciones. Primero, no está disponible para todos los países, y segundo, son relativamente recientes. Las encuestas en series comparativas —tipo Encuesta Demográfica y de Salud (DHS) o las conducidas por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)— comenzaron apenas a mediados de los años ochenta. Previamente, la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS) ofreció información para el final de la década de 1970 y, antes que ésta, el Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (PEAL-PECFAL) —desarrollado en un limitado número de países— permitió explorar la situación para el final de los años sesenta. Las encuestas PEAL-PECFAL son pioneras en la región indagando aspectos específicos de la fecundidad y sus determinantes, aparte de los esfuerzos independientes de organizaciones locales en cada país por conocer sobre estos temas tanto en el ámbito nacional como en contextos limitados a ciudades, zonas o desagregaciones territoriales menores. Estos estudios proveen información valiosa pero que tienen limitaciones cuando se trata de hacer comparaciones entre países.

En la región, el uso de anticonceptivos ha aumentado notablemente en las dos últimas décadas aunque de manera heterogénea por país dependiendo del nivel de uso en el año base y del alcanzado en el año más reciente. Por ejemplo, en Haití, que es el país con menor prevalencia de uso de anticonceptivos de la región, el aumento fue de 2,0% anual en el período 1995-2000, y aun así, en este último año el porcentaje de uso de métodos entre las mujeres unidas sólo abarcaba a poco más de la cuarta parte. En contraste, el aumento fue sólo de 0,8% anual en Costa Rica entre 1986-1999 y de 1,1% anual en Colombia entre 1990-2000, países que tienen un porcentaje elevado de usuarias de métodos como se puede ver en el cuadro 5.

Alrededor del año 2000 el uso de anticonceptivos (cualquier método, moderno o tradicional) era practicado por el 80% de mujeres unidas en Costa Rica y por casi el 77% en Brasil y Colombia. También en Ecuador, México, Perú, Nicaragua y República Dominicana, más del 60% de mujeres unidas usaba alguna forma de protección para evitar un embarazo. Como ya se dijo, en Haití el porcentaje de uso es todavía bajo, lo mismo que en Guatemala y, en cierta forma, en Bolivia.

Hacia finales de la década de 1990, los niveles de uso de métodos anticonceptivos en países menos desarrollados (como los de América Latina) y más desarrollados se han acercado mucho. Inclusive, según una reciente publicación (aunque los datos no son en todos los casos para años actuales), en ciertos países de América Latina (Costa Rica, Brasil y Colombia, por ejemplo) el uso de anticonceptivos sería mayor que en algunos países de Europa, Asia y América del Norte (tales como Italia, Japón y Canadá). Véanse cuadros 5 y 6.

Cuadro 5

PORCENTAJE DE MUJERES EN UNIÓN QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE MÉTODO, PAÍSES Y AÑOS SELECCIONADOS

País y año	Total	Tipo de método ^a		País y año	Total	Tipo de método ^a	
		Moderno	Tradicional			Moderno	Tradicional
Bolivia				Haití			
1989	30,2	12,2	18,0	1994-1995	18,0	13,2	4,8
1994	45,3	17,7	27,6	2000	28,1	22,3	5,8
1998	48,3	25,2	23,1	Honduras			
Brasil				1987	40,6	33,0	7,6
1986	65,8	56,6	9,2	1996	50,0	39,7	10,3
1996	76,7	70,3	6,4	México			
Colombia				1987	52,7	44,6	8,1
1990	66,1	54,6	11,5	1997	67,5	56,0	11,6
1995	72,2	59,3	12,9	Nicaragua			
2000	77,0	63,3	13,7	1992-1993	48,6	44,9	3,7
Costa Rica				1998	60,3	57,4	2,9
1986	69,0	58,0	11,0	Paraguay			
1992	75,0	65,0	10,0	1990	44,1	35,2	8,9
1999	80,0	71,0	9,0	1995-1996	50,8	41,3	9,5
Ecuador				1998	57,4	47,7	9,7
1987	44,3	35,8	8,5	Perú			
1994	56,8	45,7	11,1	1991-1992	59,0	32,8	26,2
1999	65,8	50,0	15,8	1996	64,2	41,3	22,9
El Salvador				2000	68,9	49,7	19,2
1985	47,3	44,3	3,0	República Dominicana			
1993	53,4	48,4	5,0	1991	56,4	51,7	4,7
1998	59,8	54,1	5,7	1996	63,7	59,2	4,5
Guatemala							
1987	23,2	19,0	4,2				
1995	31,4	26,9	4,5				
1998-1999	38,2	30,9	7,3				

Fuente: Encuestas de demografía y salud de los respectivos países (en base a las publicaciones nacionales).

^a Método moderno: píldora, dispositivo intrauterino (DIU), inyección, vaginales, condón y esterilización (femenina o masculina), Norplant, anticoncepción de emergencia. Método tradicional: ritmo/Billing, retiro, amenorrea por lactancia y otros métodos folclóricos.

Cuadro 6

PORCENTAJE DE MUJERES EN UNIÓN QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, POR TIPO DE MÉTODO, PAÍSES Y AÑOS SELECCIONADOS

País y año	Total	Tipo de método ^a	
		Moderno	Tradicional
Europa			
Bulgaria 1997-98	41,4	25,6	15,8
Reino Unido 1998-99	72,0	71,0	1,0
Suiza 1995	82,0	77,5	4,5
Italia 1996	60,2	39,2	21,0
España 1999	71,9	66,9	5,0
Países Bajos 1993	78,5	75,6	2,9
Estonia 1994	70,3	56,4	13,9
Francia 1998	79,5	73,8	5,7
Norte América			0,0
Canadá 1995	68,9	67,7	1,2
Estados Unidos 1995	76,4	71,6	4,8
Asia			0,0
China 1997	83,8	83,3	0,5
Japón 2000	55,9	55,1	0,8

Fuente: Population Reference Bureau (2002).

^a Método moderno: píldora, dispositivo intrauterino (DIU), inyección, vaginales, condón y esterilización (femenina o masculina), Norplant, anticoncepción de emergencia. Método tradicional: ritmo/Billing, retiro, amenorrea por lactancia y otros métodos folclóricos.

Sin embargo, hay diferencias sustanciales en las características del uso de métodos entre los países desarrollados y los países en desarrollo. Por un lado, en estos últimos, el porcentaje de uso es poco homogéneo, y además es alta y creciente la proporción de esterilizaciones (mientras que el uso de métodos tradicionales se manifiesta alto en naciones más desarrolladas).⁶⁹

En efecto, en la región es elevada la proporción de usuarias del método definitivo⁷⁰ (y se insinúa un aumento de la esterilización masculina) revelando que lo que desean es cesar la procreación y no espaciar el nacimiento de los hijos.

Por otro lado, en los países desarrollados es elevado el porcentaje de uso de métodos modernos frente a los tradicionales, pero es más bajo en Latinoamérica. En efecto, excepto en Italia y Bulgaria donde ese porcentaje es menor que en el resto, en los demás países es cercano al valor de la prevalencia total, tal es el caso de China, Reino Unido y Canadá por ejemplo, como se muestra en el cuadro 6. En cambio, en América Latina, si bien hay países (Costa Rica, Brasil y Cuba) en donde la prevalencia de métodos modernos se acerca a la prevalencia total, en otros como Bolivia, Haití y Guatemala, la cifra no supera el 30%. En el intermedio hay países cuya prevalencia de uso de métodos modernos fluctúa entre el 50% y el 60%.

Aparentemente, la prevalencia anticonceptiva total (cualquier método) no ha sobrepasado hasta ahora el 85%. De acuerdo a datos actualizados (PRB, 2002), China cuya prevalencia

⁶⁹ Esto se debe al alto nivel de uso de métodos tradicionales en los países de la antigua Unión Soviética y Europa Oriental.

⁷⁰ En Brasil y la República Dominicana, la anticoncepción quirúrgica voluntaria había sido elegida por el 40% de usuarias de métodos en 1996; mientras que ese mismo año, Puerto Rico tenía la tasa más alta de esterilización del mundo con un 45,5% de usuarias entre las mujeres unidas (UN, 2001).

anticonceptiva, entre los países que cuentan con datos, es la más elevada del mundo, tenía en 1997 un 83,8% de usuarias unidas considerando todos los métodos y 83,3% si se cuenta los métodos modernos. Costa Rica, en América Latina, en el año 2000, se acerca a este valor con 80% de prevalencia total y 71% de métodos modernos. Los bajos porcentajes de uso en ciertos países desarrollados podría deberse al hecho que como en ellos el aborto es legal, el recurso a este procedimiento estaría supliendo el uso de formas de prevención de embarazos no deseados (algunos de los cuales terminan en aborto inducido voluntariamente).

El uso de anticonceptivos se ha incrementado debido a la existencia de programas nacionales de planificación nacional, que han generalizado el acceso a métodos anticonceptivos modernos, a cambios en las aspiraciones sobre el tamaño de familia y al continuo desarrollo de nuevas formas anticonceptivas, permitiendo que se logre el tamaño deseado de familia.

3. Infecundidad posparto

Después del parto y antes del retorno de la menstruación el riesgo de concebir es prácticamente inexistente y depende, en gran parte, de la duración e intensidad de la lactancia que, como se sabe, produce la supresión biológica de la menstruación y, en consecuencia, la postergación del regreso de la fertilidad.

Indicadores de infecundidad posparto se presentan en el cuadro 7 para algunos países de la región observándose que si bien varían enormemente, en general se observa que el período de amenorrea es más largo que el de la abstinencia sexual posparto y es, por lo tanto, el principal determinante de la duración de la infecundidad posparto.

Cuadro 7

DURACIÓN MEDIANA DE LA AMENORREA, DE LA ABSTINENCIA SEXUAL POSPARTO Y DE LA INSUSCEPTIBILIDAD POSPARTO PARA PAÍSES Y AÑOS SELECCIONADOS

País	Año	Duración mediana (en meses)		
		Amenorrea	Abstinencia sexual	Insusceptibilidad posparto
Bolivia	1989	10,7	2,7	11,4
	1998	9,6	2,7	11,0
Brasil	1986	2,5	1,9	3,2
	1996	3,0	2,2	4,3
Colombia	1986	3,5	2,5	4,4
	2000	4,3	2,4	5,5
Ecuador	1987	6,1	2,0	8,1
Guatemala	1987	11,9	3,0	13,2
	1998-1999	9,5	2,3	10,0
México	1987	3,4	2,2	4,3
Nicaragua	1997/98	5,0	2,5	6,4
Paraguay	1990	4,5	2,1	5,3
Perú	1986	6,1	2,5	8,3
	2000	9,0	2,5	9,9

Fuente: Macro International, encuestas DHS. En: www.measuredhs.com.

En países con alta fecundidad, la duración de la lactancia es alta pero hay evidencias que más allá de cierto período, sus efectos inhibidores disminuyen e inclusive desaparecen. Así, se ha demostrado que la lactancia exclusiva (cuando el niño vive sólo de leche materna) protege a la

mujer por el tiempo que dure, por lo general, seis meses. Sin embargo, se ha observado que en distintas sociedades el intervalo intergenésico en mujeres urbanas y rurales nacidas antes de 1930 que no practicaron anticoncepción pero que sí amamantaron a sus hijos, es de poco más de 24 meses. Esto sugeriría una infecundidad debido a la lactancia de 15 meses en promedio.

La duración mediana de la amenorrea fluctúa, para los datos más actuales, de un mínimo de 3 meses en Brasil a un máximo de 9,6 en Bolivia y Guatemala; países en los que habría disminuido en la última década, mientras que habría aumentado —levemente— en Brasil Colombia y Perú. Por su parte, la duración mediana de la abstinencia sexual posparto es bastante parecida en los países y varía muy poco (de 2,2 meses en Brasil y Guatemala a 2,7 en Bolivia) habiéndose mantenido prácticamente inalterable como se ve en el cuadro 7.

4. El aborto inducido

En América Latina, salvo en Cuba, el aborto es penado por ley, salvo que se trate del único medio para salvar la vida de la mujer, con algunas excepciones en ciertos países. Su práctica es clandestina por lo que no se registra ni su número ni sus características. Los pocos datos disponibles son estimaciones indirectas que se aproximan al problema, pero no lo miden exactamente. Hay consenso en que, a pesar de ser ilegal, es frecuente en todos los países. Una reciente publicación (UN, 2001d) de la División de Población de las Naciones Unidas contiene estimaciones que, junto con otras de distintas fuentes, se resumen en el cuadro 8.

Esta revisión del material existente sobre la interrupción voluntaria de la gestación revela que su práctica no es infrecuente en la región. Aparte de las cifras sobre su incidencia, hay información sobre algunos países que vale la pena tomar en cuenta. Por ejemplo, en Argentina se dice que es la causa de muerte más importante en todos los grupos por encima de los 20 años (UN, 2001d); en Brasil la mayor parte de las mujeres que se hacen un aborto es casada; Chile ha tenido muy altas tasas de aborto durante las tres últimas décadas. En un estudio se dice que "...la situación chilena respecto a la fecundidad es paradójica: el aborto inducido es prohibido, la prevalencia anticonceptiva es alta y los métodos modernos están disponibles y accesibles. No obstante, se presume que el número de abortos inducidos es alto, similar a la incidencia de embarazos no planeados o no deseados" (den Draak, 1998).

Aunque no existen datos sobre su número, se piensa que el aborto también es ampliamente practicado en Ecuador, lo mismo que en Haití, particularmente en las áreas urbanas, aunque la DHS de 1994-95 no corrobora este supuesto al encontrar que sólo el 6% de mujeres en Puerto Príncipe y el 3,5% de otras áreas urbanas habían tenido alguna experiencia de aborto desde el inicio de su actividad sexual.

Los cálculos más recientes corresponden a las publicaciones de *The Alan Guttmacher Institute* para seis países de la región (AGI, 1994). Contrariamente a lo que se supone, el aborto es más común entre mujeres casadas, urbanas, con hijos y educadas; siendo la razón más importante para interrumpir la gestación, el haber completado el tamaño deseado de su familia entre las mujeres adultas y el temor a los padres y/o deseo de continuar sus estudios, entre las adolescentes. Problemas de salud de la madre y económicos son raramente mencionados (Ferrando, 2002).

No obstante su no desdeñable práctica en la región, el aborto inducido es la variable intermedia que menor efecto parece tener en el nivel de la fecundidad tal como se mostrará al aplicar el modelo de Bongaarts en la sección siguiente. Igualmente, no hay evidencias que su legalización conduzca a una disminución más rápida del promedio de hijos por mujer, según la observada en un número de países en los cuales el aborto ha sido legalizado (Ferrando, 2002).

Cuadro 8

INDICADORES DE ABORTO INDUCIDO SEGÚN DIVERSAS FUENTES POR PAÍS Y AÑO DISPONIBLE

País	Año	Indicador de aborto inducido	Fuente
Argentina	s/i	Un aborto por dos nacidos vivos	NN.UU. (2001a)
Brasil	1991	1 443 350	AGI (1994)
	s/i	1 a 4 millones	NN.UU. (2001d)
	1987	175 897	Requena (1990)*
Chile	1987	107 510	Paxman y otros (1993)*
	1987	84 123	Molina (1995)*
	1990	159 650	AGI (1994)
Colombia	s/i	Una de cada 4 mujeres se practica un aborto	NN.UU. (2001d)
	1975	18% de todos los embarazos terminaron en aborto ilegal	NN.UU. (2001d)
	1989	25% de todos los embarazos terminaron en aborto ilegal	NN.UU. (2001d)
Cuba	1989	288 400	AGI (1994)
	1968	16,7 abortos legales por mil mujeres en edad reproductiva	NN.UU. (2001d)
	1974	69,5 abortos legales por mil mujeres en edad reproductiva	NN.UU. (2001d)
Haití	1990s	Tasa de aborto entre 47 y 62 por mil mujeres en edad fértil	NN.UU. (2001d)
	1996	209 900	AGI (1999)
México	1994/1995	3% de mujeres en edad fértil desde el comienzo de su actividad sexual	NN.UU. (2001d)
	Comienzos de 1980	800 000	NN.UU. (2001d)
Paraguay	1990	24% de mujeres en edad fértil se practicó un aborto	NN.UU. (2001d)
	s/i	533 100	AGI (1994)
Perú	s/i	26 000	NN.UU. (2001d)
	1979-1984	35% ha tenido al menos un aborto	NN.UU. (2001d)
República Dominicana	1989	145 abortos por cada mil embarazos	NN.UU. (2001d)
	1989	271 150	AGI (1994)
Uruguay	2000	351 800	Ferrando, D. (2002)
	1989	65 000	NN.UU. (2001d)
	1992	82 500	AGI (1994)
	s/i	Tantos abortos como nacidos vivos	NN.UU. (2001d)

Fuente: The Alan Guttmacher Institute (AGI) (1994) y (1999); Naciones Unidas (2001a); *den Draak, M. (1998).

III. Efecto de los determinantes próximos en el descenso de la fecundidad en países seleccionados de la región

1. El modelo original de Bongaarts

Bongaarts (1978, 1982) desarrolló un modelo para relacionar los determinantes próximos de la fecundidad con el nivel observado (tasa global de fecundidad), según el cual el máximo posible de la fecundidad representado por la tasa de fecundidad total (TF) oscila en un rango de 13 a 17 hijos por mujer. La fecundidad observada en distintas poblaciones es menor que este máximo debido básicamente a la influencia de cuatro variables intermedias: el retraso en la unión y/o interrupción de la unión, el uso de anticonceptivos, la prevalencia del aborto inducido y la infecundidad posparto.

El modelo identifica cuatro diferentes niveles de fecundidad, representados por sus respectivos indicadores, cada uno de los cuales toma en cuenta el impacto de las variables recién mencionadas:

- i. **Tasa global de fecundidad (TGF):** es el promedio de hijos por mujer observado en una población y que resulta de la interacción de todas las variables intermedias.
- ii. **Tasa de fecundidad marital (TM):** Si todas las mujeres en edad reproductiva se casaran, entonces la TGF subiría a un nivel de fecundidad marital al excluirse el efecto de la soltería o no unión.
- iii. **Tasa total natural de fecundidad marital (TN):** Si todas las mujeres en edad reproductiva se casaran, si no usaran ninguna forma de anticoncepción y si, además, no practicaran el aborto inducido, la fecundidad marital subiría a un nivel de Tasa Natural de Fecundidad Marital.
- iv. **Tasa de fecundidad total (FT):** Si a la ausencia de la soltería o no unión, uso de anticonceptivos y aborto inducido se agrega la falta de práctica de la lactancia y de la abstinencia posparto, entonces la fecundidad se incrementaría a su máximo posible, es decir la tasa de fecundidad total (FT) que recibe el efecto combinado de las variables intermedias restantes: fecundidad, mortalidad intrauterina espontánea y esterilidad permanente. Según el autor, la TF es constante y similar cualquiera sea la sociedad de que se trate. En cambio, las otras tres varían ampliamente entre poblaciones.

La relación entre el promedio de hijos por mujer (TGF), la fecundidad potencial (TF) y los índices que dan lugar a la fecundidad observada en lugar de la fecundidad máxima, se expresa mediante la siguiente ecuación:

$$\text{Donde: } TGF = FT \times Cm \times Ca \times Cc \times Ci$$

- **TGF** es la tasa global de fecundidad observada en determinado momento, o sea, el número promedio de hijos tenidos por las mujeres en edad fértil.
- **FT** es la fecundidad total
- **Cm** es el índice de matrimonio
- **Ca** es el índice de aborto inducido
- **Cc** es el índice de anticoncepción
- **Ci** es el índice de infecundidad posparto

La acción de las cuatro variables intermedias en la fecundidad es medida en el modelo por índices cuyos valores fluctúan entre 0 y 1 dependiendo, respectivamente, si el efecto de la variable es total o está ausente (o es inexistente).

Cálculo de los índices **Cm**, **Cc**, **Ca** y **Ci**:

a) **Índice de matrimonio (Cm)**

$$Cm = \frac{\sum_x f(x)}{\sum_x f(x) \times m(x)}$$

donde:

f(x) es la tasa específica de fecundidad por edades, generalmente se obtiene por grupos quinquenales de edad, para mujeres en edad fértil, o sea de 15 a 49 años; **m(x)** es la proporción de mujeres unidas de cada edad o grupo de edad.

Y, definimos la tasa de fecundidad marital como $TM = \sum f(x) \times m(x)$ y las tasas específicas de fecundidad marital a la edad **x** como $g(x) = f(x) \times m(x)$

En poblaciones donde se observan valores bajos de la proporción de mujeres casadas para el grupo de mujeres de 15-19 años, se estima la tasa de fecundidad marital **g(x)** como 0,75 de la tasas observada para el grupo de mujeres de 20-24 años.

b) **Índice de anticoncepción (Cc)**

$$Cc = 1 - 1,08 \times e \times u$$

donde:

u es el la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos de las mujeres casadas o unidas en edad reproductiva.

$$u = \sum_m u(m)$$

donde:

u(m) es la proporción de mujeres que utilizan el método anticonceptivo **m**;

e es la efectividad media del uso de métodos anticonceptivos y,

$$e = \frac{\sum_m u(m) \times e(m)}{u}$$

donde:

e(m) es la efectividad del método **m**.

Como estimaciones de la efectividad de los métodos son difíciles de obtener se utilizó los valores propuestos por L. Moreno y S. Singh (1992) (cuadro 9).

Cuadro 9
EFFECTIVIDAD ESTIMADA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Método	Efectividad (e)
Esterilización	1,00
Diu	0,95
Píldora	0,90
Otro moderno	0,80
Otros	0,35

Fuente: Moreno L. y S. Singh (1992).

El factor 1,08 intenta remover el efecto de las mujeres infecundas y fue estimado en base a las encuestas mundial de fecundidad (WFS).

c) Índice de aborto inducido (Ca)

$$Ca = \frac{TGF}{TGF + 0,4 \times (1 + u) \times TA}$$

donde:

TGF es la tasa global de fecundidad;

u es la prevalencia anticonceptiva total;

TA es la tasa total de aborto, incluye solamente los abortos inducidos de las mujeres casadas o unidas.

En la ausencia de abortos inducidos se asume un $Ca=1$.

d) Índice de infecundidad posparto (Ci)

$$Ci = \frac{20}{18,5 + i}$$

donde:

i es la duración media de la infecundidad posparto.

Si una estimación directa de la infecundidad posparto no está disponible o no se puede estimar, entonces se puede obtener un valor aproximado en función de la duración de la lactancia (B). En este caso **i** es estimado según la siguiente ecuación:

$$i = 1,753 \times \ell^{(0,1396 \times B - 0,001872 \times B^2)}$$

e) Índice de esterilidad patológica (Cp)

Bongaarts (1984) incluyó en su modelo original una quinta variable, la esterilidad patológica. Es importante analizar esta variable en forma independiente en países donde hay una incidencia significativa de mujeres estériles debido a enfermedades, como es el caso de algunos países africanos donde, según datos presentados en la década de 1980, alrededor de 60% de las variaciones de la TGF eran debidas a variaciones en la esterilidad por enfermedades, particularmente de transmisión sexual.

El índice de esterilidad patológica (Cp) intenta estimar el efecto de la inhibición de la fecundidad debido a enfermedades. Usa la ecuación desarrollada por Frank (1983) para estimar el índice en función de la esterilidad primaria (nunca han tenido hijos).

$$Cp = \frac{(7,63 - 0,11 \times s)}{7,3}$$

donde:

s es la proporción de mujeres de 45-49 años, casadas o unidas, que no han tenido hijos nacidos vivos.

En este caso el modelo sería:

$$TGF = TF \times Cm \times Ca \times Cc \times Ci \times Cp$$

2. Las modificaciones al modelo original de J. Bongaarts propuestas por J. Stover (1998). (Modelo revisado)

Dado que el modelo original de Bongaarts ha sido propuesto hace más de 20 años y ampliamente utilizado en base a las distintas encuestas de fecundidad, Stover ha considerado conveniente revisar el cálculo de los diferentes índices por varias razones, entre ellas:

- la proporción de mujeres casadas o unidas ya no sería un buen estimador de las mujeres expuestas al riesgo de embarazo;
- el supuesto de independencia entre las variables estaría más afectado por la sobreposición de situaciones incluidas en los distintos factores, por ejemplo se da el traslape de mujeres no expuestas al riesgo de embarazo y utilizan métodos anticonceptivos y,
- las últimas rondas de encuestas de demografía y salud (DHS) han incluido una serie de preguntas que permiten medir de manera más directa los índices incluidos teóricamente en el modelo original.

Las modificaciones propuestas serían:

a) Índice de matrimonio (Cm) por el índice de actividad sexual (Cx)

La intención del índice de matrimonio es medir el efecto de la reducción de la fecundidad total, del período durante el cual las mujeres en edad fértil son sexualmente inactivas. En el pasado se aproximaba a esta situación considerando a las mujeres que vivían fuera de una unión, asumiendo que éstas no estaban expuestas al riesgo de embarazarse.

En sociedades donde un número no despreciable de mujeres fuera de unión son sexualmente activas, de no considerarlas se estaría sobreestimando el índice respectivo y en consecuencia atribuyendo más importancia al determinante de la que realmente tiene.

Al contrario, al incluir en el procedimiento de cálculo del índice a las mujeres que viven en unión y no son sexualmente activas, se estaría subestimando el índice y el efecto del determinante.

La modificación propuesta sería utilizar la proporción de mujeres sexualmente activas en lugar de la proporción de mujeres casadas o unidas.

En este caso hay que definir cuáles son las mujeres en edad fértil sexualmente activas. Varias definiciones de sexualmente activas son posibles dependiendo del período de referencia considerado para medir actividad sexual. A partir de estudios realizados se llegó a la conclusión de que lo mejor sería introducir en el modelo la frecuencia de las relaciones sexuales. Sin embargo, la solución práctica adoptada es considerar como sexualmente activas a las mujeres en edad fértil que han tenido relaciones sexuales en el último mes, agregando a las que están actualmente embarazadas y aquellas que están en abstinencia posparto, dado que estas últimas claramente han estado expuestas al riesgo de embarazo recientemente. En este caso tendríamos el índice de actividad sexual, C_x dado por:

$$C_x = \frac{\sum_x f(x)}{\sum_x f(x) \times s(x)}$$

donde:

$s(x)$ es la proporción de mujeres de edad x que son sexualmente activas según la definición anterior.

b) Índice de esterilidad (C_f)

Dado que estimaciones más directas de la esterilidad pueden ser obtenidas de las encuestas, la modificación sugerida es utilizar directamente el complemento de la proporción de mujeres estériles.

$$C_f = 1 - f$$

donde:

f es la proporción de mujeres sexualmente activas que son infecundas.

En la práctica se utiliza la definición de infecundas de las encuestas DHS: a las mujeres que están en menopausia; a las que han estado casadas o unidas y que no hayan tenido hijos en los últimos cinco años y que no están en período de amenorrea posparto o no están embarazadas y que no utilizan métodos anticonceptivos. Incluye también a las que se declaran infecundas.

c) Índice de anticoncepción (C_u)

El índice de anticoncepción intenta medir el efecto del uso de métodos anticonceptivos en la inhibición de la fecundidad. La fórmula original incluye un factor de ajuste por infecundidad de 1,08. Cuando la prevalencia es alta (próxima a 90%) el procedimiento de cálculo que utiliza esta estimación, arroja valores del índice inconsistentes, muy cercano a cero, e incluso negativo.

Otro problema surge cuando un número importante de mujeres infecundas utilizan métodos anticonceptivos, en particular si la esterilización es uno de los principales métodos escogidos. Hay una sobreposición entre las esterilizadas y las infecundas.

La solución propuesta es remover a las infecundas del índice de anticoncepción, además ahora estas mujeres son incluidas en el índice de esterilidad. En ese caso la ecuación se simplifica a:

$$Cu = 1 - u \times e$$

Otro aspecto considerado es la sobreposición entre las mujeres en amenorrea posparto que utilizan métodos anticonceptivos. Se propone excluir las mujeres que están en período de amenorrea posparto por menos de seis meses, y que utilizan métodos anticonceptivos, de este índice.

$$Cu = 1 - (u - a) \times e$$

donde:

a son las mujeres en amenorrea posparto por menos de seis meses y que utilizan métodos anticonceptivos.

En el modelo revisado se sugieren, entonces, tres cambios respecto al modelo original: el primero es utilizar las mujeres sexualmente activas, en lugar de mujeres casadas o unidas, como un indicador de la exposición al embarazo; el segundo, es remover las mujeres infecundas del índice de anticoncepción y, el tercero, es remover a las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos y están en período de amenorrea posparto en los seis primeros meses después del parto.

d) Índice de aborto inducido (Ca)

La sugerencia para el cálculo del índice de aborto inducido es multiplicar la prevalencia anticonceptiva (*u*) por la efectividad (*e*).

$$Ca = \frac{TGF}{TGF + 0,4 \times (1 + u \times e) \times TA}$$

e) Modelo modificado

Dado que no se sugiere ninguna modificación al índice de infecundidad posparto (*Ci*), el modelo modificado queda entonces como:

$$TGF = FT \times Cs \times Cu \times Cf \times Ci \times Ca$$

3. Estimaciones obtenidas para países seleccionados de la región

Las aplicaciones realizadas por Stover (1998), a partir de las modificaciones propuestas al modelo original de Bongaarts, fueron realizadas para un grupo de 15 países, de los cuales 5 países pertenecen a América Latina. Los datos corresponden a las DHS realizadas entre 1990 y 1993. En el presente trabajo se seleccionó a un grupo de países de la región que tuviesen encuestas para años recientes, de tal forma de poder evaluar, entre otra cosas, si dichas modificaciones son pertinentes a tener en cuenta en la actualidad. Los países y períodos analizados son: Brasil⁷¹ (1996); Colombia (1990 y 2000); Perú (1991, 1992 y 2000); República Dominicana (1991 y 1996). Para estos países fue necesario procesar los microdatos para poder estimar los índices modificados. En los puntos siguientes se comentan los resultados obtenidos.

⁷¹ En este caso no se pudo realizar comparaciones temporales ya que la encuesta de 1991 corresponde sólo a la región nordeste del país y la encuesta de 1986 incluye a las mujeres de 15 a 44 años y no indaga sobre algunos aspectos que deberían medirse en la nueva propuesta.

a) Índice de matrimonio (Cm) – Índice de actividad sexual (Cx)

Utilizar la definición de actividad sexual para calcular el índice provocará un incremento en éste en la medida en que mujeres no unidas sean sexualmente activas y lo disminuirá en función de la magnitud de mujeres en unión que no están sexualmente activas. Tal como se muestra en el cuadro 10, la proporción de mujeres casadas o unidas resulta inferior al porcentaje de mujeres sexualmente activas en dos de los cuatro países examinados (Brasil y Colombia) y en los otros dos resulta similar (Perú y República Dominicana). En el primer caso se tiene que la proporción de mujeres no unidas, pero sexualmente activas, supera a las casadas inactivas, mientras que en el segundo caso existe una compensación.

Cuadro 10

PORCENTAJE DE MUJERES CASADAS O UNIDAS, DE MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS Y PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

País	Año	Porcentaje de mujeres		Prevalencia anticonceptiva	
		Unidas	Sexualmente activas	Unidas	Sexualmente activas
Brasil	1996	60,1	66,0	76,7	81,2
Colombia	1990	52,4	54,9	66,1	69,9
	2000	51,2	58,9	76,9	79,6
Perú	1992		56,4	59,0	68,1
	2000	56,1	56,3	68,9	75,2
República Dominicana	1991	55,8	55,6	56,4	61,5
	1996	59,2	59,0	63,7	70,2

Fuente: elaboración propia en base al procesamiento de las bases en: www.measuredhs.com.

Sin embargo, aunque exista una compensación, los datos muestran que el hecho de que no se trate exactamente del mismo grupo de mujeres afecta a las estructuras por edades que resultan al usar una u otra definición, y finalmente ello repercute en el resultado del índice. También el cambio en la definición implica diferencias en la prevalencia anticonceptiva, tal como se verá en el punto siguiente.

Stover realiza una comparación entre el porcentaje de mujeres sexualmente activas y el porcentaje de mujeres en unión para 42 encuestas DHS llevadas a cabo entre 1986 y 1995. Solamente para 4 países se observa un mayor porcentaje de mujeres sexualmente activas, en 14 países la proporción es similar y en 23 países resulta mayor la proporción de mujeres casadas o en unión. Lamentablemente no se presenta una distinción por regiones del mundo ni se identifican a los países como para poder examinar alguna tendencia en relación a los resultados encontrados en el presente trabajo para América Latina.

Sin embargo, un dato a tener en cuenta se refiere a un primer examen del porcentaje de mujeres en unión y del porcentaje de mujeres que tuvieron relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas anteriores a la encuesta, para 7 países latinoamericanos, en dos momentos en el tiempo, alrededor de 1990 y alrededor del 2000.⁷² Esta información reitera lo que se presentara en el punto 1.1 sobre los leves cambios en el porcentaje de mujeres casadas o unidas en este período. No obstante, en 5 de los 7 países el porcentaje de mujeres sexualmente activas se incrementa entre un 6% y un 23% en el

⁷² Los países y períodos son: Bolivia 1989, 1998; Brasil, 1986 y 1996; Colombia 1990, 2000; Guatemala 1987, 1998-1999; Haití, 1994-1995, 2000; Perú 1992, 2000; y República Dominicana 1991, 1996.

período considerado, según las publicaciones nacionales.⁷³ Estas tendencias podrían estar indicando que el comportamiento para la región es una proporción mayor de mujeres sexualmente activas que de casadas o unidas, aunque los datos deberán examinarse de manera completa.

Los resultados de **Cm** y **Cx** se presentan en el cuadro 13. Los índices de actividad sexual arrojan sistemáticamente valores mayores, lo cual indica que según esta definición el efecto de este determinante próximo en la reducción de la fecundidad total sería menos importante que en el modelo original. Según los datos más recientes (1996-2000), **Cm** varía entre 0,49 a 0,57 mientras que **Cx** muestra un rango de 0,58 a 0,67. Tomando en cuenta los 7 casos, las diferencias relativas respecto al modelo original van de un 4% (República Dominicana 1991) a un 30% (Colombia 2000).

En principio, el hecho de que la actividad sexual sea un indicador más directo para medir la exposición al embarazo sugiere que si los datos están disponibles debería usarse el índice modificado.

b) Índice de esterilidad (Cf)

Como ya se mencionara en el punto 2,2, se propone construir el índice de esterilidad para las mujeres sexualmente activas, dado que la información básica está disponible en un gran número de países como para realizar una medición más directa. Este índice incluye tanto la esterilidad natural como la esterilidad patológica, por ello no es directamente comparable con el propuesto por Bongaarts (1984) para países africanos.

El porcentaje de mujeres sexualmente activas infecundas (según la definición presentada en el punto 2,2) calculado por Stover para 23 encuestas DHS realizadas entre 1990 y 1994 oscila entre un 11,0% a un 24,1%, aunque si se observa únicamente a los 6 países latinoamericanos considerados, el rango es de 11,0% a 13,9%. Los valores más elevados para los países africanos y asiáticos, incluidos en estos cálculos, indican un impacto significativo de la esterilidad patológica producida por enfermedades de transmisión sexual que causan esterilidad primaria o secundaria.

Por otra parte, para 26 encuestas DHS, Stover presenta el porcentaje de mujeres sexualmente activas que son infecundas por grupos quinquenales de edad y como promedio para África, Asia y América Latina. Al comparar las curvas obtenidas con los resultados de Nortman en base a los cuales Bongaarts obtuvo el factor 1,08 para remover el efecto de las infecundas del índice de anticoncepción, se observa una significativa coincidencia con el promedio latinoamericano, mientras que los porcentajes de infecundas por edad para África y Asia muestran valores sistemáticamente por encima del promedio de Nortman (calculado con 11 encuestas de fecundidad en 1980). Esto sugiere que si la esterilidad patológica es pequeña, ambas estimaciones —las calculadas por Nortman y las presentadas aquí— arrojan buenas mediciones del nivel de la infecundidad.

Sin embargo, lo anterior se refiere al promedio latinoamericano con lo cual se debe examinar la situación de cada país. Se deduce del cuadro 13 que la proporción de mujeres sexualmente activas estériles (1-Cf) para los países de la región seleccionados fluctúa entre un 7% y un 13%. Estos resultados implican que la corrección de 1,08 en el coeficiente de anticoncepción puede ser adecuado en los países que se ubican en el rango inferior de mujeres infecundas pero no suficiente para el caso de los países que presentan un porcentaje mayor.

⁷³ No se realizaron comparaciones en las magnitudes ya que se recuerda que la definición que propone Stover para las mujeres sexualmente activas incluye, además, a las mujeres que no han tenido relaciones sexuales en las últimas cuatro semanas pero están en abstinencia posparto o embarazadas, situación no incluida en la definición de mujeres sexualmente activas de las publicaciones revisadas.

c) **Índice de anticoncepción original (Cc) – Índice de anticoncepción modificado (Cu)**

La primera modificación propuesta por Stover es considerar la prevalencia anticonceptiva de las mujeres sexualmente activas en lugar de las mujeres casadas o unidas. Como se dijera previamente, el universo de mujeres definido por uno u otro criterio arroja diferencias y en el caso de la prevalencia, ésta resulta sistemáticamente mayor cuando se trata de las mujeres sexualmente activas. Las tasas de prevalencia resultan entre 2,7 a 9,1 puntos superiores respecto a las de las mujeres en unión (ver cuadro 10).

Además, la estructura del tipo de método elegido también difiere según el criterio empleado. En el cuadro 11 puede verse que hay una tendencia a que las mujeres sexualmente activas que usan anticonceptivos, usan relativamente más píldoras que las casadas y, a su vez, recurren menos a la esterilización. No se ven diferencias en el uso del DIU. Para el caso de otros métodos modernos y de métodos tradicionales el panorama es heterogéneo.

Como se ha señalado, el modelo original propone corregir por el factor 1,08 para remover del índice el efecto de las infecundas. La segunda modificación sugerida es eliminar esta situación tomando para el cálculo de la prevalencia a las mujeres fecundas y midiendo de manera separada el efecto de la infecundidad a través del índice de esterilidad (Cf) descrito en el punto anterior. Por lo tanto se quita de la ecuación el factor de 1,08.

Cuadro 11

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES CASADAS O UNIDAS Y DE LAS SEXUALMENTE ACTIVAS QUE UTILIZAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN MÉTODO, PAÍSES Y AÑOS SELECCIONADOS

Método	Brasil 1996		Colombia 1990		Colombia 2000			
	Casadas o unidas	Sex. activas	Casadas o unidas	Sex. activas	Casadas o unidas	Sex. Activas		
Píldoras	27,0	31,3	21,3	23,3	15,3	17,2		
DIU	1,4	1,6	18,8	18,3	16,1	15,6		
Esterilización	55,7	48,6	32,4	29,6	36,5	30,0		
Otro moderno	7,6	10,0	10,1	10,6	15,2	18,8		
Otros	8,3	8,5	17,4	18,2	16,8	18,3		
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
Método	Perú 1992		Perú 2000		República Dominicana 1991		República Dominicana 1996	
	Casadas o unidas	Sex. activas	Casadas o unidas	Sex. activas	Casadas o unidas	Sex. activas	Casadas o unidas	Sex. Activas
Píldoras	9,7	10,6	9,7	10,9	17,4	20,0	20,3	22,2
DIU	22,7	22,2	13,2	14,2	3,2	3,6	3,9	4,1
Esterilización	13,6	11,2	18,6	17,0	68,3	64,9	64,2	61,1
Otro moderno	9,7	10,4	31,6	27,8	2,8	2,8	4,6	5,1
Otros	44,4	45,6	26,9	30,1	8,3	8,8	7,1	7,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia en base al procesamiento de las bases en: www.measuredhs.com.

Según Stover, esta modificación debería ser usada especialmente en los casos en que la esterilización es el principal método de anticoncepción, cosa que de hecho ocurre en tres de los países seleccionados (Brasil, Colombia y República Dominicana). El traslape entre la esterilización y la infecundidad se acentúa particularmente en el grupo de mujeres de 45 a 49 años. Por ejemplo, para Brasil 1996 del total de mujeres esterilizadas el 9% se clasifica también como infecundas, si

se toman a las mujeres de 45-49 años la superposición asciende a un 30%. El impacto será entonces significativo si se emplea el modelo por edades específicas, no obstante a nivel agregado el efecto del traslazo parece no ser importante.

Una tercera modificación apunta a eliminar otra posible superposición, la del uso de anticonceptivos y la amenorrea posparto. Varios estudios han examinado este traslazo y han encontrado que en general es pequeño, por debajo del 3%. Sin embargo para algunos países puede ser más elevado, 5-6% para los métodos inyectables y el condón. Stover muestra que el impacto de esta superposición puede ser importante cuando se utiliza el modelo para proyectar cambios en la fecundidad, como resultado de asumir cambios en los determinantes involucrados.

Para el caso de los cuatro países seleccionados y tomando la encuesta más reciente, el traslazo entre amenorrea posparto y uso de anticonceptivos va de 1,4% (República Dominicana 1996) a 3,3% (Perú 2000) cuando se toma al total de mujeres. En el caso de las mujeres sexualmente activas el rango es de 2,3% (República Dominicana 1996) a 5,1% (Perú 2000). Debido a que algunos métodos hormonales pueden prolongar el período de amenorrea posparto, se sugiere que la superposición para esos métodos sea considerada si ocurre dentro un período inferior a los seis meses de amenorrea. Finalmente, propone excluir del cálculo de este índice a las mujeres que usan anticonceptivos y que están experimentando amenorrea posparto dentro de los primeros seis meses de ocurrido el parto.

Si bien por separado cada una de estas modificaciones parecen no ser significativas, se debe evaluar cómo impactan en su conjunto. Además, esta definición permite tener estimaciones del índice de anticoncepción de manera más “pura” que la versión original.

Los resultados presentados en el cuadro 13 muestran que la importancia de la anticoncepción en la reducción de la fecundidad total es levemente superior en 3 de los 7 casos examinados (puesto que el índice resulta algo menor), igual en un caso y para los otros 3 la tendencia se invierte. Al igual que los resultados encontrados por Stover (para 37 países) las diferencias en general no son significativas y tanto el modelo original como el modificado corroboran que el uso de anticonceptivos sigue siendo el determinante próximo que más impacta en la reducción de la fecundidad. Si se combina el efecto de la anticoncepción con la esterilidad se llega a los mismos resultados que el modelo original para Brasil y Colombia, pero para Perú y República Dominicana el efecto sobre la reducción de la fecundidad resulta más significativo.

d) Índice de infecundidad posparto (Ci)

En el modelo original de Bongaarts este índice podía calcularse de manera directa según la ecuación presentada en 2.2, adoptando el valor de “i” como la duración media de la amenorrea posparto, o, de no conocer este valor, estimándola de manera indirecta usando la duración media de la lactancia.

En una versión posterior Bongaarts propone considerar el efecto combinado de la abstinencia posparto y de la amenorrea, es decir, el efecto de la insusceptibilidad posparto como una medida más completa. En el cuadro 12 se presenta la estimación indirecta de “i” a partir de la duración media de la lactancia, y comparando con la duración media de la insusceptibilidad se observan diferencias importantes según el criterio utilizado. En relación a la estimación de Ci, si se basa en la lactancia se tiende a subestimar la importancia del determinante en relación a los resultados que se derivan de la insusceptibilidad. Cuando la duración de la lactancia es muy elevada las discrepancias van en una u otra dirección (por ejemplo, Perú 1986 y 1992).

e) Efectos de las modificaciones al modelo sobre la fecundidad total

La fecundidad total (FT) en ausencia del efecto de los determinantes próximos fue estimada por Bongaarts en 15,3 hijos. Stover llega a un promedio de 21 y lo designa como fecundidad potencial (FP). Las diferencias se deberían a que, por un lado considera a las mujeres entre 15 y 49 años en lugar de las mujeres 15 a 44 años, tal como ocurría en el pasado. Por lo tanto en lugar de tener un período de 30 años potenciales para procrear se tienen 35 años. Además se incorpora un índice de infecundidad que contiene la esterilidad natural.⁷⁴

Cuadro 12

COMPARACIÓN DEL CÁLCULO DEL ÍNDICE DE INFECUNDIDAD POSPARTO UTILIZANDO EL TIEMPO MEDIO DE LACTANCIA O TIEMPO MEDIO DE INSUSCEPTIBILIDAD POSPARTO

País	Año	Duración media de la lactancia	Duración media de la insusceptibilidad posparto		Coeficiente de infecundidad posparto (Ci)		
			Estimado según lactancia media	Estimado según duración de la amenorrea y de la abstinencia posparto	Estimado según lactancia	Estimado según insusceptibilidad	Diferencia relativa (%)
Brasil	1986	9,40	5,52	5,60	0,83	0,830	-0,34
	1996	11,80	7,01	8,10	0,78	0,752	-4,26
Colombia	1986	11,60	6,88	8,10	0,79	0,752	-4,80
	1990	12,60	7,56	8,20	0,77	0,749	-2,45
	1995	13,90	8,50	9,00	0,74	0,727	-1,85
	2000	15,60	9,81	8,80	0,71	0,733	3,57
México	1987	11,00	6,49	7,80	0,80	0,760	-5,24
Perú	1986	16,60	10,62	11,50	0,69	0,667	-3,02
	1992	17,70	11,54	11,20	0,67	0,673	1,13
	1996	19,90	13,44	12,30	0,63	0,649	3,56
	2000	22,10	15,37	13,20	0,59	0,631	6,40
República Dominicana	1986	9,70	5,69	7,70	0,83	0,763	-8,29
	1991	9,00	5,29	7,10	0,84	0,781	-7,60
	1996	10,50	6,18	7,10	0,81	0,781	-3,74

Fuente: elaboración propia en base al procesamiento de las encuestas DHS.

Debido a que no se tienen estimaciones confiables del aborto, el cociente entre la TGF y el producto de los índices estimados daría como resultado $FT \times Ca$ o $FP \times Ca$, según se trate del modelo original o del modificado, respectivamente. Como puede verse en el cuadro 13, las estimaciones para el modelo original muestran mayor dispersión que las del modelo modificado, inclusive para dos casos los valores del modelo original superan ampliamente el promedio de la fecundidad potencial de 21. Stover encuentra resultados similares para el conjunto de países examinados.

Más aún, asumiendo que el resto de los determinantes próximos no considerados en el modelo no tienen ningún efecto sobre la reducción de la fecundidad potencial, a partir del promedio 21 se puede deducir Ca (haciendo $PT \times Ca / 21$) y así obtener estimaciones de la tasa de aborto. Según Stover el índice de aborto varía entre 0,7 y 1. El cuadro 13 muestra que en el caso del modelo modificado las

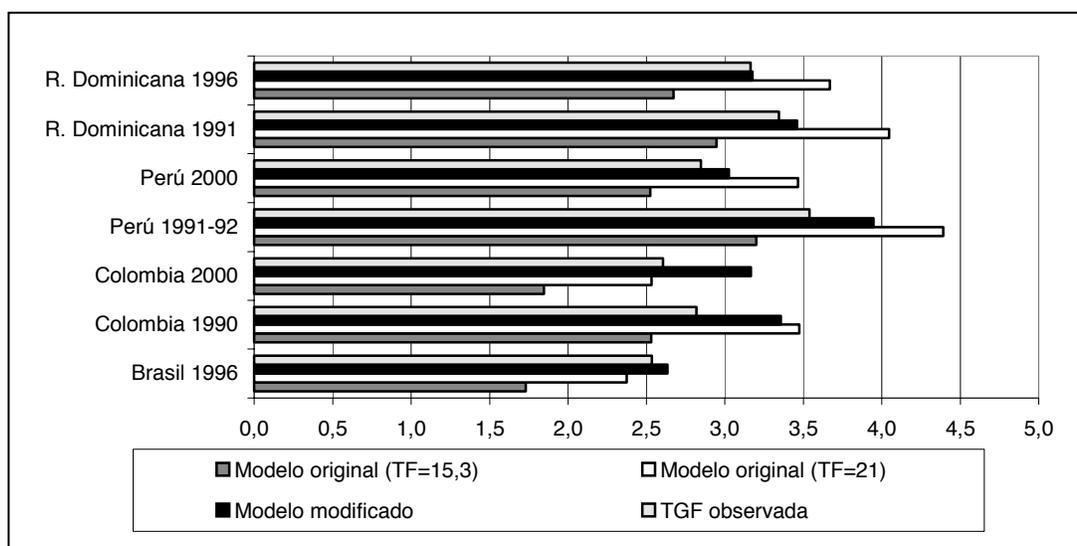
⁷⁴ El valor 21 se obtiene haciendo 35 años x 12 meses / 20 meses por nacimiento (potencial).

estimaciones de **Ca** están dentro del rango establecido. En el caso del modelo original aparecen dos de los países seleccionados con resultados inconsistentes (índice mayor que 1). Si en lugar de tomar el valor 21 para el modelo original se tomara el promedio de 15,3 o 17, que es el límite superior del rango de la FT, las inconsistencias se presentan en todos los casos.

Otra forma de evaluar las nuevas definiciones es examinando la estimación de la TGF partiendo de la FT o FP promedio, aplicándole los índices obtenidos y suponiendo la inexistencia de aborto inducido. En el caso del modelo original esto se hizo para dos situaciones, suponiendo un promedio de 15,3 así como un promedio de 21 (aunque el modelo no incluye un índice de esterilidad, el cálculo se hizo para todas las mujeres entre 15 y 49 años). El gráfico 1 muestra los resultados obtenidos.

En principio puede decirse que el modelo modificado parece arrojar resultados más consistentes, no obstante para el caso de Colombia cualquiera de las dos versiones muestra resultados inexactos. Habría que revisar estas inconsistencias, que pueden deberse tanto a errores en los datos como a la no consideración de otros determinantes en el modelo, así como también examinar estas modificaciones en un número mayor de países latinoamericanos.

Gráfico 1
COMPARACIÓN ENTRE LA TGF OBSERVADA Y LAS ESTIMADAS A PARTIR DEL MODELO ORIGINAL Y DE LAS MODIFICACIONES PROPUESTAS



Fuente: elaboración propia en base al procesamiento de las encuestas DHS.

f) Elementos para la discusión

i. Sobre las modificaciones propuestas

1. Las modificaciones propuestas apuntan a definir y medir de manera más adecuada el efecto de las variables intermedias. Estas mejoras se verán reducidas sin embargo si los datos que se requieren para tales mediciones son menos exactos tal como podría ser el caso, por ejemplo, de la declaración del estado conyugal con respecto a la actividad sexual en las últimas cuatro semanas.

2. La exposición al riesgo de embarazo está presente en las mujeres que son sexualmente activas y la definición adoptada excluye a mujeres en unión cuya vida sexual es menos regular. Sin embargo, no habría razones para suponer que tal irregularidad implica la no exposición a embarazarse, más allá de que reduzca el riesgo. Teniendo en cuenta, además, que la procreación

extramarital no es una característica generalizada en los países de la región, quizá debería ampliarse el conjunto de mujeres expuestas incluyendo a todas las mujeres en unión, más las sexualmente activas según la definición que propone Stover.

3. Si se adopta la definición de mujeres sexualmente activas, debería examinarse la definición operativa adoptada, teniendo en cuenta la frecuencia de las relaciones sexuales y su efecto sobre la fecundidad en el total de mujeres y observando la situación conyugal.

4. En el cálculo del índice de anticoncepción Stover propone que se excluyan a las mujeres que están experimentando amenorrea posparto dentro de un período máximo de 6 meses desde el nacimiento del hijo. Sin embargo, persiste el traslapo entre las mujeres que llevan más de 6 meses en amenorrea posparto y están usando algún método, por lo cual habría que determinar en cuál de los dos índices debería considerarse (en Cu o en Ci).

ii. Sobre la utilidad del modelo

5. En la medida en que la tasa global de fecundidad disminuye, el modelo se vuelve más sensible a la falta del supuesto de independencia de las variables y a los errores en los datos básicos. Si bien las modificaciones propuestas resultan a veces poco significativas, la combinación de las mismas parece conducir a una mejora en las estimaciones del modelo. Sin embargo, no parece relevante la consideración de estos cambios si el modelo se emplea únicamente para medir, *grosso modo*, la importancia de cada variable en la reducción de la fecundidad. La jerarquía resultante es la misma en ambas versiones, aunque la magnitud de la contribución de cada variable difiere.

6. Uno de los propósitos perseguidos en la aplicación del modelo ha sido el obtener estimaciones de la tasa de aborto, una vez que se remueve el efecto de los otros determinantes medidos. Queda todavía por examinar si las modificaciones propuestas permiten alcanzar estimaciones razonables para este determinante, al cual generalmente se lo omite en el modelo por falta de datos confiables, pese a que se reconoce su importancia.

7. Habría que examinar el comportamiento del modelo cuando se aplica en subpoblaciones específicas, según características sociodemográficas, étnicas, etc. y el “costo-beneficio” de considerar las modificaciones respecto al análisis que se desee hacer.

8. Si bien el modelo ha sido ampliamente utilizado en el pasado, queda todavía por considerar la vigencia de esta simplificación, lo cual conlleva estimaciones inconsistentes no sólo por los errores en los datos básicos sino por la no inclusión de otros factores pertinentes.

Cuadro 13
ESTIMACIONES DE LOS COEFICIENTES DEL MODELO ORIGINAL DE BONGAARTS Y DEL MODELO MODIFICADO PROPUESTO POR STOVER, PAÍSES Y AÑOS SELECCIONADOS

País	Año	Modelo original							Tasa global de fecundidad (TGF)	Índice de aborto inducido estimado (Ca)
		Índice matrimonio (Cm)	Índice de anticoncepción (Cp)	Índice de esterilidad (Cf)	Cu×Cf	Índice infecundidad posparto (Ci)	Fecundidad total por índice de aborto inducido (FT×Ca)			
Brasil	1996	0,54	0,25	---	---	0,75	24,6	2,5	1,174	
Colombia	1990	0,49	0,40	---	---	0,75	18,9	2,8	0,899	
	2000	0,49	0,30	---	---	0,73	23,9	2,6	1,137	
Perú	1992	0,51	0,57	---	---	0,67	17,9	3,5	0,852	
	2000	0,52	0,47	---	---	0,63	18,4	2,8	0,877	
República Dominicana	1991	0,53	0,44	---	---	0,78	18,5	3,3	0,882	
	1996	0,57	0,37	---	---	0,78	19,3	3,2	0,920	
		Modelo modificado								
País	Año	Índice de actividad sexual (Cx)	Índice de anticoncepción (Cu)	Índice de esterilidad (Cf)	Cu×Cf	Índice infecundidad posparto (Ci)	Fecundidad total por índice de aborto inducido (FT×Ca)	Tasa global de fecundidad (TGF)	Índice de aborto inducido estimado (Ca)	
Brasil	1996	0,67	0,28	0,90	0,25	0,75	20,2	2,5	0,962	
Colombia	1990	0,56	0,42	0,91	0,38	0,75	17,6	2,8	0,840	
	2000	0,64	0,35	0,93	0,32	0,73	17,3	2,6	0,824	
Perú	1992	0,56	0,55	0,91	0,50	0,67	18,8	3,5	0,897	
	2000	0,58	0,45	0,87	0,39	0,63	19,8	2,8	0,941	
República Dominicana	1991	0,55	0,44	0,88	0,38	0,78	20,3	3,3	0,966	
	1996	0,61	0,36	0,90	0,32	0,78	20,9	3,2	0,996	

Fuente: elaboración propia en base al procesamiento de las encuestas DHS.

IV. Conclusiones

De acuerdo a los resultados del modelo de Bongaarts, ya sea en su versión original o modificada, puede decirse que el uso de anticonceptivos continúa siendo el determinante próximo que más impacta en la reducción de la fecundidad. Durante la década de 1990 y para los países examinados, este factor ha incrementado inclusive su importancia relativa en comparación con los otros determinantes. Es así como, de acuerdo a las cifras correspondientes a las encuestas del año 2000 (o próximas a éste) el modelo indica que, manteniendo el resto de los determinantes constantes, la anticoncepción es responsable de reducir entre un 55% a 70% el valor de la fecundidad total.

En segundo lugar de importancia se encuentra la nupcialidad o el inicio a la actividad sexual, aunque su impacto es sensiblemente menor que el de la anticoncepción. Sin embargo hacia el año 2000 sería responsable de una reducción situada entre un 40% y un 50% de la fecundidad total, nuevamente si suponemos constante el efecto de los otros determinantes. En cuanto al índice de infecundidad posparto, éste muestra la menor importancia entre las tres variables consideradas y poca variación entre las encuestas del período inicial y final. No se dispuso de información confiable para medir el efecto del aborto inducido.

Ahora bien, la prevalencia de anticonceptivos entre las mujeres unidas para los países examinados fluctúa entre un 64% en República Dominicana 1996 a un 77% en Colombia 2000, con una tasa global de fecundidad de 3,2 y 2,4 respectivamente. Estas cifras indicarían que resta una fracción de mujeres potencialmente usuarias suficiente para reducir la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (2,1), ello sin entrar a considerar elementos como el tipo de métodos y la efectividad de los mismos. Haciendo un ejercicio a partir del modelo de Bongaarts, suponiendo que el resto de determinantes no cambia en el tiempo y que la efectividad promedio de los métodos también se mantiene constante de acuerdo a la última encuesta, una tasa de fecundidad de 2 hijos por mujer implicaría en el modelo una prevalencia anticonceptiva de 77% y 84% para República Dominicana y Colombia, respectivamente. A su vez, si la expansión en la cobertura sigue el ritmo observado entre las dos últimas encuestas de cada país, en menos de 10 años se llegaría a los niveles de prevalencia necesarios para tener una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo.

Por otra parte, si bien en décadas pasadas la nupcialidad —factor relevante por su relación con la exposición al riesgo de embarazo— no tuvo un rol decisivo en el descenso de la fecundidad, existen evidencias que conducen a pensar que este hecho podría revertirse. Hay al menos dos elementos a tener en cuenta. Por un lado, se visualiza una tendencia de aumento a la disolución de las uniones, cosa que afecta directamente su duración y la exposición al embarazo, con lo cual habría que investigar en qué medida ello impactaría en la reducción de la fecundidad. Por otra parte, pese a que la edad promedio a la primera unión ha permanecido estable en la última década, es de notar que este indicador muestra brechas significativas según el nivel de instrucción de las mujeres. Es así como en las últimas encuestas de demografía y salud, la edad promedio a la primera unión de las mujeres entre 25 y 49 años oscila entre los 16 y 20 años para aquéllas sin educación formal, mientras que para las mujeres con secundaria o más las cifras se mueven entre los 22 y los 25 años. Es sabido que las mujeres de América Latina presentan un aumento sostenido en los años de estudio y que esta tendencia seguirá su curso. Por lo tanto, la consideración de los determinantes indirectos, como la educación, constituye un aspecto clave a la hora de formular escenarios sobre la tendencia futura de la fecundidad.

Bibliografía

- AGI (The Alan Guttmacher Institute) (1999), *Sharing Responsibility. Women, Society and Abortion Worldwide*, Nueva York.
- _____ (1994), *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*, Nueva York.
- Bongaarts, J. (1985), "The Concept of Potential Fertility in Evaluation of the Fertility Impact of Family Planning Programmes", *Studies to Enhance the Evaluation of Family Planning Programmes*, United Nations.
- _____, O. Frank y R. Lesthaeghe (1984), "The Proximate Determinants of Fertility in Sub-Saharan Africa", *Population and Development Review*, vol. 3, N° 3, September.
- _____ (1982), "The Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables", *Studies in Family Planning*, vol. 3, N° 6/7, junio/julio.
- _____ (1978), "A framework for Analyzing the proximate Determinants of Fertility", *Population and Development Review*, vol. 4, N° 105-132.
- Davis, Kingsley y J. Blake (1956), "Social structure and fertility: An analytic framework", *Economic and Cultural Change*.
- den Draak, Maaik (1998), "Contraceptive and Induced Abortion Behaviour in Chile: Hindering and Enabling Factors. Applying the Process-context Approach", *Demographic Reports*, Faculty of Spatial Sciences, University of Groningen, The Netherlands.
- Ferrando, Delicia (2002), "Tendencias de la Fecundidad en América Latina: 1950-2000", CEPAL/CELADE, inédito.
- Frank, O. (1983), En: Stover, J. (1998), "Revising the Proximate Determinants of Fertility Framework", *Studies in Family Planning*, vol.29, N° 3, septiembre.
- García, B. y O. L. Rojas (2002), "Cambios en la formación y disolución de uniones en América Latina", *Papeles de Población N° 32*, El Colegio de México, abril/junio.
- Guzmán, José Miguel y otros (2001), Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe, *Fondo de Población de las Naciones Unidas*, México.
- Macro International (2001), "Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar. 2000", mayo.
- _____ (2000), "Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2000", octubre.
- _____ (1997), "Brasil: Pesquisa nacional sobre demografía e saúde. 1996", marzo.
- _____ (1997), "República Dominicana: Encuesta demográfica y de salud, 1996", junio.
- _____ (1992), "Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar. 1991/1992", septiembre.
- _____ (1992), "República Dominicana: Encuesta demográfica y de salud, 1991", septiembre.
- _____ (1991), "Colombia: Encuesta de prevalencia, demografía y salud, 1990", abril.
- Moreno, L. y S. Singh (1992), "Descenso de la fecundidad y cambios en sus determinantes próximos en América Latina", *Notas de Población N° 55*, CELADE, junio.
- PRB (Population Reference Bureau) (2002), *Planificación Familiar a Nivel Mundial. Cuadro de Datos de 2002*, noviembre.
- Sing, S., J. Casterline y J. G. Ay Cleland (1985), "The Proximate Determinants of Fertility: Sub-National Variations", *Population Studies*, vol. 29, N° 2.
- Stover, J. (1998), "Revising the Proximate Determinants of Fertility Framework", *Studies in Family Planning*, vol.29, N° 3, septiembre.
- United Nations (UN) (2001a), *World Population Prospects: The 2000 Revision*, Volume I, Comprehensive Tables. Table A-24, Nueva York.
- _____ (2001b), "Demographic Situation in High Fertility Countries", *Workshop on Prospects for Fertility Decline in High Fertility Countries*, Nueva York, 9-11 de julio de 2001.
- _____ (2001c), *World Contraceptive Use*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Nueva York.
- _____ (2001d), *Abortion Policies. A Global Review, Country Profiles*, Volume I, II and III, Nueva York.

Las uniones conyugales en América Latina: transformaciones en un marco de desigualdad social y de género⁷⁵

*Brígida García*⁷⁶
*Olga Rojas*⁷⁷

I. Introducción

El objetivo de este trabajo es aportar información y elementos de reflexión sobre las tendencias que actualmente caracterizan a la formación y disolución de las uniones conyugales en América Latina. Nos interesa la discusión de los datos existentes, pero sobre todo la exploración del significado de los mismos en un marco de desigualdad social y de relaciones de género como el que caracteriza a nuestros países.

Una perspectiva de referencia que gana hoy en día popularidad para explicar, tanto las tendencias en nupcialidad como las de fecundidad y arreglos residenciales en diversos países, es la de la llamada segunda transición demográfica que ha tenido lugar en Europa Occidental y en los Estados Unidos. En un primer momento se identifican las principales transformaciones familiares que dieron pie al surgimiento de este concepto, así como las distintas interpretaciones

⁷⁵ Este trabajo es una versión modificada y ampliada de la ponencia "Recent Transformations in Latin American Families: a Socio-Demographic Perspective", presentada por las autoras en la XXIV Conferencia Internacional de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), que tuvo lugar en Salvador, Bahía, Brasil, en agosto, 2001.

⁷⁶ Investigadora Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano (CEDDU) - El Colegio de México

⁷⁷ Investigadora Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano (CEDDU) - El Colegio de México.

del mismo, pues esto nos ayudará a precisar la pertinencia de todo este esquema interpretativo en el caso de nuestra región.

En un segundo momento se busca sistematizar información de censos y encuestas sobre las tendencias que hoy caracterizan a la edad a la unión conyugal, el celibato permanente, las uniones consensuales, los divorcios y separaciones. Un aspecto central de este apartado es dar cuenta de lo que ya se sabía hasta la década de los años 80, y explorar en qué medida la información más reciente permite delinear un panorama distinto o ratificar las tendencias ya conocidas. Le hemos dado aquí prioridad a las fuentes que nos permiten comparar un mayor número de contextos nacionales con el fin de indicar posibles patrones a nivel de conjuntos de países o subregiones que se han destacado por estar a la vanguardia o que se han rezagado en las transformaciones ocurridas en la fecundidad y la mortalidad. A partir de esta sección, en la siguiente analizamos el posible significado de las tendencias actuales. En este apartado se revisan resultados de estudios cuantitativos y cualitativos con el propósito de destacar las interpretaciones que tienen mayor respaldo y las hipótesis más plausibles en torno a los cambios actuales en la formación y disolución de las familias. Reciben especial atención las investigaciones que aclaran las diferencias según grupos sociales, así como aquellas que permiten profundizar en el posible papel que juega la condición de la mujer latinoamericana y las relaciones de género en las modificaciones en las uniones conyugales. En una sección final, se retoman las implicaciones de nuestro análisis para la discusión global sobre las transformaciones familiares en nuestra región, y la discusión sobre la llamada segunda transición demográfica y su pertinencia para explicar nuestra realidad poblacional y social, en particular en lo referido a la tendencia futura de la fecundidad.

II. Antecedentes sobre la llamada segunda transición demográfica

A partir de la década de 1960 se observaron en Europa Occidental y en los Estados Unidos una serie de cambios no anticipados en el ámbito familiar. Primero comenzaron a elevarse sistemáticamente los divorcios y la edad al casarse y el incremento en la natalidad conocido como el *baby boom* llegó a su fin. En un segundo momento se expandió la cohabitación y la procreación en este tipo de unión, pero la fecundidad siguió cayendo, se hizo más tardía y comenzó a situarse por debajo del nivel de reemplazo en muchos países. Lo anterior ha llevado a modificar enteramente el crecimiento poblacional, el papel del matrimonio en la vida social, así como los arreglos residenciales que ahora tienen un componente más importante de familias monoparentales –la mayoría encabezadas por mujeres– y de hogares unipersonales. Según varios estudiosos, este conjunto de cambios se fueron descubriendo a medida que aparecieron las estadísticas y son de suficiente envergadura como para conformar una denominada segunda transición demográfica (véanse en especial Lesthaeghe y van de Kaa, 1986; van de Kaa, 1980, 1987; Lesthaeghe, 1995, 1998).

Aunque los distintos autores difieren en la identificación de los cambios específicos que definirían a esta segunda transición, así como en la temporalidad que sería pertinente para dar cuenta de los más relevantes, no hay duda de que las transformaciones en las normas, las actitudes y las motivaciones se consideran como aspectos centrales de todo el proceso. La primera transición se habría caracterizado por ser más bien de tipo altruista, pues habría estado orientada a mejorar la calidad frente a la cantidad de los hijos. En cambio, en esta segunda transición prevalecerían las motivaciones individuales, la búsqueda de mejores relaciones de pareja, las manifestaciones públicas de autonomía personal frente a los controles institucionales y del Estado.

Para van de Kaa (1980, 1987), en esta segunda transición sin duda estarían presentes también los crecientes costos de oportunidad que representan el matrimonio y la paternidad/maternidad para los hombres, y especialmente para las mujeres. Sin embargo, otorga un papel central a los cambios

sociales y culturales y repasa varias interpretaciones en esta dirección. Entre ellas estarían la continuada secularización e individuación que llevarían a las personas a romper con los comportamientos largamente establecidos; la tendencia hacia la mayor autorrealización; la vigencia de las perspectivas que otorgan valor a la igualdad, la emancipación y la plena participación de las mujeres y los grupos desfavorecidos en la sociedad; el advenimiento del posmaterialismo frente al materialismo, y el de los valores no burgueses frente a los burgueses. Sin embargo, para este autor lo mejor es conceptualizar los cambios culturales que han llevado a la segunda transición en términos de avance de las tendencias progresistas o “progressiveness” (entendidas como la propensión a abrazar lo nuevo, la igualdad y la libertad), en comparación con las posiciones conservadoras que subrayan el valor de las costumbres y la tradición y se oponen a las transformaciones.

Lesthaeghe (1995, 1998) construye un esquema multicausal más completo para interpretar la llamada segunda transición demográfica en Europa y Estados Unidos, y le otorga además un papel más central a las transformaciones en la escolaridad y la participación económica y política femenina.⁷⁸ Coincide no obstante con considerar primero a las motivaciones, y principalmente al cambio desde el período que Aries (1980) denominó como del “niño-rey” a otra etapa centrada en los adultos, su desarrollo y la calidad de las relaciones entre los cónyuges. Adicionalmente, considera también válidas las interpretaciones económicas de autores como Easterlin *et al* (1990) y Becker (1981), donde se destaca la relevancia de la autonomía financiera femenina para explicar el alza en los costos de oportunidad y las reducciones en las ganancias obtenidas en el matrimonio por parte de las mujeres, así como la competencia entre las aspiraciones de consumo y los recursos. Sin embargo, considera que los factores económicos tendrían que ser complementados con los aspectos institucionales y políticos. Las últimas décadas del siglo XX se habrían caracterizado por el fin del control institucional de las iglesias y del Estado sobre la conducta individual. No sería la primera vez que la autonomía individual jugaría un papel importante, puesto que la primera transición demográfica habría tenido componentes de autonomía expresados como actos de desacuerdos privados contra los impedimentos religiosos para usar anticonceptivos. En cambio, durante la segunda transición habría tenido lugar una manifestación pública y más amplia de autonomía individual y de antiautoritarismo en los campos de la socialización, la autoridad religiosa, los valores políticos, la esfera doméstica y la sexualidad.

¿En qué medida han ocurrido los cambios demográficos y sociales mencionados arriba en el caso de América Latina? En caso de haber tenido lugar, ¿podrían ser interpretados mediante conceptualizaciones análogas a las empleadas en la explicación de esta llamada segunda transición demográfica? Hasta ahora, un importante punto de referencia en la región han sido las etapas de la (tradicional, primera) transición demográfica, especialmente en lo que se refiere a las tendencias seguidas por la mortalidad y la fecundidad en el transcurso del siglo XX. Sin embargo, es cada vez más frecuente que la pregunta de la ocurrencia de esta denominada segunda transición surja en el análisis de las transformaciones recientes de la fecundidad, y sobre todo de la nupcialidad (naturaleza de las nuevas uniones, incremento de las separaciones y divorcios en particular). Esta pregunta es relevante y este trabajo intenta aportar algunos elementos para su contestación.⁷⁹ Igualmente importante, desde nuestro punto de vista, es interrogarnos sobre la pertinencia de las interpretaciones anteriores en un contexto socioeconómico y cultural como el latinoamericano, caracterizado por insuficiente crecimiento económico y permanente desigualdad social, pero a la vez, por un contacto frecuente con normas y valores preponderantes en otras regiones del mundo, crecientes aspiraciones de consumo y un cambiante papel de la mujer en la sociedad.

⁷⁸ Lesthaeghe (1995) menciona varios trabajos importantes que antecedieron a los suyos al identificar distintas revoluciones en la sexualidad y la anticoncepción, así como en las motivaciones para controlar el número de hijos, en especial los de Shorter (1975), Ryder y Westoff (1977), Sauvy (1960), Aries (1980), Becker (1981), Easterlin (1976).

⁷⁹ En el presente trabajo sólo abordamos lo relativo a las modificaciones en las uniones conyugales; sin embargo, tanto el esquema de la segunda transición demográfica como la búsqueda de una visión más completa de las transformaciones familiares en nuestra región demandaría la combinación de este tema con muchos otros, como por ejemplo el de la reducción acentuada de la fecundidad y el de la estructura y composición de nuestras unidades domésticas en la actualidad.

III. Tendencias recientes en la formación y disolución de las uniones en América Latina

En América Latina contamos con diversos estudios comparativos sobre la nupcialidad en la región elaborados con información de censos y encuestas hasta la década de los años 80. Por medio de ellos sabemos que la edad media a la unión conyugal en nuestros países no es excesivamente joven (alcanza un nivel intermedio entre la prevaleciente en los países desarrollados y los de Asia y África); asimismo, conocemos que esta variable ha mostrado relativa estabilidad a lo largo del tiempo, y que su papel en la reducción de los niveles de fecundidad ha sido más bien modesto. Estos trabajos comparativos también permiten apuntar que hasta los años 80 algunos países situados en el extremo sur de nuestro continente que estuvieron a la vanguardia en la transición de altos a reducidos niveles de mortalidad y fecundidad (Argentina, Uruguay, Chile) tenían una edad media a la unión ligeramente más tardía que la de países de América Central y México (véanse Naciones Unidas, 1990; Rossetti, 1993; CEPAL, 1994; Ramírez, 1995; Rosero-Bixby, 1996; Zavala de Cosío, 1996 y Quilodrán, 2001a).

La información más reciente sobre la década de los años 90 permite básicamente ratificar el panorama delineado con anterioridad. Por una parte, la edad media a la unión en nuestra región sigue situándose de manera intermedia entre la de Asia y África y aquella de los países desarrollados de Europa y América del Norte (Naciones Unidas, 2000).⁸⁰ Por la otra, los incrementos observados en esta variable en los últimos años siguen siendo de magnitud reducida y ocurren principalmente en el caso de las mujeres (cuadro 1). Con respecto al patrón intraregional, las mayores edades medias a la unión femenina (alrededor de los 23 años) continúan observándose en países como Argentina, Chile y Uruguay. Sin embargo, México y varios países de América Central se han tendido a acercar a los niveles observados en estos países sudamericanos desde los 1950s, por lo que la brecha al interior de la región también ha tendido a cerrarse.⁸¹

Lo anterior, aunado a la información sobre celibato permanente que se presenta en el cuadro 2, nos indica que la unión y/o el matrimonio permanecen como una alternativa central en la vida de mujeres y hombres jóvenes latinoamericanos, y que la postergación de esta opción de gran trasfondo cultural sigue siendo paulatina. Al parecer, en nuestro caso se trata todavía de uno de los aspectos de la vida familiar más difíciles de transformar de manera acentuada, aún en presencia de cambios socioeconómicos y en la vida femenina como los que hemos señalado. Hay que subrayar además que hacia el final del siglo XX existía todavía una diferencia considerable en la edad media a la unión entre América Latina y los Estados Unidos y Canadá (aproximadamente 3 años de diferencia).

¿Son las tendencias actuales en la disolución marital por separación o divorcio semejantes a las observadas en la edad a la unión? Esta es una pregunta bastante difícil de contestar, en primer lugar por la relativa escasez de información y de trabajos sobre este aspecto en la región. También cuenta el hecho de que no todas las fuentes de datos disponibles registran de manera adecuada las separaciones que provienen de las uniones consensuales y de los matrimonios, cuando se sabe que la separación es una forma importante de disolución conyugal, independientemente de su tipo. Además, hay que recordar que hasta mediados de la década de los años 80 eran varios los países de América Latina que todavía no tenían una ley de divorcio (Rossetti, 1993).

⁸⁰ La única excepción a esta tendencia es la edad media a la unión de los varones en los países africanos que según la información más reciente se sitúa por encima de la de los latinoamericanos (Naciones Unidas, 2000).

⁸¹ En los datos del cuadro 1 se consideran tanto las uniones consensuales como los matrimonios. Al interpretarlos hay que tener en consideración que la calidad de la información sobre ambos tipos de eventos es diferencial, ya que las uniones consensuales —más comunes en Centroamérica y el Caribe— no siempre se reportan como uniones maritales, aun cuando son socialmente reconocidas como tales (Naciones Unidas, 1990, 2000; De Vos, 1999). La omisión de las uniones consensuales puede estar influyendo en la elevada edad media que se observa en el caso de Haití. En otros países del Caribe también se reportan edades medias a la unión particularmente elevadas (véase, Naciones Unidas, 2000).

Cuadro 1

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (11 PAÍSES), CANADÁ Y ESTADOS UNIDOS.
EDAD MEDIA AL MOMENTO DE LA UNIÓN¹ (1950-1990)**

País	Hombres					Mujeres				
	1950	1960	1970	1980	1990 ^a	1950	1960	1970	1980	1990 ^a
Chile	27,0	26,4	25,5	25,7	25,8	23,7	23,5	23,3	23,6	23,4
Argentina	-	26,7	26,1	25,3	25,6	-	23,1	22,9	22,9	23,3
Uruguay	-	26,9	25,4	25,2	25,2	-	22,8	22,4	22,9	23,0
Bolivia	24,6	-	24,5	25,2	25,1	22,5	-	22,1	22,8	22,7
México	-	23,9	23,9	23,5	24,6	-	20,7	20,8	21,1	22,4
El Salvador	25,3	25,0	24,7	-	25,3	19,7	18,8	19,4	-	22,3
Haití	28,5	28,1	27,3	27,3	26,6	21,9	22,4	21,8	23,8	22,2
Panamá	24,6	24,8	24,8	25,0	25,4	18,3	18,9	20,4	21,3	21,9
Ecuador	25,6	25,1	24,8	24,3	24,9	21,1	20,7	21,1	21,1	21,8
Paraguay	26,7	26,3	26,5	26,0	25,8	20,9	20,8	21,7	21,8	21,5
Guatemala	24,0	23,8	23,7	23,5	23,8	18,6	18,8	19,7	20,5	21,3
Canadá	25,3	24,8	24,4	25,2	28,9	22,5	21,4	22,0	23,1	26,2
Estados Unidos	23,8	23,3	23,5	25,2	28,7	20,8	20,3	21,5	23,3	26

Fuentes: Naciones Unidas (1990); ^a Naciones Unidas (2000).

¹ Cifras ordenadas en forma descendente según la información para las mujeres en los 1990s.

Cuadro 2

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (16 PAÍSES), CANADÁ Y ESTADOS UNIDOS
PROPORCIONES DE PERSONAS ALGUNA VEZ UNIDAS A LOS 45-49 AÑOS¹ (1990)**

País	Año del censo o la encuesta	Hombres	Mujeres
Haití	1994-1995	96,9	98,5
Cuba	1981	91,0	96,2
Perú	1996	99,0	95,7
Puerto Rico	1990	90,8	93,0
Bolivia	1992	94,2	92,7
Brasil	1991	93,7	92,0
Argentina	1991	90,6	91,3
Uruguay	1985	86,7	90,8
República Dominicana	1993	86,3	90,6
Ecuador	1990	91,7	89,3
Colombia	1993	89,6	87,9
Venezuela	1990	87,2	86,6
Chile	1992	89,3	86,6
Paraguay	1992	90,1	85,5
Guyana	1991	80,5	81,7
Jamaica	1991	51,8	54,2
Canadá	1994	91,5	93,0
Estados Unidos	1995	91,9	93,9

Fuente: Naciones Unidas (2000).

¹ Ordenadas en forma descendente según la información de las mujeres.

Con las salvedades expuestas, es muy ilustrativo observar la evolución de distintos índices de disolución conyugal para las últimas décadas en nuestra región (cuadros 3, 4 y 5). Se trata de distintos tipos de indicadores, y se presentan más bien con la idea de apuntar tendencias y patrones intraregionales más que niveles, por la variada naturaleza de las fuentes y de las disoluciones que se tienen en cuenta. En este respecto podemos afirmar que la tendencia hacia el incremento en los últimos años es claramente discernible —especialmente en el caso de los divorcios— aunque hay que tener en cuenta que se parte de niveles reducidos en este particular.

Cuadro 3

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (9 PAÍSES), CANADÁ Y ESTADOS UNIDOS
COCIENTE ENTRE DIVORCIOS Y MATRIMONIOS¹ (1960-1996)
(Porcentajes)

País	1960 ^a	1970 ^a	1980 ^a	1989 ^a	1993 ^b	1996 ^b
Cuba	5,34	21,55	35,76	44,01	48,05	63,42
Venezuela	4,75	4,10	4,96	19,54	16,82	21,51
Uruguay	8,72	12,37	20,17	-	-	-
Costa Rica	2,12	2,05	9,89	12,69	17,33	18,79 ^c
Panamá	10,46	7,84	10,89	16,75	16,03	15,84
Ecuador	-	3,63	5,67	8,99	10,71	12,14
El Salvador	4,82	7,20	6,80	10,77	-	-
México	3,08	2,71	4,40	7,28	4,96	5,75
Guatemala	3,50	3,71	3,45	-	3,24	-
Canadá	5,36	15,52	32,46	42,34	49,10	48,44 ^c
Estados Unidos	25,80	32,80	49,74	48,38	50,86	49,06

Fuentes: ^a Suárez (2000); ^b cálculos propios con base en el Demographic Yearbook, 1997; ^c cifras para 1995.

¹ Cifras ordenadas en forma descendente según la información para 1996.

Cuadro 4

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (10 PAÍSES) TASAS
BRUTAS DE DIVORCIO (POR 1000 HABITANTES)

País	Año	
	1950-1954	1974
Cuba	---	2,20
República Dominicana	0,39	2,06
Uruguay	0,60	1,37
Panamá	0,43	0,53
Venezuela	0,16	0,35
El Salvador	0,19	0,28
México	0,31	0,23
Ecuador	---	0,22
Honduras	0,10	0,22
Costa Rica	0,19	0,17

Fuente: adaptado de Rossetti (1993).

Cuadro 5
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (16 PAÍSES).
ÍNDICE DE INTERRUPCIÓN MARITAL¹ (POR 1000) (1970-1980)²

País	Censos de población		Encuestas	
	1970	1980	1970	1980
República Dominicana	34	150	214	209
El Salvador	---	---	---	178
Venezuela	---	105	160	---
Cuba	---	171	135	---
Colombia	62	103	127	132
Costa Rica	49	67	100	124
Guatemala	---	73	---	104
Brasil	68	64	---	99
Perú	49	58	96	97
Panamá	145	54	143	88
Ecuador	66	64	108	82
Uruguay	64	80	---	---
México	64	65	69	66
Chile	54	61	---	---
Argentina	39	44	---	---
Paraguay	---	---	116	29

¹ El índice de interrupción marital estimado por el autor es un promedio ponderado de las proporciones de mujeres en cada grupo de edad que son viudas, separadas o divorciadas.

² Cifras ordenadas en forma descendente según la información de las encuestas en los años 1980.

En lo que concierne a posibles patrones al interior de América Latina, sobresalen los altos niveles que alcanzan diversos tipos de disolución conyugal en los países del Caribe, algunos de América Central y países geográficamente cercanos a esta subregión como Colombia y Venezuela (también resalta el caso de Uruguay en este particular). En el Caribe ha sido ampliamente documentada la herencia cultural de matrifocalidad y de emigración masculina, lo cual puede facilitar la disolución de uniones conflictivas, así como la formación de hogares con jefatura femenina (véase, Charbit, 1987, 1984; Ariza y Oliveira, 1999; y Cabella, 1998 para el caso de Uruguay). Cuba es un caso especial por el muy elevado índice de divorcios que muestra —más elevado incluso que el de Estados Unidos y Canadá en los años 90—. Sabemos que este país se caracteriza por un elevado nivel de escolaridad y de participación femenina en los mercados de trabajo, pero también por un marco institucional y político que ha facilitado la concreción de las interrupciones voluntarias de los matrimonios y también de los embarazos (véase, Alfonso Fraga, 2003). En breve, hay indicaciones de que las disoluciones conyugales en nuestra región muestran importantes signos de cambio, que los diferenciales entre países aún son pronunciados en este sentido, y que la herencia cultural e institucional puede jugar un papel especialmente relevante en su explicación.

Un último aspecto a considerar es la evolución de las uniones consensuales, cuya relevancia constituye uno de los rasgos más distintivos del patrón de nupcialidad latinoamericano. Se sabe que este tipo de vínculo conyugal tiene importantes raíces históricas, y distintos especialistas han esgrimido diversos tipos de argumentos para explicar su permanencia, tales como el pasado

colonial, la esclavitud, así como los niveles de pobreza que nos caracterizan (véase, Charbit, 1987). Los estudios existentes nos han permitido constatar un incremento en las uniones consensuales en la segunda mitad del siglo XX, así como una clara diferenciación en este respecto al interior de América Latina. Las proporciones de mujeres unidas consensualmente han sido tradicionalmente mucho mayores en gran parte de los países centroamericanos y del Caribe —en donde este tipo de vínculo puede adquirir incluso mayor importancia que los matrimonios— en contraste con lo que ocurre en varios países de América del Sur, o también en el caso de México, en donde las uniones consensuales siempre han sido menos relevantes (Camisa, 1977; Naciones Unidas, 1990, Rossetti, 1993; Ramírez, 1995; Castro Martín, 1997; Quilodrán, 1999).

Las evidencias estadísticas más recientes indican que, lejos de perder su ímpetu, las uniones consensuales han seguido incrementándose en nuestra región en los años 1990s (cuadro 6). Este incremento es especialmente digno de tener en cuenta en aquellos países donde estas uniones han sido tradicionalmente menos relevantes (Argentina, Chile, Brasil). No obstante, también importa destacar —como ya ha sido hecho en otros trabajos— que, a pesar de los incrementos, todavía en los años más recientes varios países centroamericanos y del Caribe permanecen con mayores porcentajes de uniones libres que los alcanzados por diversas naciones de América del Sur, además de México y Costa Rica (véanse, Rosero-Bixby, 1996; Castro Martín, 1997; Quilodrán, 1999).⁸²

Cuadro 6
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (19 PAÍSES). UNIONES CONSENSUALES ENTRE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS EN UNIÓN MARITAL¹ (1970-1990)

País	1970	1980	1990	Cambio 1970-1980	Cambio 1980-1990
República Dominicana	51,8	57,0	59,7	10,0	4,7
El Salvador	52,6	57,6	56,4	9,5	-2,1
Nicaragua	40,8	-	56,3	-	-
Panamá	56,0	53,5	53,6	-4,5	0,2
Honduras	56,1	-	50,1 ^a	-	-
Colombia	19,8	31,5	45,9	59,1	45,7
Guatemala	54,0	45,9	40,1 ^b	-15,0	-12,6
Cuba	40,9	37,5	-	-8,3	-
Venezuela	32,9	33,4	34,8	1,5	4,2
Perú	29,0	26,7	32,1	-7,9	20,2
Ecuador	27,4	29,2	29,6	6,6	1,4
Paraguay	24,5	25,4	29,2	3,7	15,0
Bolivia	-	17,0	22,1	-	30,0
Argentina	10,5	12,3	21,1	17,1	71,5
Costa Rica	16,7	19,0	21,0	13,8	10,5
Brasil	7,5	12,0	15,3 ^c	60,0	25,0
México	16,1	14,4	15,3	-10,6	6,3
Uruguay	8,8	12,6	-	43,2	-
Chile	5,0	7,1	11,6	42,0	63,4

Fuente: adaptado de Castro Martín (1997), basado en Censos de Población y encuestas DHS. ^a 1988; ^b mujeres de 15-44 años, 1987; ^c 1986.

¹ Cifras ordenadas en forma descendente conforme a la información para los 1990.

⁸² En la interpretación de estas tendencias habría que tener en cuenta que en algunos de los países considerados no ha existido a lo largo de los años la opción del divorcio, por lo que la alternativa de la unión consensual a veces se presenta como la única posible después de una separación.

Para resumir, las tendencias examinadas en los patrones de formación y disolución de las uniones en América Latina nos indican que pueden estarse dando en algunos países algunas incipientes señales de cambio en la dirección observada durante la denominada segunda transición demográfica. Sin embargo, faltaría por explorar la extensión y el significado de estas transformaciones en países polarizados social y económicamente antes de que podamos afirmar que se trata de fenómenos análogos a los observados en los países desarrollados. En todo caso, las modificaciones hasta ahora tendrían más que ver con el tipo y/o las pautas de disolución de las uniones, y menos con su postergamiento. La opción de diferir de manera acentuada la entrada a la unión conyugal (o de renunciar a ella de manera definitiva) seguiría estando menos presente en la actualidad en la región latinoamericana.

Por último, en lo que concierne a los patrones intraregionales, encontramos que algunos de los países del cono sur que estuvieron a la vanguardia de la primera transición demográfica (Argentina, Uruguay, Chile), seguirían diferenciándose de los demás en lo que toca a las edades ligeramente más tardías de entrada a la unión y la menor prevalencia de los vínculos consensuales.⁸³ En cambio, el fenómeno de la disolución conyugal seguiría insinuándose de manera más clara en el Caribe y alrededor de la subregión centroamericana, donde también continúan sobresaliendo las uniones consensuales (y los hogares encabezados por mujeres, especialmente en el Caribe). Muchos de estos países comparten una herencia de matrifocalidad, de emigración masculina y de condiciones de vida especialmente difíciles, lo cual probablemente incida en los fenómenos objeto de atención.

IV. Extensión y significado de los cambios en diferentes sectores sociales y países

Para profundizar en la comprensión de las transformaciones en la formación y disolución de las uniones es preciso explorar la medida en la cual están presentes en distintos grupos de nuestras sociedades, así como el significado que puede llegar a tener una misma tendencia en sectores sociales (o países) con condiciones de vida y herencias culturales disímiles. Escapa a los propósitos y alcance de este trabajo llevar a cabo un análisis de información primaria en esta dirección, pero sí buscamos sistematizar hipótesis y resultados de investigaciones recientes que nos puedan aportar elementos de reflexión en este sentido. Se trataría de clarificar lo que ya se sabe, lo que todavía es objeto de cuestionamiento, y también la plausibilidad de las diferentes posturas interpretativas en el contexto de las transformaciones globales en la familia y los roles femeninos en nuestra región.

En lo que concierne a la edad a la unión conyugal, aunque hemos visto que los promedios nacionales se mueven de forma paulatina, diversos estudios han tradicionalmente reportado diferenciales según nivel de instrucción, residencia rural-urbana, zonas de mayor y menor desarrollo económico (o con distintas tradiciones socioculturales), así como según sectores sociales definidos conforme a la ocupación de sus miembros u otras dimensiones sociodemográficas. Estos diferenciales llegaron a ser de magnitud considerable en los años 70, pero hasta donde sabemos no existen estudios comparativos a nivel regional sobre la evolución de los mismos en décadas posteriores.⁸⁴ Tanto en los trabajos realizados más recientemente, como en los elaborados años atrás, se percibe un interés por relacionar mejores condiciones de vida con edades medias más elevadas a la unión conyugal (y viceversa). El resultado frecuente es que se presenta un patrón de nupcialidad más precoz en los sectores sociales pobres y marginados del ámbito rural (campesinos, jornaleros agrícolas

⁸³ También hemos podido observar que estos países se diferencian del resto en lo que respecta al más reducido tamaño de las familias y al más elevado porcentaje de hogares unipersonales (García y Rojas, 2001).

⁸⁴ Por ejemplo, existía un diferencial de alrededor de 4 años en las edades medias a la unión entre los grupos extremos de escolaridad en 10 países latinoamericanos en los años 1970s (véanse, Rossetti, 1993 y Naciones Unidas, 1987).

e indígenas), y urbano (trabajadores no asalariados con ocupaciones inestables) con bajos niveles de escolaridad, en comparación con el que prevalece en los sectores de ingresos medios y elevados urbanos y con altos niveles de escolaridad (profesionales, técnicos y personal directivo).⁸⁵

Además de la influencia de los niveles de vida, investigaciones cualitativas realizadas desde una perspectiva de género nos han permitido conocer el papel que puede jugar la condición social femenina en la explicación de la edad media la unión prevaleciente entre diversos sectores sociales. En este tipo de investigaciones lo que se ha privilegiado es el conocimiento de los valores subyacentes sobre el matrimonio, la unión consensual, el noviazgo y la elección del cónyuge, así como los motivos para apartarse de la familia paterna, las expectativas y el significado de todos estos procesos en la vida de hombres y mujeres. Sus resultados indican que la posición acentuadamente subordinada de la mujer en los sectores campesinos y urbanos pobres hace que la unión o el matrimonio signifique muchas veces una búsqueda expedita para escapar de la pobreza, los conflictos familiares y la pesada carga de trabajo doméstico y de cuidado de los hermanos menores. Asimismo, para las mujeres pobres el matrimonio o la unión sería una de las pocas formas existentes de buscar establecer derechos y obligaciones, de obtener apoyo moral y económico, de ser madres y de contar con compañía. Sólo en el caso de las mujeres de sectores medios se tendería a valorar de manera más explícita a la pareja –además de los hijos– y figurarían como importantes aspectos como comprensión o amor al momento de contraer matrimonio.⁸⁶

Con base en lo anterior es posible conjeturar que la posible presencia de crecientes costos de oportunidad para las mujeres fuera de la unión o el matrimonio, el aumento en la autonomía individual, así como la búsqueda de calidad en las relaciones entre los cónyuges, serían preocupaciones que difícilmente podrían extrapolarse a todos los grupos que conforman nuestras sociedades. La desigualdad social y de género que nos caracteriza nos llevaría a insistir en la necesidad de precisar el significado particular que tiene la unión conyugal y su momento de ocurrencia para mujeres (y hombres) que pueden o no aprovechar las oportunidades (hoy más bien escasas) de mejores condiciones de vida y ascenso social.⁸⁷

Por lo que toca a los diferenciales socioeconómicos en la interrupción voluntaria de la unión o el matrimonio, en América Latina se cuenta con investigaciones llevadas a cabo en diferentes momentos históricos que reportan que estas interrupciones son más frecuentes a medida que avanza el desarrollo económico y el proceso de urbanización. Asimismo, muchos(as) especialistas reportan más disoluciones cuando se asciende en la escala social. Por ejemplo, se señala en esa dirección que el divorcio (o las nulidades por el civil en el caso de Chile) sería una práctica más frecuente en los sectores medios y altos, ya sea porque se divorcian sólo los que se han casado legalmente, o porque el divorcio supone realizar trámites legales que demandan erogaciones económicas, por lo que las personas de escasos recursos difícilmente acudirían a los tribunales para formalizar la disolución matrimonial. Las motivaciones también serían diferentes por sector, puesto que los grupos de mayores ingresos atribuirían la interrupción conyugal a motivos relacionados con la propia relación (incompatibilidad, incomunicación, inmadurez), en tanto que en los sectores más pobres los problemas económicos cobrarían especial relevancia (Muñoz y Reyes, 1997).⁸⁸

En lo que respecta a la influencia de los cambios en la situación femenina sobre el aumento en las disoluciones conyugales (una línea de investigación con mucha tradición en los países

⁸⁵ Véanse Wainerman y Geldstein (1994) para Argentina; Muñoz y Reyes (1997) para Chile; Quilodrán (2001a) y Gómez de León (2001) para México; y Naciones Unidas (1987, 1990), Rossetti (1993) y Ramírez (1995) para Latinoamérica en general.

⁸⁶ Véanse, González Montes, 1996; Samuel, 1996; Samuel, Lerner y Quesnel, 1993; García y Oliveira, 1994; Geldstein, 1994; Riquer, 1998; Oliveira, *et al.*, 1999; Oliveira, 2000.

⁸⁷ La desigualdad de oportunidades y de recursos con qué aprovecharlas son argumentos también a menudo presentes en la explicación de la fecundidad adolescente en nuestra región (véase, Stern y Fuentes, 2002).

⁸⁸ Sobre los diferenciales socioeconómicos en torno a la disolución conyugal en varios países de América Latina en distintos períodos históricos, véanse los trabajos de Ojeda, 1991 y Oliveira *et al.*, 1999, para México; Wainerman y Geldstein, 1994 y Meler, 1998, para Argentina; Muñoz y Reyes, 1997, para Chile; Rossetti, 1993 y Ramírez, 1995, para América Latina en general.

desarrollados) varias investigaciones han documentado la relación entre mayor participación de la mujer en el mercado laboral —o en la vida pública en general— e incrementos en el riesgo de disolución. Por ejemplo, un análisis del crecimiento de los diversos tipos de separaciones durante la crisis de los años 80 en Brasil llevó a Berquó y Oliveira (1992) a indicar que, más allá de las fluctuaciones económicas, el aumento en las interrupciones conyugales formaría parte de un proceso amplio de cambios en torno a la mayor emancipación femenina que vendría teniendo lugar en la sociedad brasileña desde hacía un par de décadas. Asimismo, de manera más reciente para el caso de la Región Capital de Venezuela (comienzo de los años 90), se demostró que la relación entre participación laboral femenina y riesgo de disolución existe —y se incrementa de manera acelerada en los primeros cinco años de duración de la unión— aún teniendo en cuenta los niveles de escolaridad, la edad de la mujer a la primera unión y muy diversas variables asociadas con el calendario de la fecundidad (Casique, 2000). Las hipótesis interpretativas más frecuentes para explicar este tipo de relación se refieren a la independencia que proporciona el ingreso femenino para poder romper con las relaciones conflictivas, aunque también se argumenta la posible influencia de la ausencia de la mujer del hogar mientras trabaja (véanse, Greenstein, 1990 y otras contribuciones conceptuales y metodológicas que se sistematizan en Casique, 2000).

Las investigaciones anteriores suponen o comprueban que la mujer efectivamente decide o toma parte activa en la decisión sobre su separación o divorcio, y es coherente con esto el resultado que asocia mayor escolaridad y participación laboral femenina con mayores posibilidades de disolver uniones conflictivas. Sin embargo, en la abundante bibliografía reciente sobre hogares encabezados por mujeres también se reporta un número creciente de disoluciones conyugales en los sectores pobres en los que las mujeres estarían lejos de poder definir el curso de su destino (véase, Acosta, 2000, para una sistematización al respecto). Alrededor de esta discusión un estudio exploratorio para el caso de la Ciudad de México sugiere que cuando se busca conocer el papel de la situación de la mujer en torno a las disoluciones conyugales sería crucial mantener la distinción entre los divorcios, las separaciones y los abandonos (Rodríguez Dorantes, 1997). En esta investigación las mujeres que se divorcian son las que cuentan con mayores recursos y alguna experiencia laboral que les permite enfrentar en mejor medida tanto la difícil decisión de la disolución como la vida posterior sin pareja. En cambio, en el polo opuesto estarían las mujeres abandonadas, que tenderían a contar con menores recursos económicos, educacionales y de participación laboral, y se caracterizarían por tener mayor número de hijos, haber estado sujetas a mayor opresión, discriminación y violencia. Otra investigación cualitativa en barrios populares del área metropolitana de Buenos Aires también analiza las separaciones conyugales que tienen lugar en los sectores más pobres, las cuales habrían sido motivadas por las circunstancias económicas de crisis recesivas (Geldstein, 1994).

Finalmente, es también crucial abordar el significado de las viejas y nuevas uniones consensuales en América Latina desde una perspectiva de desigualdad social y de género. Se sabe de tiempo atrás que la consensualidad es más común entre los sectores sociales menos favorecidos y con bajos niveles de instrucción, así como entre la población que reside en ámbitos rurales y urbanos marginados, donde la subordinación femenina es mayor. Se conoce también que la unión libre ha sido tradicionalmente más temprana que el matrimonio y que es más frecuente entre los jóvenes, quienes inician su vida conyugal de esta manera, casi siempre con la aspiración de legalizar su unión, y en varios países de hecho se ha constatado que proporciones significativas de las uniones consensuales se legalizan con el tiempo. Por ello, la importancia de las uniones consensuales tiende a disminuir conforme aumenta la edad o se cambia la observación de la primera unión a la unión actual, en la medida en que estas uniones se disuelven o se legalizan progresivamente. Asimismo, también se sabe que las uniones libres tienden a ser más inestables que las uniones legales y que al parecer esta inestabilidad tiende a ser más común en las zonas

urbanas que en las rurales.⁸⁹ En fin, la unión libre tradicional latinoamericana se encuentra lejos de ser un símbolo de emancipación femenina y de abandono de las normas que rigen la institución matrimonial, tal y como se afirma que sucede en la actualidad en los países desarrollados (véase la argumentación en este sentido en Castro Martín, 1997 y Quilodrán, 2000).⁹⁰

No obstante lo anterior, ¿qué podemos decir de los aumentos observados en las uniones consensuales en los últimos lustros? ¿Se deben estos incrementos a una acentuación del fenómeno de la unión libre tradicional, o también indican el surgimiento de un tipo de unión consensual distinta con características semejantes a las de los países desarrollados? Esta es una pregunta clave en los estudios actuales de nupcialidad y familia latinoamericana y ha sido ya abordada por diversos trabajos en varios países. Para el caso de México parece estar claro que las uniones consensuales más recientes responden en forma central a los mismos fenómenos de tiempo atrás y que están primordialmente asociadas a ámbitos rurales, a la población con escasa escolaridad y a la persistente pobreza (véanse, Quilodrán, 2000; Solís, 2000 y Gómez de León, 2001 para México; Quilodrán, 2001b para México y otros países).⁹¹ El estudio realizado por Gómez de León (2001) permite incluso afirmar que las mujeres más educadas que inician su vida conyugal con una convivencia muestran una selectividad para casarse, y que un embarazo precipita en forma particular ese matrimonio. Para este autor, en México en los años noventa existían claramente dos patrones: por un lado estaría la convivencia como “opción” frente al matrimonio que tendría lugar entre las mujeres de baja o media escolaridad, a diferencia de lo que ahora ocurre en muchos países desarrollados; y por el otro se tendría a la convivencia como “preludio” del matrimonio que existiría en el caso de las mujeres de más alta escolaridad.

En comparación con lo anterior, en varios trabajos llevados a cabo en Argentina y Chile los(as) autoras subrayan más los cambios con respecto a la unión libre tradicional, aunque habría que aclarar que estas distintas investigaciones no son directamente comparables y que en este último caso muchas veces se trata de trabajos exploratorios que permiten más bien la construcción de hipótesis plausibles. En todo caso, es importante tenerlas en cuenta —de la misma manera que hemos venido haciendo a lo largo del texto— porque nos sugieren la relevancia de distintos ángulos y dimensiones de los cambios familiares que habría que seguir investigando. Bajo esta perspectiva, interesa señalar que autoras como Wainerman y Geldstein (1994) reportaban hacia 1989 en el área metropolitana de Buenos Aires incrementos en las uniones consensuales tanto en los sectores de mayores como de menores ingresos, y además señalaban distintas características asociadas a cada uno de estos grupos. Entre los sectores menos favorecidos se recurría a esta opción frente a las dificultades económicas para constituir un hogar; en cambio, en los grupos relativamente más privilegiados se elegía esta alternativa preferentemente por parte de los varones mayores de 40 años y mujeres mayores de 25, y se trataba según las autoras de un cambio social y cultural producto de nuevas uniones posteriores a separaciones y divorcios.

⁸⁹ Véanse, Quilodrán, 1999, Charbit, 1987; Ojeda, 1988; ONU, 1990; Rossetti, 1993; Ramírez, 1995; Rosero-Bixby, 1996 y Castro Martín, 1997.

⁹⁰ Este planteamiento también ha sido desarrollado en profundidad para el caso de las “uniones de visita” caribeñas en comparación con el modelo de “living apart together” europeo, por parte de Ariza y Oliveira (1999). Estas autoras argumentan que ambos patrones de unión se aproximan en sus aspectos formales, pero que no puede hablarse de una convergencia entre ellos. Las “uniones de visita” constituyen una práctica social de larga tradición histórica y cultural que se concentra en las etapas iniciales de formación de la pareja, y que tienden también a legalizarse por medio del matrimonio incluso con mayor frecuencia que las uniones consensuales en algunos países. En este caso no podría propiamente hablarse de una desinstitucionalización de la familia, sino más bien de lo contrario.

⁹¹ Estos autores llegan a la conclusión de pocos cambios significativos en la naturaleza de las uniones conyugales utilizando encuestas probabilísticas nacionales, pero recurriendo a distintos abordajes metodológicos: Quilodrán, 2000 y 2001 analiza las características de las primeras uniones entre la población más joven en comparación con la de más edad en 1996, 1997; Solís, 2000 recurre a modelos de riesgos proporcionales tipo Cox para estimar los riesgos de contraer una unión o matrimonio entre diferentes cohortes, controlando el efecto de variables como el nivel de escolaridad, región de origen, tamaño de localidad y otros (para el año de 1997); Gómez de León, 2001, utiliza modelos que consisten en una generalización de la “estandarización indirecta” para precisar los efectos principales y las interacciones entre distintos correlatos de la nupcialidad (embarazo previo a la unión, convivencia, escolaridad y zona de residencia) (para los años de 1976 y 1995).

Hacia el final de la década de los años 90 se realizaron estudios cualitativos sobre la cohabitación en los sectores medios en Buenos Aires que también parten de la idea de que este fenómeno asume significados distintos en esta ciudad, en comparación con provincias argentinas donde las condiciones de vida son más fuertemente deficitarias. Se menciona además el caso de jóvenes porteños que recurren a la convivencia en un marco de prácticas emancipatorias, rechazo a las normas legales, o porque perciben la inestabilidad de los vínculos conyugales que establecen (López, Findling y Federico, 2000). Los resultados de este estudio indican que la cohabitación en los sectores medios argentinos puede estar asociada con modelos de familias no tradicionales (presencia de mayor diálogo y libertad, a la vez que mayor compromiso, aceptación del otro y estimulación del desarrollo mutuo). No obstante, también estarían presente las ambigüedades y la nostalgia por los rituales que acompañan la celebración de los casamientos, así como el reconocimiento de que el matrimonio permitiría proveer el marco jurídico necesario para la mayor seguridad de los hijos.⁹²

De manera similar a la argumentación de los estudios argentinos, en investigaciones sobre la familia chilena se llega a afirmar que las uniones consensuales están empezando a constituir una verdadera opción de unión conyugal entre los sectores de mayores ingresos. En efecto, Muñoz y Reyes (1997) llegan a la conclusión de que la consensualidad es similar en las zonas urbanas y rurales, y que si bien es más frecuente entre la población más pobre, a nivel nacional comienza a ser más habitual y a aceptarse en los diferentes sectores sociales. Se argumenta además que en los grupos más acomodados, la opción de la convivencia se encontraría motivada por la necesidad de permanecer juntos por razones afectivas, que se trataría de un período de prueba antes del matrimonio, o una forma de rechazar el formalismo legal.

En síntesis, los hallazgos reseñados en lo que toca a las uniones consensuales (y también en lo que respecta a las disoluciones conyugales) ponen de relieve que los aumentos observados actualmente en estos fenómenos no tienen un significado unívoco. En efecto, detrás de ellos encontramos algunos indicios de procesos de cambio social análogos a los que han dado pie a la denominada segunda transición demográfica en los países desarrollados, pero sobre todo un señalamiento persistente de la influencia que tiene la carencia de recursos económicos y la subordinación femenina sobre las uniones conyugales y su disolución.

V. Transiciones demográficas y familiares en América Latina: discusión y consideraciones finales

¿Cómo son visualizadas las transformaciones en las uniones conyugales en los diagnósticos actuales más generales sobre las familias latinoamericanas? ¿En qué medida hay coincidencia con los elementos de reflexión que hemos indicado con anterioridad? ¿Qué podríamos concluir a partir de la consideración de estos análisis —y del nuestro— sobre la naturaleza del cambio demográfico y familiar en nuestra región? ¿Habría que seguir considerando como pertinente el esquema interpretativo de una posible segunda transición demográfica?

Para reflexionar en torno a estas preguntas es útil comparar las conclusiones de diversos estudios. En un diagnóstico llevado a cabo desde el cono sur de nuestro continente (Chile), Irma Arriagada (2001) destaca que tanto académicos como diseñadores de políticas visualizan a las familias de la región como sujetas a cambios muy marcados en los últimos lustros. Los principales estarían muy ligados al descenso de la fecundidad y al alargamiento en la esperanza de vida, así

⁹² Es interesante notar que estos cambios que probablemente están teniendo lugar en la sociedad argentina en algunos sectores sociales se enmarcan en un contexto social con leyes que hasta hace poco sancionaban a los cónyuges que buscaban un divorcio como culpables, y donde, según algunos autores, muchas generaciones han sido socializadas con visiones negativas sobre las disoluciones conyugales (véase, Masciadri, 2002).

como a otros dos aspectos estrechamente conectados con la modificación de los papeles femeninos en nuestras sociedades: el aumento en la participación laboral de las mujeres y en la jefatura de hogar femenina. En el caso de las transformaciones ligadas a los cambios demográficos, sobresaldrían el descenso en el tamaño medio de las unidades domésticas que ha acompañado a la baja en la fecundidad, así como el aumento en los hogares nucleares sin hijos, unipersonales y en etapas más avanzadas del ciclo vital, motivados en parte también por los menores niveles de fecundidad y el incremento en la esperanza de vida al nacer. Aunado a esto, Arriagada dedica atención al aumento en los hogares encabezados por mujeres, así como parcialmente a nuestro objeto de estudio, las familias reconstituidas, recompuestas o nuevas familias que siguen a las separaciones y los divorcios.

Interesa remarcar la perspectiva de esta autora en lo que concierne al posible impacto de la participación económica femenina sobre la vida de las propias mujeres y sus relaciones familiares. Predomina en su interpretación una visión semejante a la nuestra donde se yuxtapondrían los elementos de cambio con los de permanencia y donde el conflicto surgiría como un importante elemento a considerar. Por un lado tiene en cuenta la autonomía y la individuación incipiente que permitiría la incorporación femenina en el ámbito público, lo cual podría incidir en la postergación de la edad a la primera unión o el nacimiento del primer hijo. Pero por otro indica los conflictos que surgen en un marco social de escaso involucramiento del varón en la vida doméstica. De modo que coexistirían ganancias en los ámbitos económicos y educativos con rezagos en lo que toca al mantenimiento de la división tradicional del trabajo doméstico y también en lo que respecta a la dependencia subjetiva de la mujer frente al varón. Además de lo anterior, Arriagada visualiza los cambios anteriores como difícilmente unidireccionales dado el carácter polarizado de nuestras sociedades latinoamericanas.

En un segundo diagnóstico reciente sobre las familias de la región —realizado ahora desde México en el norte del continente— Ariza y Oliveira (2001), coinciden también en gran medida con lo expuesto con anterioridad. Comienzan por identificar los aspectos específicos de la vida familiar que han estado más sujetos a cambio, en comparación con aquellos que han sido de más lenta transformación. Según estas autoras, la jefatura femenina, el embarazo adolescente, la cohabitación, así como los divorcios y las separaciones son los aspectos demográficos que muestran signos de modificación en la actualidad. Además, les interesa de manera particular la pérdida de importancia del varón como proveedor económico exclusivo, la posible transformación de las formas de convivencia entre géneros y generaciones, y la persistencia de fuertes inequidades al interior de las familias y entre sectores sociales.

De manera parecida a lo ya señalado, M. Ariza y O. de Oliveira no sólo observan cambios sino asincronías y yuxtaposiciones que llevan a ambigüedades, tensiones y conflictos en la vida familiar de nuestros días. Los modelos “democráticos” coincidirían con estructuras más rígidas que serían impuestas a veces por medio de la violencia. Indican que la perspectiva de género ha hecho posible la identificación y visibilidad de esos distintos aspectos; sin embargo, señalan además otros ejes analíticos dentro de los cuales cobrarían relevancia conceptos como los de incertidumbre, vulnerabilidad, riesgo y daño social, los cuales son herramientas que permitirían una mejor comprensión de las consecuencias de los procesos macroestructurales sobre la vida familiar.

¿Es lo anterior suficiente para poder plantear una crisis de la institución familiar en nuestra región? Ariza y Oliveira se muestran más bien partidarias de indicar una flexibilización de los modelos tradicionales en algunos sectores sociales más privilegiados, es decir, se trataría de una desinstitucionalización incipiente aun. Observan, en apoyo de su perspectiva, que la mayor individuación y autonomía personal en los sectores medios y más educados no habría llevado a quebrar el rol de sostén económico, emocional y de fuente de identidad de la familia latinoamericana.

El análisis llevado a cabo y las diversas reflexiones expuestas hasta aquí nos impedirían afirmar entonces que una segunda transición demográfica —de la manera en que fue formulada e interpretada por algunos de sus principales exponentes— está plenamente en marcha en nuestra región. Pero más allá que esto, la discusión de las distintas posturas también nos lleva a plantear dudas sobre la adecuación de esta perspectiva para guiar las investigaciones de nuestra realidad demográfica actual. Aunque hay que reconocer que autores como R. Lesthaeghe sí tomaron en cuenta la presencia de factores históricos y culturales que afectarían el ritmo de esta transición, así como los distintos significados de los cambios para los grupos sociales menos favorecidos (ver Lesthaeghe, 1995 y sobre todo 1998), la adopción de este esquema interpretativo tiene algunos inconvenientes que es necesario aclarar.

De la misma manera que ocurrió con la (tradicional, primera) transición demográfica, la selección misma del término podría llevar a delimitar etapas y secuencias por las cuales se supondría que los países latinoamericanos tendrían que atravesar, a la imagen y semejanza de los países desarrollados. Las desventajas de esta forma de razonar quedaron explícitas en la década de los años 70 cuando se elaboraron críticas fundamentadas a la entonces denominada teoría de la (primera) transición demográfica (véase, por ejemplo, Patarra y Oliveira, 1974). Más recientemente, autores como A. Thornton han profundizado en la influencia negativa del paradigma desarrollista —y del método de leer la historia hacia los lados (*sideways*)— en la misma evolución de los estudios sobre familia en Europa y los Estados Unidos. Por ejemplo, bajo este paradigma se habían conjeturado cambios desde las familias extendidas a las nucleares, desde el matrimonio universal y temprano a la postergación del mismo —antes y después del proceso de industrialización— lo cual hoy sabemos que no tuvo fundamentación histórica (véase, Thornton, 2001). Además de lo anterior, otro riesgo que se corre al leer nuestras tendencias poblacionales en comparación con lo ocurrido en otros países más avanzados en términos de crecimiento y niveles socioeconómicos, es implícitamente hacer hincapié en la eventual convergencia en los fenómenos sociodemográficos en el mundo y no darle suficiente importancia a las posiciones teóricas más flexibles que enfatizan la persistencia de significados diferentes, aun cuando el resultado cuantitativo sea el mismo (véase, Reher, 1998 sobre este particular). En vista de estos problemas, podría resultar más fructífero no adoptar prematuramente el concepto de la segunda transición y dedicar más tiempo y esfuerzo a conocer y teorizar sobre nuestra diversidad demográfica, así como sobre el más probable curso a seguir en los años venideros.

En estos futuros intentos será crucial profundizar en la conexión entre los cambios en las uniones conyugales y el comportamiento reproductivo. Como ha sido demostrado en un trabajo reciente (Naciones Unidas, 2003), el futuro de la fecundidad en países que han alcanzado niveles cercanos o por debajo del reemplazo está cada vez más asociado con las transformaciones en la edad a la unión, las disoluciones conyugales y el celibato permanente. Existen en este sentido diversos patrones, y la mayoría de los países hoy desarrollados se encuentran ubicados en posiciones intermedias entre aquellas combinaciones que favorecen la fecundidad (principalmente edad temprana al matrimonio, alta ocurrencia del mismo y baja prevalencia del divorcio) y aquellas que la desfavorecen (matrimonio tardíos, mucha población que nunca llega a casarse, divorcios frecuentes y cohabitación poco común) (véase Naciones Unidas, 2003, p.42; se presentan aquí tendencias referidas a países desarrollados de América del Norte, Europa del Sur, Norte, Occidental y Oriental, Asia Oriental, Australia y Nueva Zelandia).

Hemos visto que en América Latina la influencia de las transformaciones en la nupcialidad sobre la fecundidad ha sido hasta ahora modesta, pero esto podría cambiar cuando el número de hijos por mujer alcance niveles más reducidos. En dicho caso, es posible que la edad no demasiado tardía de entrada a la unión y la alta prevalencia de los matrimonios y de las convivencias (que luego se legalizan), impidan un descenso generalizado de los niveles de fecundidad en nuestra región y contribuyan más bien a estabilizarlos. No obstante, también se podría argumentar que el incremento en las disoluciones conyugales sería un factor que incidiría en sentido contrario, sobre todo si consideramos que éstas podrían ir en aumento debido a una multiplicidad de factores.

Bibliografía

- Acosta Díaz, Félix (2000), *Jefatura de hogar femenina y bienestar familiar en México*, Tesis doctoral en Ciencias Sociales con especialización en Población, El Colegio de México, México, mayo.
- Alfonso Fraga, Juan Carlos (2003), "Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica. El descenso de la fecundidad", ponencia presentada en el Seminario "*La fecundidad en América Latina: transición o revolución*", Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 9-11 de junio.
- Aries, P. (1980), "Two Successive Motivations for Declining Birth Rates in the West", *Population and Development Review*, núm. 6.
- Ariza, Marina y Orlandina de Oliveira (2001), "Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición", *Papeles de Población*, año 7, núm. 28, abril-junio.
- _____ (1999), "Escenarios contrastantes: patrones de formación familiar en el Caribe y Europa Occidental", *Estudios Sociológicos*, Vol. XVII, N° 51, septiembre-diciembre, El Colegio de México, México.
- Arriagada, Irma (2001), *Familias Latinoamericanas. Diagnóstico y políticas públicas en los inicios del nuevo siglo*. Santiago de Chile, CEPAL, División de Desarrollo Social, *Serie Políticas Sociales*, núm. 57.
- Becker, G. (1981), *A Treatise on the Family*, Cambridge, Mass, Harvard University Press.
- Berquó, Elza y Maria Coleta F. A. De Oliveira (1992), "Casamento em tempos de crise", en *Revista Brasileira de Estudos de Populacao*, vol. 9, núm. 2, julio-diciembre.
- Cabella, Wanda (1998), "El divorcio en Uruguay. 1950-1995", en *Notas de Población*, Núms. 67/68, Santiago de Chile.
- Camisa, Zulma (1977), "La nupcialidad de las mujeres solteras en América Latina", *CELADE (Costa Rica)*, Serie A, N° 1034.
- Casique, Irene (2000), "Trabajo femenino extradoméstico y riesgo de disolución de la primera unión. El caso de las mujeres urbanas en la Región Capital de Venezuela", en *Papeles de Población*, Año 6, un. 25, julio-septiembre.
- Castro Martin, Teresa (1997), "*Marriage without papers in Latin America*", en International Union for The Scientific of Population, Conference International, Beijing, China.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1994), *Familia y Futuro. Un programa regional en América Latina y el Caribe*, Libros de la CEPAL N° 37, Santiago de Chile.
- _____ (1993), *Cambios en el perfil de las familias: la experiencia regional*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Charbit, Yves (1987), *Famille et nuptialité dans la Caribe*, París, Institut national d'études démographiques (INED).
- _____ (1984), *Caribbean Family Structure: Past Research and Recent Evidence from the WFS on Matrilocality*, Voorburg, Holanda, International Statistical Institute (Scientific Reports, 65).
- De Vos, Susan (1999), "Comment of Coding Marital Status in Latin America", en *Journal of Comparative Family y Studies*, Vol. 30(1), invierno.
- _____ (1995), *Household Composition in Latin America*, Nueva York, *The Plenum Series on Demographic Methods and Population Analysis*, Plenum Press.
- _____ (1987) "Latin American Households in Comparative Perspective" *Population Studies*, Vol. 41, N° 41, noviembre, Londres.
- Easterlin, R. (1976), "The Conflict between Aspirations and Resources", *Population and Development Review*, núm. 2.
- Easterlin, R., C. MacDonald y D.J. Macunovich (1990), "How have American baby boomers fared? Earnings and Economic Well-being of Young Adults, 1964-1987", *Journal of Population Economics*, núm. 3.
- García, Brígida y Orlandina de Oliveira (1994), *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, El Colegio de México.
- García, Brígida y Olga Rojas (2001), "Recent Transformations in Latin American Families: a Socio-Demographic Perspective", ponencia presentada en la XXIV Conferencia General de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), Salvador, Bahía, Brasil, agosto.
- Geldstein, Rosa (1994), "Familias con liderazgo femenino en sectores populares de Buenos Aires", en Catalina Wainerman (editora), *Vivir en familia*, UNICEF / Lozada, Buenos Aires.
- Goldani, Ana Ma. (1993), "La familia brasileña en transición", en *Cambios en el perfil de las familias: la experiencia regional*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Naciones Unidas, Santiago de Chile.

- Gómez de León Cruces, José (2001), “Los cambios en la nupcialidad y la formación de las familias: algunos factores explicativos”, en José Gómez de León Cruces y Cecilia Rabell Romero, *La población de México: Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, México, Consejo Nacional de Población y Fondo de Cultura Económica.
- González Montes, Soledad (1996), “Novias perdidas, novias robadas, polígamos y madres solteras: un estudio de caso en el México rural, 1930-1990”, en María de la Paz López (coordinadora), *Hogares, familias: desigualdad, conflicto, redes solidarias y parentales*, México, Somede.
- Greenstein, Theodore (1990), “Marital Disruption and the Employment of Married Women”, en *Journal of Marriage and the Family*, 57.
- Guzmán, José M., Susheela Singh, Germán Rodríguez y Edith A. Pantelides (editores) (1996), *The Fertility Transition in Latin America*, Clarendon Press, Oxford.
- Katzman, Rubén (1993), ¿Por qué los hombres son tan irresponsables?, en *Cambios en el perfil de las familias: la experiencia regional*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Laslett, Peter (1977), “Characteristics of the Western Family Considered over Time”, *Journal of Family History*.
- Lesthaeghe, R. (1998), “On Theory Development and Applications to the Study of Family Formation”, *Population and Development Review*, vol. 24, núm. 1, marzo.
- _____ (1995), “The Second Demographic Transition in Western Countries: An Interpretation”, en Karen Oppenheim y An-Magritt Jensen *Gender and Family Change in Industrialized Countries*, Clarendon Press, Oxford.
- Lesthaeghe, R. y Dirk van de Kaa (1986), “Twee demografische transitities”, en R. Lesthaeghe y Dirk van de Kaa (editores), *Bevolking, groei en krimp*, Deventer, Van Loghum Slaterus.
- López, Elsa, Liliana Findling y Andrea Federico (2000), “Nuevas modalidades de la formación de parejas y familias en Buenos Aires: la cohabitación en sectores medios”, en Ana Domínguez Mon *et al.* (compiladoras), *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires, III Jornadas Interdisciplinarias de Salud y Población, Editorial Dunken.
- Masciadri, Viviana (2002), “Tendencias recientes en la constitución y disolución de las uniones en Argentina”, *Notas de Población*, año XXIX, núm. 74.
- Meler, Irene (1998) “El divorcio: la guerra entre los sexos en la sociedad contemporánea”, en Mabel Burin e Irene Meler *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*, Paidós, Buenos Aires.
- Muñoz M., Mónica y Carmen Reyes V. (1997), *Una mirada al interior de la familia ¿Qué piensan hombres y mujeres en Chile? ¿Cómo viven en pareja? ¿Cómo son los padres? ¿Qué sienten los niños?*, Santiago de Chile, ediciones Universidad Católica de Chile, junio.
- _____ (1993), “La situación de la familia en Chile”, en *Cambios en el perfil de las familias: la experiencia regional*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Naciones Unidas (varios años), *Demographic Yearbook*.
- _____ (2003), *Partnership and Reproductive Behaviour in Low-Fertility Countries*, New York, ESA/P/WP.177, Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, mayo.
- _____ (2000), *World Marriage Patterns*, Nueva York.
- _____ (1990), *Patterns of First Marriage: Timing and Prevalence*, Nueva York.
- _____ (1987), *Fertility Behavior in the Context of Development. Evidence from the World Fertility Survey*, Nueva York.
- Ojeda, Norma (1988) “La importancia de las uniones consensuales” *Demos, Carta Demográfica sobre México*, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México.
- _____ (1986), “Separación y divorcio en México: una perspectiva demográfica”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 1, N° 2.
- Patarra, Neide y María Coleta de Oliveira (1974), “Anotaciones críticas sobre los estudios de fecundidad” en Brígida García *et al.*, *Reproducción de la población y desarrollo* 1, Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Oliveira, Orlandina (2000), “Quality of life and marital experiences in México”, en Brígida García, *Women, Poverty, and Demographic Change*, Oxford University Press, Oxford.

- Oliveira, Orlandina, Marcela Eternod y Ma. de la Paz López (1999) "Familia y género en el análisis sociodemográfico", en Brígida García (coordinadora) *Mujer, género y población en México*, El Colegio de México y SOMEDE, México.
- Quilodrán, Julieta (2001a), *Un siglo de matrimonio en México*, México, El Colegio de México.
- _____ (2001b), L'union libre latinoaméricaine a t-elle changée de nature?, ponencia presentada en la XXIV Conferencia General de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), Salvador, Bahía, Brasil, agosto.
- _____ (2000) "Atisbos de cambios en la formación de las parejas conyugales a fines del milenio" *Papeles de Población*, Nueva Época, año 6, N° 25, julio-septiembre, México.
- _____ (1999), "L'union libre en Amérique Latine: Aspects Récents d'un Phenomene Seculaire", en *Cahiers Quebecois de Demographie*, Vol. 28, N° 1-2.
- Ramírez, Valeria (1995), Cambios en la familia y en los roles de la mujer, Centro Latinoamericano de Demografía, América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, *Serie E, N° 44*, marzo.
- Reher, David (1998) "Family Ties in Western Europe: Persistent Contrasts", *Population and Development Review*, Vol. 24, N° 2, March, New York.
- Riquer, Florinda (1998) "De la familia de origen a la constitución de la pareja", en *Documentos Base para la Encuesta Nacional de Juventud 2000*, Instituto Mexicano de la Juventud, México.
- Rodríguez Dorantes, Cecilia (1997), "Entre el mito y la experiencia vivida: las jefas de familia", en Soledad González Montes y Julia Tuñón, *Familias y mujeres en México*, México, El Colegio de México.
- Rosenhouse, Sandra (1989), *Identifying the poor: is headship a useful concept?*, para The Joint Population Council/International Center for Research on Women Seminar Series, febrero 27-28, Washington, D.C.
- Rosero-Bixby, Luis (1996), "Nuptiality Trends and Fertility Transition in Latin America, en José M. Guzmán et al. (editores), *The Fertility Transition in Latin America*, Clarendon Press, Oxford.
- Rossetti, Josefina (1993), "Hacia un perfil de la familia actual en Latinoamérica y el Caribe", en *Cambios en el perfil de las familias: la experiencia regional*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, (CEPAL), Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Roussel, Louis (1992), "La famille en europe occidentale: Divergences et convergences", *Population* 47, N° 1.
- Ryder, N. y Westoff, C. (1977), *The Contraceptive Revolution*, Princeton, Princeton University Press.
- Samuel, Olivia (1996), "Cambios en la nupcialidad en México: el caso de Morelos", en María de la Paz López (coordinadora), *Hogares, familias: desigualdad, conflicto, redes solidarias y parentales*, México, Somede.
- Samuel, Olivia, Susana Lerner y André Quesnel (1993), "Hacia un enfoque antropológico de la nupcialidad y su relación con nuevos esquemas de procreación: reflexiones a partir de un estudio realizado en la zona de influencia del ingenio de Zacatepec, Morelos, ponencia presentada en el XIII Congreso Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas, México, 29 de julio al 5 de agosto.
- Sauvy, A. (1960), "Essay d'une vue d'ensemble", en H. Bergues (editor), *La prevention des naissances dans la famille: ses origines dans les temps modernes*, Paris, Cahier de l'INED, Presses Universitaires de France.
- Shorter, E. (1975), *The Making of the Modern Family*, Londres, Fontana Books.
- Solís, Patricio (2000), "Cambios recientes en la formación de uniones consensuales en México", presentado en la VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, julio 31-agosto 4, Sociedad Mexicana de Demografía, El Colegio de México, México.
- Suárez, Leticia (2000) "Revisión demográfica del divorcio en México", presentado en la VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, julio 31-agosto 4, SOMEDE, El Colegio de México, México.
- Thornton, Arland (2001), "The Developmental Paradigm, Reading History Sideways, and Family Change, *Demography*, vol. 38, núm. 4, noviembre.
- Van de Kaa, Dirk (1987) "Europe's Second Demographic Transition" *Population Bulletin*, Vol. 42, N° 1, marzo, Washington.
- _____ (1980), "Recent Trends in Fertility in Western Europe", en R.W. Hiorns (editor), *Demographic Patterns in Developed Societies*, Londres, Taylor and Francis.
- Wainerman, Catalina H. (editora) (1994), *Vivir en familia*, UNICEF / Losada, Buenos Aires.
- Wainerman, Catalina y Rosa Geldstein (1994) "Viviendo en familia: ayer y hoy" en Catalina Wainerman, (editora) *Vivir en familia*, UNICEF / Losada, Buenos Aires.
- Zavala de Cosío, Ma. Eugenia (1996), "The Demographic Transition in America Latina and Europe", en José M. Guzmán et al. (editores), *The Fertility Transition in Latin America*, Clarendon Press, Oxford.

Sesión V: Los determinantes de la fecundidad *(continuación)*

Incidencia del aborto y sus efectos sobre la fecundidad

Miguel Gutiérrez⁹³
Delicia Ferrando⁹⁴

I. Introducción

La población mundial a través de los años ha mostrado un crecimiento progresivo y constante; sin embargo, comparado con los siglos anteriores, en el último el crecimiento ha sido sorprendentemente rápido (cuadro 1), debido al elevado nivel de fecundidad en muchas regiones del mundo, sobre todo aquellas con un menor desarrollo.

Este crecimiento poblacional que ha motivado grandes y fundadas preocupaciones contrastaba con el hecho que ya desde fines del siglo XIX y, sobre todo empezando el siglo XX, la fecundidad empezó a bajar drásticamente en los países desarrollados de Europa, y a fines de los años sesenta este fenómeno empezó a ocurrir en América Latina (cuadro 2) debido a factores que serán examinados posteriormente. Es así que muchos países de Europa en los últimos años se han mantenido por debajo del nivel de reemplazo (2,1 hijos por mujer), encontrando en el año 2000 que de un total de 269 países 64 estaban ya por debajo de ese nivel (Naciones Unidas, 2001).

⁹³ Presidente Electo, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG). Director General Fundación para la Salud Reproductiva (ESAR) - Perú.

⁹⁴ Oficial de Evaluación, Pathfinder International, Oficina en Perú.

Cuadro 1
ESTIMADOS HISTÓRICOS DE LA POBLACIÓN MUNDIAL
(En millones)

Año	Mundial	Europa	Latinoamérica y el Caribe
1000	280	32	...
1500	427	62	...
1750	731	102	13
1900	1 668	284	65
1960	3 020	605	218
1970	3 690	657	285
1980	4 430	693	361
1990	5 255	722	440
2000	6 057	727	519

Fuente: Durand, 1974, 1977; Naciones Unidas, 2001.

Cuadro 2
TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD SEGÚN QUINQUENIOS
(Hijos por mujer)

Año	América Latina	Perú
1950 - 1955	5,9	6,9
1955 - 1960	5,9	6,9
1960 - 1965	6,0	6,9
1965 - 1970	5,6	6,6
1970 - 1975	5,1	6,0
1975 - 1980	4,5	5,4
1980 - 1985	3,9	4,7
1985 - 1990	3,4	4,1
1990 - 1995	3,0	3,7
1995 - 2000	2,7	3,2
2000 - 2005	2,5	2,9

Fuente: CEPAL/CELADE, 2002.

Se calcula que en el año 2015 el 67% de la población global estará por debajo del nivel de reemplazo (Naciones Unidas, 2000) haciendo que las preocupaciones se centren en proyectar el crecimiento demográfico de los próximos años y sus implicancias para la población mundial. En el año 1955, el porcentaje de países por debajo del nivel de reemplazo era el 0,1%, y se estima que para el año 2015 será de 67%, lo cual hace que exista una preocupación real en relación a la disminución de los niveles de fecundidad en muchas regiones del mundo.

En el caso del Perú, en el período 1950-1965 las familias tenían un promedio de 7 hijos. Treinta años después, entre los años 1990 y 1995 el promedio descendió a 3,7. Las encuestas DHS recientes (ENDES 1986, 2000) señalan que la tasa global de fecundidad (TGF), descendió significativamente de 4,1 (1986) a 2,9 hijos por mujer (2000). Sin embargo, este descenso aún no responde a las expectativas del número de hijos que las mujeres quieren tener, ya que mientras la TGF observada era de 2,9 (2000) el número de hijos deseados era de 1,8. Las mujeres urbanas, las jóvenes y con mayor nivel educativo son las que menor número de hijos quieren tener, e incluso en el sector rural la brecha entre el número de hijos que se tiene y el número de hijos deseados es muy amplia.

Si bien el crecimiento demográfico tiene a la mortalidad y a la migración de la población como dos de sus componentes importantes, debemos reconocer que fundamentalmente está definido por los cambios en la fecundidad. Como se ha señalado anteriormente para el Perú, durante los últimos años se ha probado que las expectativas de las mujeres en relación al número de hijos está orientada al deseo de tener menos hijos.

Para explicar el descenso tan marcado de la fecundidad en los últimos años no es suficiente el hecho que las mujeres deseen tener menos hijos, sino que se debe reconocer que existen otros factores que la afectan indirecta o directamente. Son los llamados determinantes contextuales o indirectos (mortalidad infantil, urbanización, nivel educativo), y determinantes próximos o intermedios (nupcialidad, anticoncepción, lactancia y aborto inducido).

Los determinantes próximos o intermedios, son factores biológicos y de conducta a través de los cuales las variables de tipo económico, cultural y ambiental afectan la fecundidad. Como ya se sabe J. Bongaarts (1978, 1982) demostró que la diferencia en la fecundidad de las poblaciones se debe mayormente a la variación de cuatro variables principales: la nupcialidad, el uso de anticonceptivos, la infecundidad posparto y el aborto inducido.

No es motivo de la presentación tratar sobre la nupcialidad, la infecundidad posparto ni del efecto del uso de los anticonceptivos en la fecundidad; sin embargo, dada la relación que existe entre los embarazos no deseados y el no uso de anticonceptivos y a la vez la relación que existe entre los embarazos no deseados y la incidencia de los abortos inducidos es importante conocer que es lo que ha sucedido en los últimos años en América Latina.

II. Uso de anticonceptivos, necesidad insatisfecha de anticoncepción y embarazo no deseado

El uso de métodos modernos de anticoncepción en América Latina se ha incrementado notablemente en los últimos 30 años (cuadro 3) y cada vez más se está expandiendo a grupos más amplios de la población, pero existen dos hechos que es necesario destacar. El primero es que existe todavía una necesidad insatisfecha de uso de métodos anticonceptivos que se encuentra entre un 20% y un 35% de todas las mujeres entre los 15 a 44 años (The Alan Guttmacher Institute, 1994) y el segundo es que aún se está lejos de lograr el método anticonceptivo ideal que no sólo no tenga efectos secundarios sino que también sea 100% efectivo para todas las mujeres. Estos dos hechos hacen que aún sea elevado el riesgo de que se produzca un embarazo no planificado el cual, como se verá más adelante, en América Latina tiene una alta posibilidad de que termine en un aborto inducido. En los países donde el aborto es ilegal su práctica será clandestina con grave riesgo de que sea realizado en forma empírica determinando un alto riesgo para la vida de las mujeres.

En un estudio realizado en seis países de América Latina se encontró que del 40% al 60% de los embarazos son no deseados, y en la mayoría de los casos terminan en un nacimiento indeseado o en un aborto inducido (The Alan Guttmacher Institute, 1994).

En el Perú, de acuerdo a la última encuesta DHS realizada en el año 2000, la prevalencia anticonceptiva total alcanza al 68,9% de las mujeres unidas; sin embargo, sólo el 44% del total de mujeres en edad fértil utilizaba algún método anticonceptivo y de ellos el 32% eran métodos modernos. Ello significa que el 31% de las mujeres unidas y el 56% de las mujeres en edad fértil en el Perú no utilizan ningún método anticonceptivo. Con estas cifras se ha estimado (Ferrando, 2002) que actualmente existirían en el Perú del total de mujeres sexualmente activas un 74,5% de mujeres suficientemente protegidas de un embarazo no deseado y un 25,5% de mujeres insuficientemente protegidas (862.240 mujeres) con un gran riesgo de tener un embarazo no planificado, el cual en un gran porcentaje terminará en un aborto inducido con los riesgos que la clandestinidad le da al procedimiento.

Cuadro 3

PORCENTAJE DE MUJERES EN UNIÓN QUE USAN ANTICONCEPTIVOS MODERNOS EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA

Países y fuente	Porcentaje de mujeres en unión que usa métodos modernos	Tasa Global de Fecundidad (TGF)	
		Deseada	Observada
Brasil, DHS1996	70,3	2,3	2,5
México, DHS 1997	56,0	n/d	n/d
Colombia, DHS 2000	64,0	2,3	2,6
Ecuador, CDC 1999	50,0	2,5	3,3
Perú, DHS 2000	49,7	1,8	2,9
República Dominicana, DHS 1996	59,2	3,2	3,2
El Salvador, CDC1998	54,1	n/d	3,6
Bolivia, DHS1998	25,2	2,6	4,2
Paraguay, CDC 1998	47,7	n/d	4,3
Guatemala, DHS 98/99	30,9	3,4	5,0
Haití, DHS 2000	22,8	3,1	4,7

Fuente: encuestas demográficas y de salud (ver primera columna dentro del cuadro).

De acuerdo al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 1997) cada año se producen en el mundo alrededor de 75 millones de embarazos no planeados de los cuales entre 8 y 30 millones se deben a falla anticonceptiva.

Si queremos medir los efectos que sobre la fecundidad puede tener el aborto inducido, debemos conocer además, cual es el concepto del aborto, cuáles son sus causas, su frecuencia y sus consecuencias en la salud de la población.

III. Definición conceptual del aborto

El aborto por definición es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un feto menor de 500 gramos y con una medida total de 20 centímetros o con una medida, de la coronilla al coxis, de 16,5 centímetros (Clasificación de Enfermedades 10, CIE 10, 1992). Por lo tanto una consideración importante a tomar en cuenta para poder determinar los efectos reales que puede tener el aborto sobre la fecundidad de una población es la de establecer con claridad cuando se inicia un embarazo. Para la Organización Mundial de la Salud (1999), el embarazo es un proceso que se inicia cuando se completa la implantación de un huevo fertilizado en el endometrio, el proceso de implantación se inicia alrededor del día 7° de la fertilización y se completa cerca de una semana después. Esto es importante porque se ha determinado que existe una pérdida espontánea de un 50% a 60% de los huevos fecundados antes de la anidación, los cuales no pueden ser considerados como abortos de acuerdo a la definición mencionada arriba.

IV. Rutas del embarazo y análisis de las decisiones

Estar embarazada puede ser el resultado de un proceso voluntario o no; es decir, puede ser un evento planeado o no. En el primer caso, la posibilidad de que sea un embarazo deseado es lo más lógico; pero en el segundo podría tratarse de un embarazo no deseado, el que podría llegar a interrumpirse.

Dentro de las principales complicaciones que el ginecólogo obstetra enfrenta con mayor frecuencia en su práctica hospitalaria está el aborto, el que sigue rutas muy similares tanto si es de naturaleza espontánea como si es inducido. Ambos pueden a su vez generar complicaciones. La mayoría de los abortos espontáneos no están relacionados a complicaciones serias si son atendidos prontamente; en cambio la mayor parte de los abortos inducidos, inseguros, tienen complicaciones muy serias, que ponen en grave riesgo la salud de las mujeres.

De no presentarse una interrupción, el embarazo terminaría con el nacimiento de un nuevo ser y por lo tanto con el incremento de la fecundidad. Esta relación aparentemente tan simple entre el aborto y la fecundidad; sin embargo, se vuelve muy compleja cuando se trata de establecer su efecto en la fecundidad de una población, ya que la magnitud del aborto es difícil de ser determinada porque mayormente no hay registros sobre su frecuencia.

V. Causas del aborto

Como hemos mencionado el aborto puede ser espontáneo o inducido. Los primeros tienen origen diverso, ocurren muchas veces al inicio de la gestación, como un proceso que responde a un mecanismo de selección natural cuando se presenta un error en la reproducción; en otros casos puede estar relacionado a cuadros infecciosos, alteraciones uterinas, etc. Como se ha mencionado este tipo de aborto es muy difícil de registrar, si bien tiene una definitiva influencia en la fecundidad. Se considera que se presenta en un 15% a un 30% del total de todos los embarazos, siendo un porcentaje casi constante en la mayoría de la población en general y sobre el que no se puede intervenir mayormente.

El ser humano, produce muchas veces en forma voluntaria la interrupción de una gestación que fue concebida en forma accidental o no deseada. Esta forma voluntaria a través del aborto es muy antigua y aparece desde que el hombre descubre cómo y dónde se desarrolla la gestación y se siente capaz de interrumpirla. El conocimiento del proceso de reproducción también ha permitido lograr formas más efectivas de evitar los embarazos que no se desean a través de la anticoncepción por lo que podríamos concluir que somos la única especie que puede controlar, si lo desea, concientemente y eficazmente su fecundidad.

Para comprender la naturaleza del embarazo y del aborto, conviene entender que tanto el embarazo como el aborto entrañan riesgos; en el caso del embarazo la presencia de un aborto puede estar vinculado al azar, o en otros casos la presentación del aborto es una intervención voluntaria. Si es una enfermedad o estado mórbido, se tiene que ubicar en el contexto del proceso salud-enfermedad. George Pickering (Rose, 1992) planteó que, no existe una distinción clara entre la salud y la enfermedad, esta distinción es un artefacto médico sobre la naturaleza del continuum de la salud-enfermedad. Así, en la vida real, la libertad que tiene una pareja de tener hijos, nos lleva a aceptar el embarazo como un hecho consciente y deseado o que puede ser el resultado de un hecho fortuito o no deseado. El embarazo puede desarrollarse normalmente, o entrañar un riesgo sea este bajo, mediano o alto. Adicionalmente, para entender la naturaleza del aborto, se tiene que entender el tema de la variabilidad individual; los seres humanos son todos diferentes. La variabilidad entre los individuos de una población puede ser debida a factores del medio interno de naturaleza neuro-inmuno-conductual (genéticos) o a factores externos de tipo sociales y culturales, o a una mezcla de ambas. Esto explicaría la patogénesis de las abortadoras habituales o en algunos casos la infertilidad. Un embarazo deseado y esperado puede devenir en un aborto espontáneo o también un embarazo no deseado puede no terminar en un aborto inducido, sino en un parto de un niño deseado o no, dependiendo de las variables que acontezcan en ese momento.

VI. Frecuencia de ocurrencia del aborto

En el mundo se estima que se producen 210 millones de embarazos cada año y se considera que más de una cuarta parte de las mujeres que quedan embarazadas tienen un aborto inducido o un nacimiento indeseado. En los países en vías de desarrollo se producen 182 millones de embarazos cada año y de ellos se estima que el 36% no son planificados y que el 20% termina en aborto. En los países desarrollados, de los 28 millones que ocurren cada año el 49% no son planificados y el 36% terminan en un aborto (The Alan Guttmacher Institute, 1999).

El 44% del total de los abortos inducidos (20 millones) es ilegal y se practica en su gran mayoría en condiciones clandestinas e inseguras, a menudo inducidos por las mismas mujeres (The Alan Guttmacher Institute, 1999). La mayoría de esos abortos inseguros ocurren en países en desarrollo. En América Latina y el Caribe se produce una quinta parte de los abortos que son realizados en condiciones de riesgo (Singh y Wulf, 1994 y OMS, 1998).

En el estudio de The Alan Guttmacher Institute (AGI, 1994) se estimó el número de abortos inducidos anuales que ocurrirían en cada uno de los países (cuadro 4) y su proyección a toda América Latina: 4 millones anuales. Un estudio reciente en el Perú (Ferrando, 2002) muestra que en números absolutos el aborto clandestino se habría incrementado de 271 mil en el año 1990 a 352 mil el año 2000, lo que significa haber pasado de un 30% en el año 1990 a un 35% de incidencia de abortos en el año 2000.

Cuadro 4

ESTIMACIÓN DE LOS ABORTOS INDUCIDOS EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

País y año	Estimación del número de abortos inducidos	Proporción por cada 100 nacidos vivos	Tasa anual por cada 100 mujeres de 15-49 años
Brasil, 1991	1 443 350	44	3,65
Colombia, 1989	288 400	35	3,37
Chile, 1990	159 650	55	4,54
México, 1990	533 100	21	2,33
Perú, 1989	271 150	43	5,19
República Dominicana, 1992	82 500	39	4,37

Fuente: The Alan Guttmacher Institute (1994).

VII. Consecuencias del aborto inducido

A pesar de que no se tienen registros sobre la ocurrencia del aborto inducido en condiciones inadecuadas, es posible determinar cuáles son sus complicaciones inmediatas y mediatas más frecuentes. Dentro de las primeras está el aborto incompleto no complicado que se presenta en aproximadamente el 95% de los casos que llegan a los establecimientos hospitalarios (Ferrando, 2001) y que requieren de una atención inmediata para evitar poner en riesgo la fertilidad futura de las mujeres. Muchas de las complicaciones en la salud de la mujer podrían evitarse si pudiera brindarse una atención oportuna, eficaz y de buena calidad del aborto incompleto. Lamentablemente no siempre es así y existen muchas posibilidades de pasar de un aborto incompleto no complicado a un aborto incompleto complicado; es decir, con presencia de fiebre, inestabilidad hemodinámica, que complica el manejo y que aumenta la posibilidad de dejar daños permanentes en la mujer.

Por ello se debe considerar que la influencia del aborto sobre la fecundidad de una población no sólo se da por la frecuencia de su ocurrencia, sino que en los países donde el aborto es ilegal, clandestino y se practica en condiciones inseguras, se debe tener en cuenta la influencia que tienen los efectos de una mala atención sobre la fecundidad de las mujeres que presentan complicaciones, usualmente mujeres de un bajo nivel socioeconómico.

En el mundo se producen unas 585.000 muertes maternas cada año, 64 millones sufren complicaciones del embarazo y del parto, y 20 millones tienen abortos peligrosos cada año (OMS, 1999). Una expresión extrema del aborto es la muerte de las mujeres, que se presenta con mayor frecuencia en las regiones en vías de desarrollo (cuadro 5), y que en el mundo es responsable de 90.000 muertes maternas anuales, ocupando uno de los primeros lugares como causa de muerte materna.

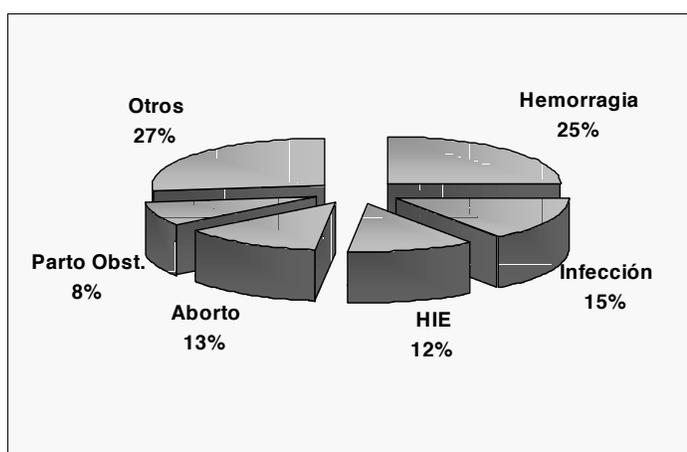
Cuadro 5
TASAS DE MORTALIDAD POR ABORTO: ESTIMACIONES REGIONALES, 1998

Regiones	Nº de muertes por 100.000 abortos
Desarrolladas	0,2 – 1,2
En desarrollo (excluyendo China)	330
África	680
Sur y Sur-Este de Asia	283
Latinoamérica	119

Fuente: The Alan Guttmacher Institute (1999).

Tanto en Latinoamérica como en el Perú el aborto es la cuarta causa de muerte materna (gráfico 1). Si bien una muerte materna limita la fecundidad de la mujer fallecida, por el escaso número de casos en que ocurre, podemos decir que la muerte materna no influye grandemente en la tasa global de fecundidad de una población; sin embargo, por cada muerte que se presenta se calcula que pueden quedar entre 60 a 100 mujeres con complicaciones o con lesiones que pueden afectar seriamente su fecundidad futura.

Gráfico 1
CAUSAS DE MUERTE MATERNA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Fuente: Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 1996.

A pesar de la evidencia que existe acerca de la magnitud del aborto en la región, lamentablemente no se han planteado estrategias lo suficientemente efectivas para reducir los efectos que el aborto inducido tiene sobre la salud de las mujeres y por ello el aborto aún se encuentra entre las principales causas de muerte materna en Latinoamérica (OPS, 1996).

El riesgo de enfermar o morir es muy alto cuando se practica un aborto inducido en la región. Así se tiene que el 21% de las muertes maternas en Latinoamérica están relacionadas con el aborto en condiciones de riesgo, comparado con el 13 % en el África y el 12 % en el Asia (OMS, 1999).

VIII. Marco legal del aborto en América Latina

En la mayor parte de los países de América Latina, con excepción de Cuba, el aborto inducido es un delito y está considerado en las leyes penales con diferente grado de sanciones para la mujer y para quien realiza el procedimiento. Sin embargo, sólo está totalmente prohibido en Chile, Colombia y El Salvador porque en la gran mayoría de los países es permitido para salvar la vida de la mujer. El aborto terapéutico, que es como se le conoce, no es realizado con frecuencia debido a que usualmente requiere de procedimientos legales y en muchos casos los mismos profesionales médicos se abstienen de realizarlo ya que no quieren “comprometerse”. En algunos países como Bolivia, Ecuador, Brasil, México, Argentina, Uruguay, Belice y Jamaica es permitido el aborto inducido en caso de violación sexual, pero el número de procedimientos de interrupción de la gestación en estos casos también es muy poco por los mismos motivos que el de tipo terapéutico. En ambas situaciones es probable que el aborto inducido se realice en las mismas condiciones de ilegalidad de otros casos, con el consiguiente riesgo para la salud de las mujeres.

Por todo ello, a pesar del hecho que en algunos países se dan algunas excepciones para el aborto inducido, podemos decir que cuando se practica un aborto inducido en la mayor parte de los casos estos se realizan en forma ilegal, a pesar de que podrían haber tenido una justificación de tipo legal.

IX. Relación entre la situación legal del aborto y su influencia sobre la fecundidad

Ferrando (2003) realizó un ejercicio para 165 países tomando en cuenta tanto el aborto inducido legal como el ilegal. Ajustó la tasa global de fecundidad y dividió a los países considerando la condición legal del aborto, tiempo de legalización del aborto en años y tasa de prevalencia de uso de métodos modernos. La prueba estadística F para probar si los dos grupos son diferentes, revela que la legalización del aborto sí influye en la fecundidad. El grado de ajuste fue de 62,4% y la prueba F para comparar las diferencias entre los grupos legal e ilegal resultó altamente significativa para el modelo ($F= 160,4$, $p<0,01$) y significativa para el factor de legalidad del aborto ($F= 25,4$, $p<0,05$).

Se observa (cuadro 6) que los intervalos de confianza de la tasa global de fecundidad encontrados, tanto en el caso de los abortos inducidos legales como de los ilegales, no se superponen, por lo que se estaría refiriendo a dos grupos diferentes. Si se elimina el efecto que ejerce el uso de métodos anticonceptivos sobre la fecundidad se tendría que la tasa global de fecundidad es diferente en los países donde se practica en forma legal y en los que el aborto es ilegal, siendo más elevada en los países donde el aborto es ilegal ($TGF=2,249$) que lo que se observa en los países donde es legal ($TGF=3,952$). Por lo tanto, donde el aborto es legal tendría una mayor influencia sobre la fecundidad.

Cuadro 6

**INDICADORES DE LA TGF SEGÚN LA CONDICIÓN LEGAL DEL ABORTO AJUSTADO
POR LA PREVALENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS**

Condición legal	TGF observada promedio	Desviación estándar	TGF ajustada 1995-2000	Desviación estándar	Límites de confianza		Países
					Inferior	Superior	
Legal	2,249	1,281	2,755	0,151	2,457	3,052	55
Ilegal	3,952	1,702	3,699	1,105	3,492	3,906	110
Total	3,384	1,764					165

Fuente: Delicia Ferrando, 2003.

En este mismo estudio también se investigó si el tiempo de legalización del aborto tendría importancia en la disminución de la tasa global de fecundidad, por lo que se dividió en países donde el aborto legal tenía un tiempo menor de 15 años o más. Se obtuvieron 28 países con menos de 15 años y 27 países con un tiempo mayor de 15 años. La prueba F no resultó significativa por lo que se concluye que el tiempo de legalización del aborto no tendría influencia en los cambios observados en la tasa global de fecundidad. La variable que sí tiene importancia en estos países es la prevalencia de métodos anticonceptivos.

X. El aborto inducido ilegal en el Perú y su influencia sobre la fecundidad

Es evidente que no sólo en Latinoamérica sino que en todo el mundo el aborto constituye una limitante importante en el número de hijos que tiene cada mujer. Esta limitante no es un hecho que ocurre antes que el embarazo se produzca sino después que se ha producido. Por lo tanto si la tasa global de fecundidad se determinase tomando en consideración todos los embarazos ocurridos, incluso los que acabaron en abortos, todas las tasas globales de fecundidad tendrían que ser incrementadas en varios puntos.

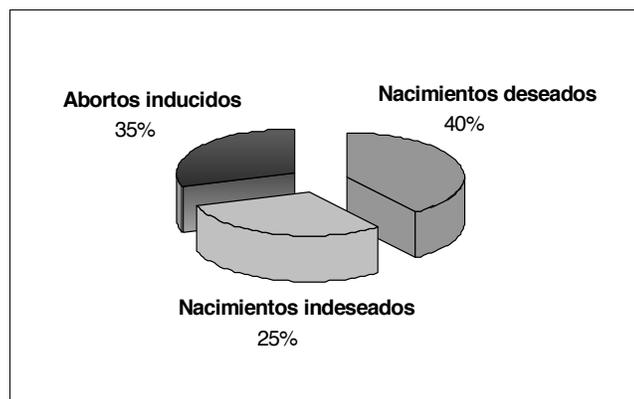
Determinar en forma directa la medida exacta en la que el aborto inducido influye en la fecundidad de nuestros países es una labor difícil de llevar a cabo ya que la mayoría se realiza en forma clandestina por ser un procedimiento ilegal en América Latina y no se tiene un registro de su ocurrencia ni de los factores asociados.

XI. Situación del aborto en el Perú

La estimación de la frecuencia del aborto en el Perú, país y situación que los autores conocen más será utilizado para calcular la influencia que tiene el aborto sobre la fecundidad de ese país. Se tomará la estimación a falta de registro. Como se ha mencionado en líneas anteriores se estima que en los países de América Latina de un 40% a un 60% de los embarazos son no planificados, y aproximadamente la mitad de ellos acaban en aborto.

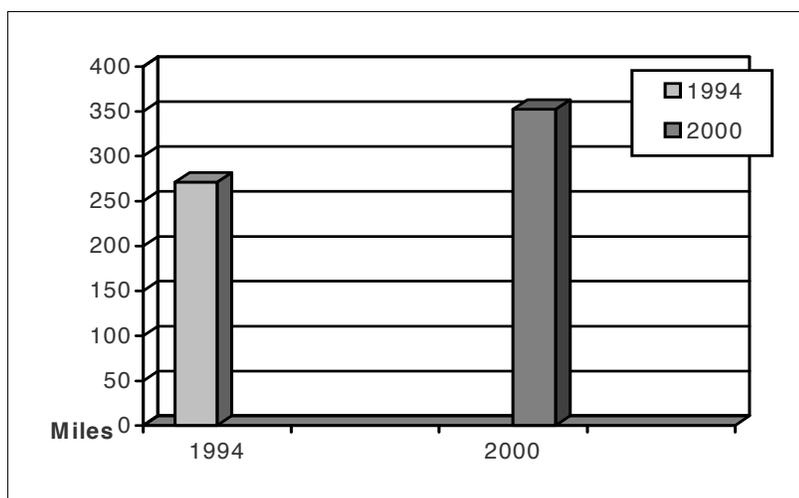
En el estudio de Ferrando (2002) se estima que en el 2000, de una cifra aproximada de un millón de embarazos que ocurrirían cada año, el 40% termina en nacimiento deseado, el 25% en nacimiento no deseado y el 35% en aborto inducido (gráfico 2), representando esta último una cifra de 352.000 abortos inducidos cada año.

Gráfico 2
RESOLUCIÓN DE LOS EMBARAZOS EN PERÚ, AÑO 2000



Fuente: Ferrando (2002).

Gráfico 3
ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE ABORTOS INDUCIDOS EN PERÚ. 1994-2000



Fuente: Ferrando (2002).

Si se comparan estas cifras con las que se estimaron en el año 1994 en un estudio colaborativo, llevado a cabo en 5 países de América Latina (The Alan Guttmacher Institute, 1994), se tiene que habría un incremento en las cifras absolutas del aborto inducido, ya que en ese época se determinó para el año 1990 una cantidad de 271.000 abortos clandestinos en el Perú (gráfico 3).

Teniendo en cuenta el número de nacimientos (640.000) ocurridos en el año 2000 (INEI), y conociendo el número de abortos inducidos estimados de 352.000 por año, se ha determinado de acuerdo al cálculo de las tasas de fecundidad por edad y de la tasa global de fecundidad que, de no haber ocurrido el aborto inducido en el Perú, se habría obtenido una TGF de 3,81 (cuadro 7), siendo la determinada para el año 2000 por el INEI de 3,04.

Cuadro 7

PERÚ: ESTIMACIÓN DEL EFECTO DEL ABORTO EN LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, 2000

Edad	Mujeres	Nacimientos (N)	Fecundidad %	Aborto	N+ Ab/3	Tasa de fecundidad por edad
15-19	1 305 041	60 864	9,510	33 475	72 022	0,0552
20-24	1 234 799	145 216	22,690	79 869	171 839	0,1392
25-29	1 084 158	153 984	24,060	84 691	182 214	0,1681
30-34	947 706	127 488	19,920	70 118	150 861	0,1592
35-39	830 359	91 776	14,340	50 477	108 602	0,1308
40-44	693 960	46 336	7,240	25 485	54 831	0,0790
45-49	577 162	14 464	2,260	7 955	17 116	0,0297
TOTAL	667 318	640 00	100	35 200	757 485	0,761
						TGF 3,8053

Fuente: Ferrando (2003).

Lo anterior significa que el aborto inducido en el Perú habría determinado que la TGF obtenida por las estimaciones oficiales sea un 25% más baja de la que debiera haber sido en ausencia del aborto inducido. Esto demuestra el efecto que puede tener el aborto inducido en forma directa sobre la TGF.

Es evidente que en los países donde el aborto es ilegal, las mujeres que tratan de controlar su fecundidad recurriendo al aborto clandestino lo van a hacer muchas veces en condiciones inseguras, con un gran riesgo para su salud física, mental y social. Teniendo en la mayoría de nuestros países restricciones para el aborto legal, se debe reflexionar sobre la conveniencia o no de que el aborto pueda ser legal, teniendo en consideración que no se trata de estar a favor del aborto, ni tampoco de utilizar el aborto como un método anticonceptivo, sino que se trata de que las mujeres no estén expuestas a prácticas inseguras con grave riesgo de su salud, de que se prevenga la posibilidad de un embarazo no deseado, fuente de la mayor parte de los abortos inducidos, y de que las políticas públicas intervengan en forma decidida en un grave problema de salud pública.

Finalmente la presencia de la variable aborto inducido, como determinante de la fecundidad, debería tener la menor influencia dentro del resto de variables intermedias como expresión de una comunidad saludable.

XII. Conclusión

En los países de América Latina, donde existe aún una gran cantidad de mujeres insuficientemente protegidas frente a un embarazo no deseado o una gran necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos, la posibilidad de un embarazo no deseado se encuentra entre el 40% y el 60% del total de embarazos producidos. Si reconocemos que muchos de esos embarazos terminan en abortos inducidos, se puede concluir en primer lugar que la estimación de la frecuencia del aborto inducido en la región es sumamente elevada (se calcula 4 millones anuales). En segundo lugar, dada las condiciones de inseguridad, de ilegalidad en que se practica la mayor parte de abortos inducidos, la salud de las mujeres latinoamericanas está en grave riesgo, lo que incluso determina que el aborto se encuentre como una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna.

Aunque la influencia del aborto inducido en el nivel de la fecundidad es difícil de precisar, el ejercicio realizado para Perú demostraría que dicha influencia no puede ser soslayada.

Bibliografía

- Bongaarts, J. (1982), "The Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables", *Studies in Family Planning*, vol. 13, N° 6/7, junio/julio.
- ___ (1978), "A Framework for Analyzing the proximate Determinants of Fertility", *Population and Development Review*, vol. 4, N° 105-132.
- CEPAL – CELADE (Comisión Económica para la América Latina y el Caribe – Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2003), *Tendencias de la Fecundidad en América Latina: 1950-2000*, mayo.
- ___ (2002), *América Latina y Caribe: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050*, enero.
- Chumbe, Ovidio (1999), Hemorragias en la Primera Mitad del Embarazo: Aborto, *Ginecología y Obstetricia 1999* José Pacheco Romero, Lima-Perú.
- Dixon, D. (2000), El Aborto en condiciones de riesgo en América Latina y el Caribe. *Recopilación de hechos y recomendaciones para la toma de acción sobre el aborto en condiciones de riesgo*. Ipas.
- Durand, John D. (1977), "Historical estimates of world population: An evaluation", *Population and Development Review*. 3(3).
- ___ (1974), "Historical estimates of world population: An Evaluation" University Of Pennsylvania, Population Center, *Analytical and Technical Reports*, number 10, table 2.
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (1986, 2000), Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú.
- Ferrando, Delicia (2003), *La fecundidad en América Latina*. CEPAL/CELADE (inédito).
- ___ (2002), El Aborto Clandestino en el Perú: Hechos y Cifras, Centro para la Mujer Peruana *Flora Tristán y Pathfinder International*. Lima-Perú, marzo.
- ___ (2001), Programa de Atención Integral del Aborto Incompleto en el Perú. *Documentación de la Estrategia Desarrollada e Implementada por el MINSA y Pathfinder Internacional*, marzo.
- Gutiérrez, Miguel (2002), Planificación Familiar: Una estrategia para mejorar la salud de las mujeres. *Congreso Nacional "La Salud de la Mujer: Una Agenda Pendiente"*. Asociación Médica Femenina Peruana, marzo.
- ___ (1999), Aborto un Problema de Salud Pública. *Mortalidad Materna y Aborto inseguro Enfrentando la Realidad*, CMP Flora Tristán/ DEMUS, Lima 2000.
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) y el Institute for Resource Development (1996), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*, ENDES. Lima.
- INEI y Macro International (2001), Perú: *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*, Lima, mayo.
- ___ (2000), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*, ENDES, Lima.
- ___ (1996), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*, ENDES, Lima.
- ___ (1992), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*, ENDES, Lima.
- Ministerio de Salud Peruano. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Programas Sociales (1996). "Marco Conceptual". *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000*. Lima.
- Naciones Unidas (2001), *World Population Prospects: The 2000 Revision*. Volume I, Comprehensive Tables. Table A-24, New York.
- ___ (1999), "Fecundidad por Debajo del Nivel de Reemplazo". *Boletín de Población de las Naciones Unidas*. Edición Especial N° 40/41.
- OMS (1999), Improving Methods of Emergency Contraception. *Progress in Human Reproduction Research*, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación.
- ___ (1998), Aborto Inseguro. *Estimados Globales y Regionales*. Ginebra.
- ___ (1992), Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE 10). *Organización Mundial de la Salud*. Ginebra.
- OPS (1996), *Manejo clínico de las complicaciones del aborto, una guía práctica*. Washington D.C., febrero.
- Rose, J. (1992), The Strategy of Preventive Medicine. *Oxford University Press*.
- Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (1998), Seminario Internacional "Responsabilidad de las Sociedades de Obstetricia y Ginecología frente al manejo del aborto para reducir la mortalidad materna". Relato Final. Lima, Perú, 26 y 27 de enero.
- Singh, S. y D. Wulf (1994), "Estimated Levels of Induced Abortion in Six Latin American Countries", *International Family Planning Perspective*, Vol. 20 (1).
- Tang, L. (1997), *La Realidad sobre el Aborto Espontáneo*. Instituto Materno Perinatal (Ex Maternidad de Lima). Lima, Perú.

- Tavara, L. (2001), *El Aborto como Problema de Salud Pública en el Perú*. Organó Científico de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Volumen XLVII, N° 4. Octubre – Diciembre. Lima, Perú, octubre.
- The Alan Guttmacher Institute (1999), *Sharing Responsibility. Women, Society and Abortion Worldwide*, New York.
- ___ (1994), *Aborto Clandestino: Una realidad latinoamericana*. New York and Washington.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (1997), Estado de la Población Mundial 1997. *El derecho a optar, derechos de procreación y salud reproductiva*.
- ___ (1994), Hojas informativas sobre aborto en condiciones de riesgo.

Impacto sobre la fecundidad de los cambios en los sistemas de género

María Eugenia Zavala de Cosío⁹⁵

Desde la Conferencia del Cairo, en 1994, sobre Población y Desarrollo (ICPD), el empoderamiento de las mujeres ha sido un tema ampliamente debatido. También se ha puesto énfasis en que tal empoderamiento se tome en cuenta en los programas sociales y servicios a la población, lo que ha tenido mucho impacto en los programas de planificación familiar, en los servicios de salud reproductiva y en las políticas de población de los países latinoamericanos.

En esta ponencia, nos planteamos las siguientes preguntas: ¿cómo se observa el empoderamiento de las mujeres? ¿Cuáles son sus relaciones con la fecundidad? y finalmente ¿se pueden observar esas relaciones con los datos de los que disponemos?

I. Sistemas de género, un marco analítico

Los países de América Latina y del Caribe han experimentado últimamente cambios fundamentales en el campo de su organización económica, de sus sistemas políticos, de su desarrollo regional, de su composición social, de sus instituciones, de su demografía y de sus referencias culturales. En el umbral del siglo XXI, todos los países han visto reducirse fuertemente su mortalidad, fecundidad y crecimiento

⁹⁵ Directora, CREDAL-Centre de Recherche et de Documentation sur l'Amérique Latine. Universidad de Paris X – Nanterre.

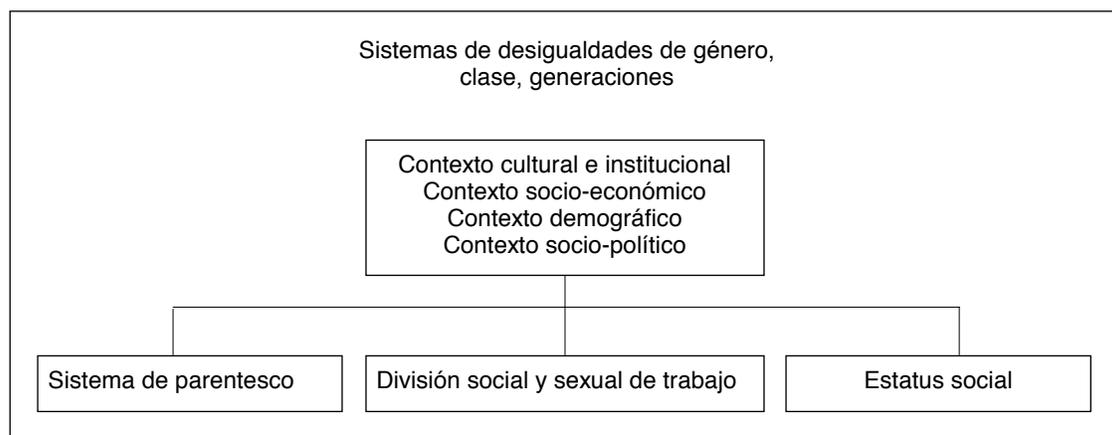
natural, aumentar las migraciones internas e internacionales, con consecuencias importantes en las familias, paralelamente a la escolarización masiva de niñas y niños, y a la presencia creciente de las mujeres en el mercado de trabajo.

En este contexto, las relaciones sociales de sexo han presentado transformaciones, ya que las reivindicaciones de los grupos feministas para combatir las desigualdades de género han llevado, por ejemplo, a modificaciones legales (Marques-Pereira, 2002), a movimientos y organizaciones populares, y a la consideración teórica y práctica del tema de los derechos reproductivos y sexuales como parte de los servicios de salud reproductiva. A pesar de estos cambios, una clara división basada en roles de género persiste tanto en el campo de la familia, del trabajo doméstico como del empleo formal e informal y de la participación social a la vida pública en general. El poder masculino sigue ejerciéndose al interior y exterior de los hogares y la violencia doméstica es un revelador de muchas tensiones.

Para observar los efectos de las transformaciones en los sistemas de género en América Latina y el Caribe, y sus relaciones con la fecundidad, es necesario observar las variables intermedias de la fecundidad con una perspectiva de género. A continuación, describiremos el marco analítico que usamos y los resultados empíricos sobre los cuales podemos basar algunas observaciones concretas.

Utilizamos el concepto de género entendido como un sistema de signos y símbolos, representaciones, normas, valores y prácticas que transforma las diferencias sexuales entre los seres humanos en desigualdades sociales, organizando las relaciones entre los hombres y las mujeres de manera jerárquica, valorando a lo masculino como superior a lo femenino. Como una construcción sociocultural e histórica incluye tanto aspectos objetivos como subjetivos que preceden a los individuos pero que ellos a la vez recrean continuamente en su quehacer cotidiano.⁹⁶ Este esquema se representa en la figura 1.

Figura 1
LOS SISTEMAS DE GÉNERO



En el esquema analítico que proponemos destacan varios niveles de análisis:

- **A nivel macrosocial:** el contexto social incluye dimensiones económicas, sociales, demográficas, políticas, institucionales y culturales. Los cambios estructurales en los modelos económicos y en los mercados de trabajo han tenido repercusiones directas sobre el empleo masculino y femenino, llevando a la vulnerabilidad, informalidad y precarización del trabajo, al aumento del empleo de las mujeres y de los jóvenes,

⁹⁶ Definición escrita por Orlandina de Oliveira, en base a trabajos de Lamas, Scott, de Barbieri.

modificando los roles masculinos de los jefes de familia como únicos proveedores de recursos económicos del hogar. El aumento de la escolaridad femenina ha tenido igualmente un impacto fuerte y complejo para explicar el empleo de las mujeres.⁹⁷ Los cambios culturales han dado lugar a la emergencia de nuevos roles femeninos y masculinos, pero persisten modelos tradicionales de división sexual del trabajo y de tensiones entre los valores normativos. De ahí la relevancia de analizar, como parte esencial de los sistemas de género, los comportamientos y las representaciones en cuanto a la familia, a los roles económicos y al ejercicio del poder de los hombres y de las mujeres a nivel individual y familiar, sin olvidar un aspecto esencial, la pertenencia social, que incluye además del sexo, edad y generación, la clase social, la raza, la religión, el color de la piel, la pertenencia étnica, el territorio, etc.

- **Los cambios demográficos:** la fecundidad controlada en las ciudades latinoamericanas y el uso masivo de anticonceptivos han transformado los cursos de vidas femeninos, masculinos y familiares (Tuirán, 2002), aunque la crianza de los hijos y el control de los nacimientos siguen siendo mayoritariamente una responsabilidad femenina. También destaca el aumento de los embarazos precoces no deseados entre las muchachas adolescentes, bajo la influencia de la desigualdad de poder entre los jóvenes hombres y mujeres que se manifiesta desde el inicio de la vida sexual (Marston, 2001). Es así como la presión social lleva a los muchachos jóvenes a iniciar una sexualidad heterosexual lo más tempranamente posible mientras que las muchachas deben en principio llegar vírgenes al matrimonio y sin recibir ninguna educación sexual (Bozon, 2003, Marston, 2001).
- **Los cambios institucionales:** llevan a continuidades y rupturas: si bien el acceso a la planificación familiar se ha desarrollado fuertemente en América Latina y el Caribe, hay un claro retiro del papel del Estado en la protección social, dejando cada vez más a las familias la responsabilidad de la protección de sus miembros más vulnerables (niños, ancianos, enfermos), lo que se vuelve una responsabilidad claramente femenina (de Oliveira, 2000). Los programas de lucha contra la pobreza modifican poco la distribución de roles en los grupos domésticos a pesar de que algunos programas, como PROGRESA, le dan directamente el subsidio a las mujeres.

Esta breve reseña retoma lo que se ha observado en algunos trabajos sobre el tema y muestra las evoluciones y permanencias en los sistemas de género en América Latina a nivel familiar. Pero falta mucho por observar: antes que nada por falta de datos, tarea que se construye poco a poco,⁹⁸ pero también por falta de preguntas claras que analizar (Villarreal, du Guerny, 1999). En los párrafos siguientes, analizaremos algunos resultados que permiten introducir una perspectiva de género en el estudio de la fecundidad.

II. La fecundidad con una perspectiva de género⁹⁹

En 1997, Karen Mason escribió un trabajo que puntualizaba lo que se sabía hasta entonces sobre el tema de género y fecundidad (Mason, 1997). En el mismo año, Harriet Presser subrayó la ausencia de análisis con una perspectiva de género en la gran mayoría de los estudios demográficos

⁹⁷ Los resultados de la encuesta EDER mexicana de 1998 muestran los cambios pero también la fuerza de los modelos familiares tradicionales, por ejemplo con la salida masiva de la mujer del mercado de trabajo después de una unión y del nacimiento del primer hijo (Ariza y de Oliveira, 2003).

⁹⁸ Existen nuevas encuestas en México, como la DINAF por ejemplo, organizada por Brigida García y Orlandina de Oliveira de El Colegio de México.

⁹⁹ En esta sección presento de manera resumida un trabajo que preparé para un seminario organizado por la División de Población de las Naciones Unidas sobre las tendencias de la fecundidad en los países con niveles intermedios (Cosío-Zavala, 2002).

y la importancia de esta perspectiva para explicar mejor los patrones reproductivos que interrelacionan, por definición, a los hombres y a las mujeres (Presser, 1997). Hasta entonces se analizaba la fecundidad como un comportamiento exclusivamente femenino.¹⁰⁰

Un estudio piloto fue el de Karen Mason, quién encabezó un proyecto de la Fundación Rockefeller de cinco encuestas en Asia (Mason *et al.*, 1995). En estas encuestas, se volvió operacional el concepto de empoderamiento de las mujeres. Se escogieron muestras en contextos diferentes culturales y religiosos, en cinco países: India, Pakistan, Malasia, Filipinas y Tailandia. Se incluyeron preguntas acerca de cinco dimensiones: la participación en el proceso de toma de decisiones, la libertad de movimiento, la violencia masculina, el acceso a los recursos económicos y el control sobre los recursos económicos.¹⁰¹ Este estudio ha servido de modelo para otras encuestas de por el mundo¹⁰² pero Karen Mason ha publicado recientemente un artículo que cuestiona sus propios resultados en cuanto a las relaciones entre el concepto de empoderamiento, definido en las cinco encuestas asiáticas, y la fecundidad (Mason, Smith, 2000). A mi modo de ver, el problema viene sobre todo del indicador usado para medir la fecundidad (“no querer más hijos”), ya que usar un solo indicador no es suficiente, como lo veremos más adelante.

De hecho, el concepto de empoderamiento es multidimensional y Paulina Makinwa lo muestra claramente en un trabajo sobre Nigeria al analizar algunos indicadores de la “autonomía femenina”. Muestra que poder expresar su opinión es un indicador muy importante de la autoridad femenina y que tiene una fuerte relación con el uso de métodos anticonceptivos (Kritz, Makinwa-Adebusoye, 2001). Este trabajo recomienda el uso de varios indicadores para definir el concepto de autoridad femenina y muestra la menor importancia del poder de decisión económico en el hogar por parte de las mujeres en relación al uso de la anticoncepción.

En un análisis sobre algunos países de Africa del Oeste, Armelle Andro y Véronique Hertrich observan, en base a encuestas DHS que existen dos modelos de pautas reproductivas. Un primer modelo tradicional, de alta fecundidad, sin discusión entre los cónyuges, donde la mujer no tiene ni voz ni voto, y se encuentra en una posición completamente dominada por los hombres de su familia (cónyuge, padre, hermanos, tíos, etc.). Un segundo modelo en transición se puede observar entre los hombres jóvenes, mejor informados, los cuales discuten más con su pareja acerca del número de hijos y del uso de métodos anticonceptivos. En este caso, el factor trascendente es la opinión favorable por parte del hombre acerca del control de los nacimientos y el acuerdo sobre este tema entre los cónyuges (Andro, Hertrich, 2001).

Ha surgido entonces la necesidad de considerar el papel de los varones en el campo de la reproducción y de sus relaciones con sus parejas, desde el tema de los comportamientos sexuales hasta el uso de anticonceptivos, analizando el proceso de toma de decisiones acerca del número de hijos, el trabajo doméstico, el cuidado de los hijos, la salud reproductiva. Sin embargo, sigue observándose en América Latina una gran desigualdad en el desempeño de las tareas domésticas y del cuidado de los hijos por parte de los hombres y de las mujeres, ya que estas últimas cargan casi solas con estas responsabilidades, lo que influye indirectamente sobre la fecundidad. Además, las desigualdades en el poder de decisión de ambos cónyuges siguen siendo importantes, aún en las clases medias, urbanas y educadas. En México, se ha observado que, en la mayoría de los casos, las esposas suelen pedir permiso al esposo para todas sus actividades y decisiones, aunque hayan

¹⁰⁰ Las encuestas de fecundidad, KAP, Mundial de fecundidad o DHS, hasta hace poco consideraban solamente a las mujeres de edades reproductivas. Estas muestras han cambiado recientemente, incluyendo sub-muestras de varones (DHS africanas o centroamericanas por ejemplo).

¹⁰¹ Las tres dimensiones incluyen diferentes preguntas para conformar indicadores compuestos (Mason *et al.*, 1995).

¹⁰² Se han hecho encuestas con las cinco dimensiones del concepto de empoderamiento en varios contextos, encuestas grandes o pequeñas. Cabe señalar la encuesta en la India de Zeba Sathar, Christine Callum and Shireen Jejeebhoy, donde exploran a la vez los indicadores de autonomía de la mujer, la religión en diferentes regiones (Sathar, Callum, Jejeebhoy. 2000). Este estudio va mucho más lejos que otros al mostrar la importancia de *diferentes sistemas de género* a nivel macrosocial y explica la relativa variación de los resultados individuales.

estudiado y trabajan fuera del hogar. A pesar de la participación femenina cada vez más intensa en el mercado de trabajo, el papel masculino de proveedor económico principal del hogar sigue teniendo un alto valor simbólico, tanto en los hombres como en las mujeres, asociado a la idea de protección, de representación de la familia, de responsabilidad y de masculinidad (García y Oliveira, 2001).

Sin embargo, la fecundidad ha bajado rápidamente en América Latina y hay que entender el papel que cumplen las transformaciones en las relaciones sociales de género en este proceso. Este papel se observa en varias dimensiones: en los cambios en el sistema de género que rige cada sociedad, en el estatus de la mujer y en los roles de hombres y mujeres en relación con la reproducción.

III. Las variables intermedias de la fecundidad en una perspectiva de género

Para analizar las tendencias de la fecundidad, Judith Blake y Kingsley Davis propusieron en 1956 el esquema de las variables intermedias de la fecundidad, a su vez simplificado por el modelo de Bongaarts, con el cual se comprobó que la mayor parte de las diferencias de fecundidad se explicaban solamente con cuatro variables intermedias: nupcialidad, infecundidad posparto, aborto, anticoncepción. Este esquema analítico ha llevado a una multiplicación de resultados de investigaciones sobre la fecundidad y también a la organización de las encuestas mundiales de fecundidad y de las encuestas DHS, gracias a las cuales se conocen ahora bien las evoluciones y tendencias de la fecundidad en la mayoría de los países del mundo.

Sin embargo, es necesario completar el esquema de las variables intermedias de la fecundidad con una perspectiva de género en cada uno de los indicadores, con lo cual se alcanza un mayor grado explicativo:

- **La nupcialidad:** se considera el nivel de autonomía/poder y/o de desigualdad entre hombres y mujeres sobre el proceso de entrada en uniones y de disolución de éstas.

Un primer tema es el de la toma de decisiones que llevan a las uniones o a su fin, por parte del varón, de la mujer, de los padres u otros parientes de ambos.¹⁰³ Varios indicadores son fáciles de observar, como la intensidad y la edad a las uniones, la diferencia de edades entre los cónyuges, las diferencias de pertenencias sociales entre ellos (escolaridad, estatus social, raza, religión, estatus migratorio), el tipo de uniones (consensuales o legales, civiles o religiosas, monogámicas o poligámicas), las interrupciones de uniones. En este rubro destaca por ejemplo la toma de responsabilidades o al contrario el abandono masculino del hogar, el cuidado de los hijos después de una separación, la formación de uniones sucesivas, el papel de la jefatura femenina, la solidaridad entre las generaciones.

El divorcio puede ser visto de dos maneras: una, como reflejo de una deficiencia masculina (o femenina) frente a las obligaciones familiares, otra de manera positiva, como un proceso de empoderamiento femenino, cuando el divorcio se produce a petición de las mujeres, en signo de protesta ante condiciones inaceptables frente a hombres irresponsables o violentos.¹⁰⁴ Es revelador justamente en América Latina el nivel relativamente bajo del divorcio, muchas veces no legalizado bajo la forma de una

¹⁰³ V. Hertrich hizo una encuesta biográfica en Mali con preguntas detalladas sobre este proceso, presentada en el Congreso Internacional de la UIESP, Bahia, 2001.

¹⁰⁴ La investigadora Fatou Dial estudia en estos términos el proceso de los divorcios en Senegal, en su tesis de doctorado de sociología dirigida por Martine Segalen en la Universidad de Paris X-Nanterre.

simple separación, a pesar de que las leyes de divorcio existen en casi todos los países latinoamericanos. Esto se explicaría por el papel dependiente de las mujeres desde el punto de vista económico, legal y familiar.¹⁰⁵ La tendencia reciente al alza de los divorcios, como por ejemplo en México, podría reflejar una tendencia hacia una mayor autonomía femenina. Sin embargo, aún en este caso, los niveles son muy bajos: sólo 3 por ciento de los matrimonios mexicanos observados durante 15 años terminaban en un divorcio (Samuel, Sébille, 2003).

Otro tema tiene que ver con los recursos económicos de la familia. Por una parte está el tipo de acceso a los recursos económicos: si el hombre es proveedor exclusivo o no, la participación económica de las esposas del jefe, los hogares con jefas de hogar e hijos dependientes, las contribuciones económicas de otros miembros del hogar,¹⁰⁶ el poder de los padres o suegros,¹⁰⁷ el recurso a la migraciones, a remesas de migrantes internacionales, la seguridad social, las contribuciones de programas sociales,¹⁰⁸ de vivienda, etc.

Pero el control de los recursos económicos es también un tema candente, ya que se observan casos entre mujeres de sectores pobres (como por ejemplo hijas jóvenes trabajadoras domésticas o de la maquila) obligadas a trabajar y a remitir al jefe de familia la totalidad de lo que ganan. Es una muestra de mayor autonomía el hecho de que la mujer trabajadora pueda disponer del dinero que ella gana, aunque generalmente lo utiliza en su totalidad para los gastos del hogar.

El proceso de decisiones sobre los gastos económicos generalmente responde al patrón siguiente: los gastos cotidianos de la casa, de la comida, de los hijos, de salud son manejados (y muchas veces aportados en parte o en totalidad) por las mujeres; los gastos de alojamiento, bienes duraderos, enfermedades graves, educación, recreo, son decididos y considerados como responsabilidad de los hombres, si éste se encuentra presente (Brea, Duarte, 1999). Allí puede haber desigualdad y violencia o al contrario discusiones equilibradas dentro de la pareja y a veces con otros miembros de la familia (hijos/as, padres, hermanos/as...).

La mayoría de los comportamientos enumerados se refiere a diferencias en el tipo de relaciones conyugales: desiguales o equitativas, con armonía o discordia, decisiones compartidas o no, con o sin violencia doméstica, el tener que pedir permiso por parte de las mujeres, los roles por sexo frente al cuidado de los hijos, a la educación de los niños y niñas. El proceso de socialización en la infancia tiene una importancia primordial, ya que allí es donde se reproducen o, al contrario, cambian los modelos de roles masculinos y femeninos. Durante la infancia, la socialización se construye en las interacciones de los niños/as con sus padres, abuelos u otros adultos (maestros/as, padrinos/madrinas por ejemplo). Durante la juventud, la socialización se construye en las interacciones con los otros jóvenes, hombres y mujeres. De allí la importancia del tema de la juventud y de su papel en los cambios sociales y culturales (Urrea, 2002; Marston, 2001). Como es ampliamente observado, un aumento en la escolarización de las mujeres contribuye a mejoras en el proceso de toma de decisiones (cuando la mujer

¹⁰⁵ Aunque a veces por no existir legalmente como en Argentina hasta 1987 y en Chile donde no existe el divorcio legal. Hay que recordar la oposición de la Iglesia católica al divorcio.

¹⁰⁶ Podemos mencionar las redes de apoyo y de solidaridad entre padres e hijos, entre hermanos, u otros parientes, las transmisiones patrimoniales, bajo cualquier forma (puede ser un jacal en un predio familiar) pero que son a veces fundamentales en las estrategias de sobrevivencia familiares.

¹⁰⁷ Carlos Echarrí, en su tesis de doctorado de la Universidad de Lovaina, analizó con datos mexicanos (a nivel nacional) el poder de la suegra en parejas muy jóvenes cohabitantes con ella, que incluso explica una sobremortalidad infantil.

¹⁰⁸ La proporción de los ingresos monetarios de los campesinos pobres alcanzada por la entrega de recursos por parte del programa Progresá puede ser considerable (Leonard, 2002).

es alfabeta, es capaz de tomar decisiones, se le respeta), a la autonomía femenina, y generalmente se produce un retraso en la entrada en uniones. También se debe tomar en cuenta los proyectos de las parejas, independientemente de los proyectos relacionados con los hijos. ¿Existen los cónyuges como pareja, tienen un proyecto conyugal?

En resumen, al adoptar una perspectiva de género en el campo de la nupcialidad se introducen nuevas dimensiones: considerar los roles masculinos y femeninos en la vida familiar, las desigualdades entre los sexos y las generaciones; el proceso de toma de decisiones, el acceso y control de los recursos económicos, las negociaciones o imposiciones, el grado de autonomía de mujeres y hombres;¹⁰⁹ las representaciones de la femineidad y de la masculinidad, y por ende de la maternidad y paternidad, la socialización en la infancia y en la juventud, el clima familiar, el respeto mutuo, el acuerdo o los conflictos, el estatus de la mujer en la familia y en la sociedad.

Existen varios modelos de familia, que van desde un modelo patriarcal altamente desigual y autoritario hasta un modelo más igualitario, aún muy poco representado en América Latina. Los patrones de nupcialidad varían según la influencia de todas estas dimensiones, influyendo por lo tanto en la fecundidad. Basta recalcar que a pesar de muchas transformaciones estructurales socio-económicas y socio-políticas, no se puede concluir de los trabajos conocidos que las evoluciones hayan modificado en profundidad a las representaciones, que se mueven de manera asincrónica y bastante lenta (Ariza y Oliveira, 2001).

- **La infecundidad posparto:** pocos estudios abordan esta variable intermedia en América Latina. Si bien la lactancia materna es un fenómeno evidentemente femenino y biológicamente natural, que distingue claramente a las mujeres de los hombres, no tiene mucho impacto en los niveles de fecundidad latinoamericanos, salvo algunas excepciones. En África, sin embargo, explica la mayor parte del espaciamento de los nacimientos y, por lo tanto, de la limitación, en alguna medida, de las descendencias. Sobre todo, contribuye de manera importante a la sobrevivencia infantil y a la salud de las mujeres, al permitir algún receso entre los embarazos.

La perspectiva de género en relación a esta variable intermedia de la fecundidad se debe interesar en los derechos reproductivos y sexuales, en la salud reproductiva, el acceso libre y universal a los cuidados pre y posnatales, en la calidad de los servicios de salud, el respeto al cuerpo femenino y el cuidado de los lactantes, al respeto de las tradiciones y de la cultura en cuanto al embarazo, al parto y al puerperio. Intervienen aquí varias dimensiones, que se refieren al proceso de toma de decisiones, al acceso y control de recursos, a la información, educación y acceso a la salud reproductiva, a los derechos reproductivos y sexuales, a la violencia doméstica, a la libertad de movimientos (poder salir de la casa para ir al centro de salud por ejemplo, poder ver a un doctor aunque sea un hombre).

- **El aborto:** este tema es primordial en los estudios de género, ya que representa una de las mayores evidencias de las desigualdades y vulnerabilidades femeninas. Se trata generalmente de una forma tradicional y muchas veces ilegal de evitar nacimientos no deseados. Se produce en situaciones de carencia en materia de educación y de derechos reproductivos y sexuales, del acceso e información a los servicios de salud reproductiva, de violencia masculina real o simbólica. En muchos casos, es un problema preocupante de salud pública y un drama a nivel individual y familiar. La

¹⁰⁹ También hay que pensar en la autonomía masculina, que crece cuando la mujer contribuye económicamente al hogar.

dominación del cuerpo de las mujeres por parte de los hombres,¹¹⁰ de su pareja, de las familias, de los servicios de salud, del Estado, de la Iglesia, se hacen evidentes en el tema del aborto ilegal en América Latina. En los países en los que el aborto es legal, la persistencia de números elevados de éstos refleja una falta de información, acceso o de buen manejo de los métodos anticonceptivos, la vulnerabilidad de las mujeres, sobre todo en los dos extremos de la vida reproductiva (muchachas jóvenes solteras y mujeres maduras con muchos hijos), las carencias personales y sociales.

La prohibición del aborto por la Iglesia y el Estado pone a las mujeres en situaciones muy difíciles frente a embarazos no deseados, a pesar del recurso cada vez más frecuente a los métodos anticonceptivos. En ausencia de aborto legal o posible, las familias tienen a su cargo el nacimiento y la crianza de estos niños no deseados y a veces abandonados.

- **La anticoncepción:** en esta variable intermedia, tenemos varias observaciones, ya que se diseñaron encuestas específicas par ver las relaciones entre los indicadores de género y el uso de métodos anticonceptivos. El trabajo de Irene Casique con la encuesta nacional de planificación familiar en México (ENAPLAF)¹¹¹ lleva a varios resultados interesantes. Por medio de los datos de esta encuesta, ella trató de evaluar las relaciones entre el uso de anticonceptivos por una parte, y por otra parte, la autonomía de las esposas y su participación en el proceso de toma de decisiones en la familia. La participación de la esposa en la toma de decisiones se mide por medio de las oportunidades que tiene de dar su opinión y de intervenir en las decisiones familiares. La autonomía de la esposa se define como sus posibilidades de tomar iniciativas y resoluciones sin tener que pedirle su acuerdo al cónyuge. Se estimaron dos indicadores como aproximación al nivel general de autonomía con respecto al esposo: un índice de poder de decisiones por medio de cinco variables para cada mujer y un índice de autonomía de la mujer, por medio de nueve variables. Los resultados muestran que en promedio la mayoría de las mujeres mexicanas en unión toman sus decisiones conjuntamente con sus esposos pero que tienen indicadores bajos de autonomía (Casique, 2001).

Los resultados de este trabajo confirman que el empoderamiento femenino (en sus dos componentes de autonomía y de poder de decisión) tiene relaciones positivas con el uso de anticonceptivos en México, pero con efectos distintos. El índice de autonomía femenina tiene un mayor efecto sobre el uso de anticonceptivos y sobre la probabilidad de usar métodos modernos no definitivos que el índice de poder de decisión. El acuerdo del marido sobre el uso de métodos anticonceptivos aumenta fundamentalmente su uso efectivo, salvo en los casos de mujeres con altos poderes de decisión y de autonomía. No se observa ninguna relación significativa entre los dos indicadores de empoderamiento y el uso de métodos definitivos (esterilización femenina), lo que puede significar que dependen de factores exteriores a la familia como la oferta de los programas médicos de salud reproductiva.

Por fin, la proporción de mujeres que presenta una demanda insatisfecha de anticoncepción, o sea que ya no quiere tener más hijos pero que no usa métodos anticonceptivos, se explica a la vez por la oposición del marido al control natal y por la ignorancia de las mujeres con respecto a los métodos anticonceptivos. Pero la demanda insatisfecha se reduce de manera significativa cuando aumenta el empoderamiento femenino (Casique, 2001).

¹¹⁰ En casos de violación o de incesto, que no son poco frecuentes (Marston, 2001).

¹¹¹ Encuesta nacional de Planificación familiar de 1995.

Como lo escribe Paulina Makinwa-Adebusoye, tanto los indicadores que se refieren a la anticoncepción, como los que se refieren al empoderamiento, son complejos, multidimensionales y hay que usar diferentes indicadores. La aceptación del uso anticonceptivo por parte del marido y la discusión en el seno de la pareja influyen más sobre el uso del control natal que las preferencias de las mujeres en cuanto al número de hijos o la demanda insatisfecha en Nigeria y en África del Oeste (Kritz y Makinwa-Adebusoye, 2001; Andro, Hertrich, 2001). O sea que el uso anticonceptivo en estos países africanos es asunto casi exclusivo del marido y la mujer no puede proponer sus preferencias si él no está de acuerdo.

En cambio, en México, el uso de la planificación familiar tiene que ver por una parte con la opinión del marido y la discusión entre los esposos, pero además tiene mucho que ver con el grado de autonomía de las mujeres, que les permita expresar sus preferencias y opiniones. Además, la oferta de planificación familiar es muy accesible y los centros de planificación familiar son numerosos, donde las mujeres pueden encontrar la información y atención que necesitan.

Al cabo de estas reflexiones, surge la conclusión de que se debe de completar el marco conceptual de las variables intermedias de la fecundidad, que son principalmente individuales o de pareja, con factores de naturaleza más colectiva o social, tal como las que forman parte del modelo propuesto por Ansley Coale (1973).

IV. El modelo de Coale en una perspectiva de género

Para completar el marco conceptual de las variables intermedias de la fecundidad, un modelo de análisis de los cambios en la fecundidad ha sido desarrollado por Ansley Coale y revisado más recientemente por Laesthaeghe y Vanderhoeft (1999). Se trata del modelo RWA, donde R se refiere a *readiness*, W a *willingness*, A a *ability*, tres dimensiones que tienen que evolucionar para que haya cambio en los patrones de fecundidad. Se trata de una teoría completa del cambio de fecundidad y se integran en ella tanto los factores económicos como los socio-culturales (Laesthaeghe y Vanderhoeft, 1999).

El factor “readiness” trata de las ventajas del “actor”, es decir se refiere a las ventajas micro-económicas y de costo-beneficio de la reducción de la fecundidad a nivel individual y familiar. “Willingness” se refiere a la aceptación normativa y a la legitimidad de un cambio de comportamiento. “Ability” se refiere al acceso a las innovaciones y a la oferta de servicios. Se pueden completar estos tres aspectos con una perspectiva de género. En el campo de “readiness”, los cambios en las representaciones y roles de género se pueden producir, separadamente o de manera conjunta, entre los hombres y las mujeres. El costo de los hijos o la carga en términos de salud, de tiempo y de aspiraciones que representan las familias numerosas llevan generalmente a las mujeres a ser las primeras en querer menos hijos. Por ejemplo, las mujeres latinoamericanas desean limitar el número de sus hijos porque son pobres, están cansadas o quieren ganar dinero fuera del tiempo dedicado al trabajo doméstico, y por ende, teniendo menos hijos. Los hombres latinoamericanos, como lo hemos visto al estudiar el maltusianismo de pobreza (Cosío-Zavala, 1999), también quieren limitar el tamaño de sus familias por el costo de los hijos en un contexto de crisis económicas recurrentes, de desempleo y de pobreza.

En cuanto al factor “willingness”, la legitimidad del uso de la anticoncepción ya existe en la mayoría de los países latinoamericanos, tanto para las mujeres como para los hombres. El papel de los programas de planificación familiar en las últimas décadas ha sido muy importante para lograrlo, así como el de los programas de IEC, llevando la información, educación y la comunicación social a una amplia difusión del uso de anticonceptivos. Las redes interpersonales de

comunicación social han apoyado a este movimiento continental y mundial de difusión (Bongaarts, Cotts-Watkins, 1996).

El factor “ability” depende mucho del poder de decisión y de la autonomía de las mujeres, o sea de su empoderamiento. De hecho, tener acceso a los servicios de salud reproductiva y a los métodos anticonceptivos necesita el acuerdo del esposo, eventualmente su permiso, el conocimiento de dónde y cómo obtener los métodos, la libertad de movimiento para ir a conseguirlos. En el caso mexicano, el trabajo de Irene Casique (2001) muestra la relación positiva entre el empoderamiento de las mujeres y el acceso a la anticoncepción.

Se puede concluir que no basta con la existencia de una demanda real de anticoncepción por parte de las mujeres y de los hombres (readiness), con que exista una buena aceptación social de la planificación familiar (willingness) o un programa de oferta de servicios de salud a su alcance (ability), sino que la calidad de los servicios también es importante para que sean usados y eficientes, ya que servicios mal adaptados a las necesidades de las familias no tendrán resultados suficientes. Pero, además, se obtendrán los mejores resultados si existe el respeto hacia las mujeres, un estatus femenino más elevado, la garantía de un trato equitativo entre los sexos y un mayor empoderamiento femenino en sus dos dimensiones (autonomía, poder de decisión). Es preocupante la falta de información y de servicios dirigidos a las mujeres jóvenes y a los varones jóvenes, ya que el acercamiento a los servicios de salud reproductiva muchas veces sigue reservado a las mujeres unidas con al menos un hijo. Es una prueba del muy bajo estatus de las mujeres jóvenes solteras en cuanto a su rol sexual y familiar, altamente dependiente.

V. Un ejemplo mexicano de tendencias de la fecundidad con una perspectiva de género

Pocas bases de datos permiten observar las diferentes dimensiones de las variables intermedias de la fecundidad con una perspectiva de género, a falta de encuestas *ad hoc*. En México, existe una encuesta biográfica nacional, la EDER (Encuesta demográfica retrospectiva) que proporciona algunos datos que presentamos a continuación. La EDER es una encuesta representativa a nivel nacional, realizada en 1998, y que tiene la particularidad de proporcionar, año por año, las historias de vida de 2.496 individuos, con 171 variables, en particular sobre las uniones, la vida familiar, los hijos y el uso de anticonceptivos además de historias de vida residenciales, escolares y profesionales. La EDER proporciona datos sobre la fecundidad de los hombres por primera vez en México. La EDER se compone de dos sub-muestras: una muestra “rural” para las localidades de menos de 15.000 habitantes y una muestra “urbana” encima de esta cifra.

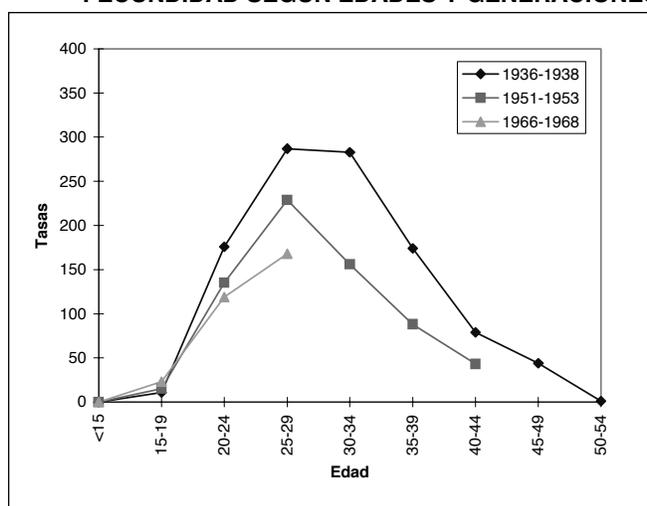
Se observan tres grupos de generaciones. El primer grupo nació entre 1936 y 1938 y ya había terminado de tener a todos sus hijos en el momento de la encuesta (60-62 años de edad en 1998). Lo calificamos de grupo “de edad avanzada”. Este grupo de generaciones fue clave para el inicio de la transición de la fecundidad mexicana, fue un grupo pionero de esa transición. El segundo grupo de generaciones nació entre 1951 y 1953. Es el grupo “intermedio”, de 45-47 años de edad en la encuesta en 1998, generaciones claramente transicionales. Por fin, el grupo “joven” nació entre 1966 y 1968, ya vivió el inicio de su vida fértil en un contexto de fecundidad controlada y además vivió la crisis económica desde las etapas iniciales de su formación familiar y se tuvo que adaptar a los cambios económicos más recientes. Los observamos solamente hasta los 30 años de edad, pero es una edad suficiente para analizar su entrada a la vida adulta, primer trabajo, primera migración, primera unión y primer hijo, ya que se viven generalmente todas estas etapas antes de los 30 años de edad.

1. Tendencias de la fecundidad

Medimos las tasas específicas de fecundidad masculinas y femeninas en los tres grupos de generaciones nacidas en 1936-38, 1951-53 y 1966-68. Por lo tanto son tasas específicas anuales longitudinales. Muestran la reducción de la fecundidad entre las generaciones, donde se presentan menores variaciones en las edades jóvenes, ya que las tasas de fecundidad a los 15-19 años son respectivamente de 108, 119 y 77 por mil para los grupos de generaciones de mujeres nacidas en 1936-38, 1951-53 y 1966-68. La reducción de la fecundidad, y por ende el uso del control de los nacimientos, interviene claramente al final de la vida reproductiva, aunque cada vez a edades más tempranas. Se muestra un ejemplo, en los gráficos 1 a 4, de la evolución de las tasas específicas de fecundidad masculinas y femeninas, urbanas y rurales (Zavala de Cosío, 2003).

Gráfico 1

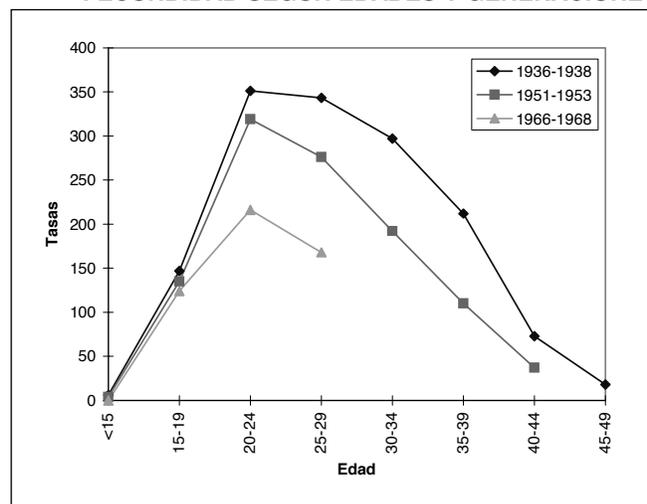
HOMBRES URBANOS. TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD SEGÚN EDADES Y GENERACIONES



Fuente: Cosío (Zavala de), 2003, datos de la EDER 1998.

Gráfico 2

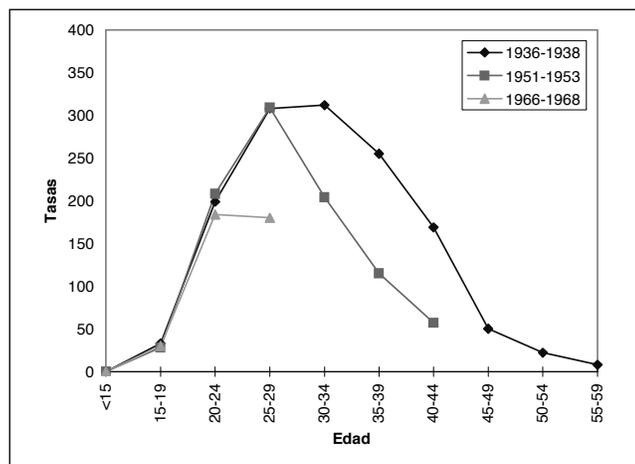
MUJERES URBANAS. TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD SEGÚN EDADES Y GENERACIONES



Fuente: Cosío (Zavala de), 2003, datos de la EDER 1998.

Gráfico 3

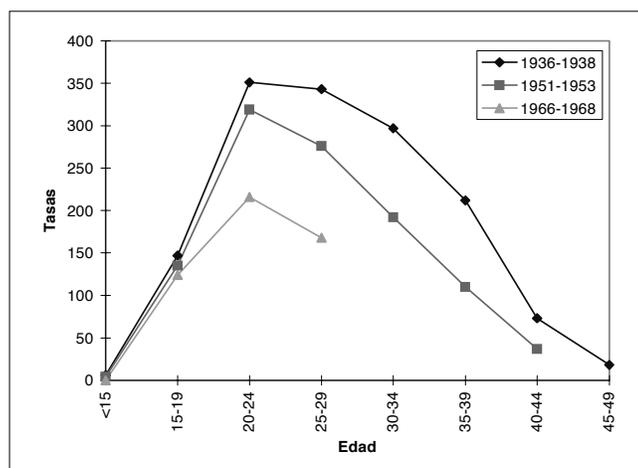
HOMBRES RURALES. TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD SEGÚN EDADES Y GENERACIONES



Fuente: Cosío (Zavala de), 2003, datos de la EDER 1998.

Gráfico 4

MUJERES RURALES. TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD SEGÚN EDADES Y GENERACIONES



Fuente: Cosío (Zavala de), 2003, datos de la EDER 1998.

2. La nupcialidad

Según el trabajo de Samuel y Sebillé (2003) a partir de la EDER, la nupcialidad mexicana no ha experimentado cambios espectaculares en las últimas décadas, ya que sigue siendo precoz y universal. La nupcialidad de los varones permaneció bastante estable en su calendario e intensidad, pero las mujeres empezaron a retrasar sus uniones. Las uniones consensuales siguen siendo importantes, pero son un fenómeno antiguo, tradicional y popular en México al inicio de la vida conyugal y luego una parte importante se legalizan. En las zonas rurales, permanece estable la edad de entrada a la primera unión, tanto para los hombres como para las mujeres, pero se observa un rejuvenecimiento de la edad a la primera unión entre los hombres urbanos de las generaciones más jóvenes. Al revés, las primeras uniones femeninas se celebran cada vez más tardíamente entre las mujeres urbanas, al pasar de un 50% de mujeres solteras a los 18 años en el grupo de generaciones

1936-38 hasta un 70% en el caso de las generaciones 1966-68. La edad mediana a la primera unión de las mujeres urbanas pasa sucesivamente de 19 a 20 años entre las generaciones 1936-38 a 1951-53, y luego a los 21 años en las generaciones 1966-68. Por lo tanto, el rejuvenecimiento de las uniones masculinas y el envejecimiento de las uniones femeninas favorece una reducción en las diferencias de edades entre los cónyuges.

Los autores explican:

“Que el aumento en los años de escolarización constituye uno de los principales factores del retraso en la edad al matrimonio en México; las nuevas aspiraciones femeninas en términos de educación, de empleo y de vida familiar después de un período largo de escolarización, llevan a las mujeres a postergar el inicio de la vida conyugal. En las generaciones más jóvenes, la ruptura con el esquema tradicional de unión precoz, que excluye otra actividad extra-doméstica, parece vislumbrarse, principalmente en las ciudades de más de 15000 habitantes. Por el contrario, pocos elementos han permitido explicar la estabilidad o el rejuvenecimiento en la edad al matrimonio entre los hombres. La transición al empleo urbano asalariado, que se acompaña para muchos hombres de un relajamiento en las prescripciones relativas al matrimonio, particularmente en lo que se refiere al imperativo de un trabajo estable antes de la unión, podría explicar este rejuvenecimiento. Las parejas con edades próximas, ¿son más igualitarias en sus relaciones conyugales? Esta es una hipótesis que se postula a menudo, pero que los datos disponibles nos impiden verificar. No obstante, es probable que los cambios que atraviesan las mujeres: matrimonio más tardío, creciente nivel de educación, mayor acceso al mercado de trabajo, disminución del número de hijos y reducción de la diferencia de edades entre los cónyuges, favorezcan relaciones que atenúan la dominación masculina.” (Samuel y Sebille, 2003).

Con los datos de la EDER, se observa una duplicación de la proporción de mujeres separadas (en menor medida, divorciadas),¹¹² entre las generaciones más antiguas y las jóvenes, pasando de 5% a 10% en los primeros cinco años de unión, y de 8% a 16% al cabo de diez años de unión (cuadro 1).

¿Cuáles son las mujeres más propensas a las rupturas de sus uniones por separación o divorcio? Para responder a esta pregunta Samuel y Sébille construyeron un modelo de regresiones logísticas en tiempo discreto (cuadro 2). Se observa un riesgo creciente de ruptura de unión en las generaciones más jóvenes (modelo 1). La única variable comparable entre el modelo general y los modelos por generaciones es el tiempo transcurrido desde la entrada en unión, con un riesgo de disolución decreciente a lo largo del tiempo: las uniones las más frágiles resisten poco tiempo. Según los resultados de la EDER, los matrimonios precoces estarían asociados a un riesgo mayor de disolución y las uniones más tardías reflejarían una elección conyugal más individual y planificada, favoreciendo un fuerte consenso conyugal. Un nivel de estudios más elevado, asociado a una edad más tardía al matrimonio, lleva a una elección conyugal más individual y a la formación de parejas más sólidas. Por otra parte, las mujeres tienen más posibilidades de interrumpir una unión que no responde a sus expectativas. Sin embargo, el número de años pasados en el sistema escolar no es significativo en el modelo, salvo para las generaciones jóvenes (1966-68) en las que el riesgo de ruptura aumenta entre las mujeres que estuvieron al menos 7 años en la escuela. ¿Lleva la escolaridad a una mayor autonomía de las mujeres? Se tiene que responder con precauciones, ya que la relación es válida sólo para las generaciones más jóvenes y por otro lado, la actividad económica, otro factor de autonomía, tiene un efecto neutro sobre estas generaciones (cuadro 2).

¹¹² Se cuenta alrededor de una mujer divorciada por cada cinco separadas.

Cuadro 1

EVOLUCIÓN DE LA PRIMERA UNIÓN SEGÚN EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL MOMENTO DE LA UNIÓN, POR SEXO Y GRUPOS DE GENERACIONES

Tiempo transcurrido desde el momento de la unión	Generaciones de mujeres			Generaciones de hombres		
	1936-38	1951-53	1966-68	1936-38	1951-53	1966-68
5 años						
Efectivos	365	414	327	362	354	266
Unión en curso	94,5	88,7	88,6	95,0	94,5	93,1
Separación / divorcio	5,0	9,0	10,0	4,8	5,1	6,9
Viudez	-	-	-	-	-	-
10 años						
Efectivos	365	411	245	362	347	155
Unión en curso	87,5	85,8	82,0	89,6	90,9	86,0
Separación / divorcio	8,8	11,4	16,1	8,2	6,4	14,0
Viudez	-	-	-	-	-	-
15 años						
Efectivos	365	402	74	359	339	20
Unión en curso	83,7	83,4	75,4	88,2	88,2	73,1
Separación / divorcio	10,0	13,1	17,9	9,6	8,7	-
Viudez	6,3	3,5	-	-	-	-

Fuente: Samuel, Sebillé 2003 (datos de la EDER 98).

(-) menos de 10 individuos.

Durante la primera unión, la coresidencia de la mujer con su cónyuge y al menos uno de sus padres es la variable que afecta más fuertemente al modelo general y al de las generaciones 1966-68. Esta variable (coresidencia) está asociada a un riesgo más elevado de ruptura en comparación a las parejas que nunca vivieron este tipo de arreglo familiar. Resulta difícil juzgar si este tipo de cohabitación aumenta el riesgo de disolución a causa de conflictos familiares más pronunciados, por ejemplo entre suegros y yerno, o más bien si este tipo de residencia es adoptado porque la pareja se encuentra, desde el comienzo, en situación de fragilidad y/o de vulnerabilidad económica, que les impide instalarse de manera independiente. El carácter atípico de esta forma de cohabitación (8% de las parejas) involucraría una elección forzada.

Finalmente, la autonomía de las mujeres se puede medir indirectamente, en cuanto al acceso a recursos económicos. Se integró al modelo el número acumulado de empleos hasta el momento de la separación (o el final de la observación) para saber si el acceso de las mujeres al trabajo, al brindar alguna autonomía, incrementa los riesgos de ruptura de unión. Los resultados del modelo general (modelo 1) muestran que la actividad económica influye positivamente sobre los riesgos de disolución. Trabajar a lo largo de la vida aumenta considerablemente la probabilidad de una separación conyugal, y mucho más entre aquellas que ocuparon al menos dos empleos. En las dos primeras generaciones, las mujeres con un empleo reenumerado, en épocas en que la gran mayoría de las mujeres no trabajaban, se vieron más fácilmente confrontadas a una separación conyugal. ¿Separación deseada y asumida por estas mujeres, gracias a la acumulación de recursos propios y al aumento de sus posibilidades de empleo? o ¿Separación provocada por conflictos conyugales relacionados al trabajo o a la autonomía femenina?

Entre las mujeres de las generaciones jóvenes ya no se observa esta relación, lo que se puede explicar al tomar en cuenta varios elementos: estas mujeres jóvenes tienen en promedio menos hijos y un nivel de educación más elevado, y sus perspectivas de empleo son mayores en función de

una calificación más elevada. Además, el aumento de los divorcios y de las separaciones ha atenuado la presión social en contra de las disoluciones de uniones, llevando a una mayor aceptación y ayuda por parte de la familia de las madres separadas, facilitando las separaciones y sus consecuencias. Por lo tanto, es menos indispensable una integración al mercado de trabajo antes de una eventual separación.

Cuadro 2

**DISOLUCIÓN DE UNIONES FEMENINAS POR SEPARACIÓN O DIVORCIO.
REGRESIÓN LOGÍSTICA EN TIEMPO DISCRETO– RELACIONES DE RIESGOS (ODDS RATIO)**

Variables explicativas	Modelo 1 Población total	Modelo 2 Generaciones 1936-38	Modelo 3 Generaciones 1951-53	Modelo 4 Generaciones 1966-68
Tiempo transcurrido desde el momento de la unión (1)	0,96***	0,97**	0,96**	0,92*
Grupo de generaciones				
1936-38	ref			
1951-53	1,47**			
1966-68	1,75**			
Edad a la primera unión				
12-17 años	ref	ref	ref	ref
18-20 años	0,62***	0,72	0,43***	0,73
21 años y más	0,53***	0,70	0,45**	0,46**
Número de hijos (2)				
0 a 1	1,52	1,91	1,10	1,17
2 a 4	1,35	2,16**	1,07	1,09
5 y más	ref	ref	ref	ref
Co-residencia con los padres (2)				
Sin co-residencia	ref	ref	ref	ref
Con co-residencia	3,22***	1,67	3,53***	5,82***
Número de años de estudio				
0 a 2	ref	ref	ref	ref
3 a 5	1,07	1,08	0,82	3,26
6	1,06	0,77	1,03	3,89
7 y más	1,14	1,22	0,77	4,47**
Número de empleos (2)				
Ninguno	ref	ref	ref	ref
Uno	1,78***	1,76	2,61***	1,14
Dos y más	2,30***	3,05***	3,74***	1,03
Observaciones (años persona)	26 037	12 556	9 642	3 839
Log likelihood	-1023,1526	-327,0723	-416,245	-263,903
Grados de libertad	14	12	12	12

Fuente: Samuel y Sebille, 2003, datos de la EDER 1998.

(*) Nivel de significación de 10%; (**) Nivel de significación de 5%; (***) Nivel de significación de 1%.

(1) Variable continua.

(2) Variables con valores cambiantes en el tiempo. Considerada aquí entre el inicio de la unión y el fin de la observación (separación o viudez).

Las evoluciones paulatinas de la nupcialidad mexicana aparecen como una de las consecuencias de cambios en las relaciones de género, en la dominación masculina, en el estatus de las mujeres, en el acceso a la escolaridad y al mercado de trabajo. Son también evidencias de la probable emergencia de un nuevo “contrato conyugal”, con implicaciones y obligaciones del matrimonio menos autoritarias y relaciones menos desiguales entre los cónyuges (Samuel y Sébille, 2003).

3. El uso de métodos anticonceptivos

La encuesta EDER tiene la peculiaridad y ventaja de presentar historias completas de uso anticonceptivo, año por año, que permiten analizar trayectorias anticonceptivas: edad al primer uso, tipo de unión, duraciones de la unión y número de hijos, en el momento del primer uso y de los siguientes, secuencias anticonceptivas, número de métodos usados, tipo de métodos. Todas estas secuencias de las trayectorias de uso anticonceptivo se ponen en relación con las características sociodemográficas de las mujeres y de su cónyuge (Brugilles, 2003). Con la EDER, algunas de estas variables, como las situaciones residenciales, profesionales y familiares, se observan año por año y por lo tanto se controlan sus variaciones a lo largo de la vida, lo que permite relacionar uso anticonceptivo y cambios sociales.

Destacan claramente de los análisis de la EDER los resultados siguientes:

- ha progresado mucho la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, concentrada en métodos modernos: a los 45 años de edad, una proporción de 15% entre las generaciones femeninas nacidas en 1936-38 y de 58% de las nacidas en 1951-53 usaron alguna vez un método anticonceptivo a lo largo de su vida reproductiva. A los 30 años de edad, unas dos terceras partes de las mujeres nacidas en 1966-68 ya habían empezado a usar un método anticonceptivo (Brugilles, 2003).
- los resultados de la EDER confirman la existencia de dos modelos de uso de métodos anticonceptivos en México, el de las mujeres que hemos llamado “pioneras”, que empezaron a usar, sobre todo la píldora, desde los años 1960, veinte años antes de que empezara el programa nacional de planificación familiar. Eran mujeres más empoderadas (urbanas, educadas) que la mayoría de la población en ese entonces. El otro modelo es el de las mujeres menos empoderadas, rurales, menos educadas, que empezaron a usar métodos anticonceptivos después, a edades mayores, con más hijos y eran métodos proporcionados sobre todo por los servicios públicos de salud (DIU, esterilización femenina).
- el estatus de las mujeres mexicanas sigue siendo bastante dependiente en cuanto al uso de anticonceptivos: los usan casi exclusivamente las mujeres unidas, ya que no es todavía socialmente aceptado que recurran a los servicios de planificación familiar las mujeres solteras sin pareja conviviente; de allí los problemas de alta fecundidad adolescente. Esto refleja el control de la sexualidad femenina por las familias, los hombres, la sociedad. Sin embargo, las edades al primer uso están rejuveneciéndose, sobre todo entre las mujeres educadas y urbanas, pero casi siempre las mujeres empiezan cuando ya tienen al menos un hijo. Las trayectorias anticonceptivas, predominantemente continuas y medicinales, son bastante simples: un método o dos a lo largo de la vida, siendo los más frecuentes: píldora, DIU, esterilización femenina. Cuando intervienen dos métodos, el primero es la píldora o el DIU, el segundo la esterilización femenina. El DIU se usa cada vez más, bajo la presión de los servicios públicos de salud (Instituto mexicano de Seguridad social, Secretaría de Salud). Se abandona pronto el uso de la píldora por el temor a los efectos secundarios. Con respecto al conjunto de las mujeres, la proporción de esterilizadas es de 6% entre

las generaciones avanzadas, y de 32% de las intermedias, pero representan respectivamente 40% y 55% entre las usuarias. En todas las generaciones, las mujeres urbanas se esterilizan más y a edades menores que las rurales. Entre las mujeres esterilizadas nacidas en 1936-38, el 73% se esterilizó después de los 35 años de edad, mientras que el 67% lo hizo antes de los 35 años de edad entre las mujeres esterilizadas nacidas en 1951-53. Sigue siendo marginal el uso del preservativo, a pesar del SIDA, así como los métodos con participación masculina (retiro, abstinencia periódica). Por lo tanto, la responsabilidad del control de los nacimientos es casi exclusivamente una responsabilidad femenina .

VI. A manera de conclusiones

Los derechos reproductivos y sexuales, el estatus y el empoderamiento de las mujeres han evolucionado e influido en la fecundidad latinoamericana. Por medio de algunos estudios, se han observado algunos elementos de estas transformaciones, pero de manera parcial, fragmentada, heterogénea. Ya es tiempo de conocer más detalladamente estos procesos, pero hacen falta indicadores y datos adecuados para analizar las relaciones entre la fecundidad y los sistemas de género, de manera coherente y organizada.

Para este objetivo, proponemos llevar a cabo encuestas biográficas en diferentes contextos de estudio, del tipo de la EDER mexicana, con historias de vida que examinen detalladamente los principales componentes de los sistemas de género en el campo de la familia y de la reproducción. Es importante llevarlas a cabo en poblaciones jóvenes, las más representativas de las evoluciones en curso. Este es nuestro proyecto para investigaciones futuras.

Por el momento, América Latina en general (Ferrando, 2003) y México en lo particular, se singularizan en el mundo por diferentes modalidades de la fecundidad que se pueden explicar por un sistema de género con una fuerte dominación masculina (el machismo es un término muy latinoamericano):

La fecundidad ha bajado pero sigue siendo precoz, ya que las uniones siguen siendo tempranas. Esto es una excepción mundial al modelo de la transición demográfica. Es más, los hombres mexicanos urbanos se unen cada vez a edades más tempranas. La nupcialidad sigue siendo universal (arriba de un 90%), con pocas separaciones y divorcios, aunque esto viene cambiando recientemente

El uso de métodos anticonceptivos modernos, sobre todo de la esterilización femenina, es muy difundido, explicando casi exclusivamente la reducción de la fecundidad.

Las características del sistema de género nos dan una explicación de estas singularidades. Las familias latinoamericanas se refieren idealmente a un modelo tradicional, en donde las mujeres suelen ser responsables de la vida doméstica y de los hijos, y donde el hombre es el proveedor de los recursos económicos. Según este modelo tradicional, ser adulta significa para una mujer estar unida y tener hijos, y depender del cónyuge para los recursos económicos y para su valorización en cuanto a su feminidad. El matrimonio y la maternidad son entonces los valores supremos en la vida de las mujeres y su necesaria protección. El empleo femenino se considera como una ocupación secundaria después de la familia, del marido y de los hijos. También es de las mujeres la responsabilidad del control de los nacimientos, y por lo tanto se explica el éxito de la esterilización femenina, que acaba con el problema de la fecundidad de manera radical, sin tener que negociar día a día con el cónyuge.

Sin embargo, los cambios recientes económicos, sociales, culturales empiezan a tener efectos sobre las pautas familiares. Nuevas aspiraciones coexisten con los modelos tradicionales. La asistencia escolar prolongada, la posibilidad de tener familias reducidas, el acceso al empleo fuera del hogar, el control de los nacimientos llevan a una mayor autonomía femenina, a diferentes estilos de vida, a proyectos alternativos en lo que respeta a la nupcialidad, a la maternidad, a la independencia económica de las mujeres. Pero la dependencia subjetiva (en las mentalidades), los embarazos adolescentes y la permanente división sexual del trabajo doméstico presentan frenos para las evoluciones (Arriagada, 2003).

Bibliografía

- Andro, A. y V. Hertrich (2001), “La demande contraceptive au Sahel: les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouse?”, *Population*, 5, sept-oct. 2001.
- Ariza M. y O. de Oliveira (2003), “Unión conyugal e interrupción de la trayectoria laboral de las trabajadoras urbanas en México”, in *Cambio demográfico y social en México en el siglo XX, un estudio demográfico de historias de vida*, Cosío-Zavala M.E., Coubès M.L., Zenteno R., coord., México, en prensa.
- Arriagada, I. (2003), “Cambios y continuidades en las familias latinoamericanas. Efectos del descenso de la fecundidad”, *Seminario: la fecundidad en América Latina: transición o revolución?*, CEPAL, Santiago de Chile, 9-11 de junio de 2003.
- Bongaarts, J. y S. Cotts-Watkins (1996), “Social interaction in contemporary fertility transition”, *Population and Development Review*, 22, dec., 4.
- Bozon, M. (2003), “A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes”, *Populations et Sociétés n°391*, Paris, INED.
- Brea, R., I. Duarte (1999), *Entre la calle y la casa, las mujeres dominicanas y la cultura política a finales del siglo XX*, Profamilia, Participación ciudadana, USAID.
- Brugilles, C. (2003), “Evolución de la práctica anticonceptiva: la experiencia de tres generaciones de mujeres”, in *Cambio demográfico y social en México en el siglo XX, un estudio demográfico de historias de vida*, Cosío-Zavala M. E., Coubès M.L., Zenteno R., coord., México, en prensa.
- Casique, I. (2001), “Women's autonomy and power and use of contraception in Mexico: What difference does it make?”, *IUSSP, XXIV General Population Conference*, Salvador, Brazil, 18-24 August 2001.
- Coale, A. J. (1973), “The demographic transition reconsidered”, *IUSSP Proceedings of the International Population Conference*, Liège, Eds. Ordina
- Cosío-Zavala, M. E. (2003), « Las tendencias de la fecundidad en los tres grupos de generaciones, urbanas y rurales según el sexo » in *Cambio demográfico y social en México en el siglo XX, un estudio demográfico de historias de vida*, Cosío-Zavala M.E., Coubès M.L., Zenteno R., coord., México, en prensa.
- (2002), “Examining changes in the status of women and gender as predictors of fertility change issues in intermediate-fertility countries”, Nations Unies, *Completing the fertility transition*, New York, ESA/P/WP.172/ Rev. 1.
- (1999), “Demographic Transition and social development in low-income countries”, *Population Growth and Demographic Structure*, New York, UN, ST/ESA/SER.R/132.
- (1998), “Changements démographiques en Amérique latine”, Paris, ESTEM, collect. Savoir plus Universités.
- De Oliveira, M.C. (2000), “Some remarks on family as a mechanism of social protection in Brasil”, in *Women's status and family dynamics*, CICRED, Paris.
- Echarri, C. (1994), “*Famille, statut de la femme et santé des enfants au Mexique*”, thèse de doctorat en démographie présentée à l'Université de Louvain-la-Neuve.
- Ferrando, D. (2003), “La fecundidad por edades en América Latina y sus perspectivas futuras”, *Seminario: la fecundidad en América Latina: ¿ transición o revolución?*, CEPAL, Santiago de Chile, 9 al 11 de junio de 2003.
- García B., de Oliveira O. (2001), “Fatherhood among middle and low income sectors of Urban Mexico”, *IUSSP, XXIV General Population Conference*, Salvador, Brazil, 18-24, August.
- Kritz M., Makinwa-Adebusoye P. (2001), “A Couple Agreement on Wife's Autonomy and Reproductive Dynamics in Nigeria”, *IUSSP, XXIV General Population Conference*, Salvador, Brazil, 18-24, August.

- Leonard, Eric y Rafael Palma (2002), "Désagrarisation de l'économie paysanne et "refonctionalisation" de la localité rurale au Mexique", *Cahiers des Amériques latines*, 2002, N°1,.
- Lesthaege, R. y C. Vanderhoeft (1999), "Conceptualisation des transitions vers de nouvelles formes de comportement", Actes de la Chaire Quetelet 1997, *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*, Louvain-la-Neuve.
- Marques Pereira, B. (2002), « Trois décennies de mobilisations féminines et féministes en Amérique latine: une évaluation des gains, des limites et des futurs enjeux de l'action collective des femmes », *Cahiers des Amériques latines*, 39.
- Marston, C. (2001), *Youth reproductive health in Mexico: can peer leaders make the difference?*, thèse de doctorat de démographie, London School of Medicine and Tropical Hygiene, sous la direction de F. Juárez.
- Mason, K. y otros (1995), "Determinants of Women's Power and Autonomy in Five Asian Countries." Paper presented to the Annual Meeting of the Population Association of America, April, San Francisco.
- Mason, K. O. (1997), "Gender and demographic change: What do we know?", in G.W.Jones *et al.* (eds) *The continuing demographic transition*, Oxford, Clarendon Press.
- Mason, K. O. y H. L. Smith (2000), "Husbands' versus wives' fertility goals and use of contraception: The influence of gender context in five Asian countries", *Demography*, 37(3).
- Nations Unies (2002), *Completing the fertility transition*, New York, ESA/P/WP.172/ Rev. 1.
- ___ (1999), *Levels and trends of contraceptive use as assessed in 1998*", New York, ESA/P/WP.155.
- Presser, H. (1997). "Demography, feminism and science-policy nexus", *Population and Development Review*, 2, june 1997.
- Samuel, O., P. Sebillé (2003), «La nupcialidad en movimiento», in *Cambio demográfico y social en México en el siglo XX, un estudio demográfico de historias de vida*, Cosío-Zavala M.E., Coubès M.L., Zenteno R., coord., México, *en prensa*.
- Sathar, Z., C. Callum, S. Jejeebhoy (2001), "Gender, region, religion and reproductive behaviour in India and Pakistan", ", IUSSP, *XXIV General Population Conference*, Salvador, Brazil, 18-24, August.
- Tuirán, R. (2002), "Transición demográfica, curso de vida y pobreza en México", in *La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión internacional*", México, Instituto de investigaciones sociales de la UNAM.
- Villareal M. y J. Du Guerny (1999), "Gender and development: why do we still have problems in population programmes after all these years? FAO, note.

Fecundidad deseada y no deseada en América Latina, con particular referencia a algunos aspectos de género

*Ralph Hakkert*¹¹³

I. Introducción: el esquivo concepto de las metas de fecundidad

En un trabajo anterior (Hakkert, 2001), se analizaron varios aspectos teóricos y empíricos de la fecundidad deseada y no deseada en América Latina. Como se notó en dicho trabajo, desde que empezaron los intentos para construir medidas cuantitativas de las preferencias e intenciones de fecundidad individuales, la interpretación de estas medidas ha sido polémica. El hecho de que las mujeres en los países en vías de desarrollo a menudo tienen más hijos/as de los que ellas desean justifica una serie de políticas públicas. Sin embargo, la cuantificación objetiva de este exceso y su explicación han demostrado ser algo esquivas. La creciente disponibilidad de información sobre diferentes dimensiones de la fecundidad deseada y no deseada no ha logrado eliminar por completo las ambigüedades y el tema sigue siendo controversial. En alguna medida, las razones para esta controversia son metodológicas, pero los problemas más grandes son conceptuales.

¹¹³ El autor es un miembro del Equipo de Apoyo Técnico a los Países (EAT) para América Latina y el Caribe del UNFPA con base en la Ciudad de México. Las opiniones expresadas en este documento son aquellas que tiene el autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista oficiales de UNFPA o del EAT.

La siguiente lista, basada en el trabajo previamente mencionado, enumera algunos de los problemas y ambigüedades que han sido identificados en la literatura.

1. Cuando se comenzó a hacer preguntas sobre la fecundidad deseada en encuestas, inicialmente había dudas si dichas preguntas, sobre todo la del tamaño familiar ideal, eran entendidas correctamente y si culturalmente tenían sentido en los países en vías de desarrollo, en donde el control consciente de la fecundidad a menudo no era un concepto común. Después de experimentar con diferentes formas de redacción, para hacer énfasis en la naturaleza individual de los conceptos y hacerlos más independientes de la fecundidad observada, se fortaleció la confianza en que, en la mayoría de casos, las respuestas eran significativas (Knodel & Prachuabmoh, 1973).
2. Pero aun así, la persona entrevistada puede no tener una meta de fecundidad definida. A menudo la pregunta sobre el tamaño familiar ideal evoca repuestas no numéricas (“tantos como Dios nos dé”), que son difíciles de interpretar. La validación de la Encuesta de Fecundidad Mundial del Perú (O’Muirheartaigh & Marckwardt, 1981) reveló que sólo el 40% de las entrevistadas identificaron el mismo tamaño familiar ideal que en la entrevista original. Según Lightbourne (1985 a: pp.167-168), “muchas personas piensan en términos de un rango de tamaño de familia preferido más que un número exacto”.
3. Pero si las metas no son bien definidas, sino más bien rangos de resultados aceptables, ¿hasta qué punto las personas están comprometidas con ellas? Desde que se introdujeron los indicadores de deseo de fecundidad, se han oído objeciones en el sentido de que éstos no reflejan los costos o compromisos individuales (por ejemplo, Hauser, 1967; Pritchett, 1994). Después de todo, que una mujer desee una familia de dos hijos/as, pero tenga cuatro, puede significar solamente que el tema no es de gran importancia para ella. Algunos economistas (por ejemplo, Easterly, 2002) incluso consideran que la noción de nacimientos indeseados viola los supuestos básicos del funcionamiento del mercado. Por otro lado, el número de abortos clandestinos en la región sugiere que por lo menos algunas mujeres están fuertemente comprometidas con evitar nacimientos adicionales (Coeytaux, 1993). En la ENDSA de Bolivia de 1998, 10,2% de las mujeres que declararon no querer más hijos no obstante dijeron que estarían contentas de recibir la noticia de estar embarazadas, con otro 16,2% contestando que no les importaría o que no sabían.
4. La referencia de tiempo del tamaño familiar ideal también es ambigua: ¿Se refiere al presente, al final de la vida reproductiva de la persona entrevistada, al número de descendientes que a él o a ella les gustaría tener como apoyo en la vejez, o al número que les gustaría dejar detrás después de la muerte? Se ha sugerido que el tamaño familiar ideal muy probablemente refleja las convenciones o aspiraciones sociales, mientras que el deseo de hijos/as adicionales refleja motivaciones más personales. Por todas estas razones, la literatura más reciente tiende a rechazar el tamaño familiar ideal a favor de indicadores basados en el deseo de nacimientos específicos, particularmente nacimientos futuros.
5. Probablemente, las preferencias de fecundidad individuales no son constantes a lo largo del tiempo. Se ha mostrado repetidamente que el tamaño familiar ideal declarado por las personas en las encuestas aumenta con la edad y con el número de niñas/os supervivientes. En particular, se asume que la persona entrevistada frecuentemente “racionaliza” su comportamiento efectivo, ajustando sus deseos en la dirección del número de descendientes que tiene. Pero, como ha sido señalado por algunos (Knodel & Prachuabmoh, 1973; Lightbourne, 1985 a), la asociación empírica

entre el tamaño familiar ideal declarado y la fecundidad real también se observaría en los datos de las encuestas de poblaciones que ejercen mucho control sobre su fecundidad y donde sólo aquéllas personas que desean muchos hijos progresan a paridades más altas.

6. Aparte de ser difícil su demostración empírica, la noción de la racionalización del comportamiento efectivo también tiene dificultades conceptuales. En las palabras de Knodel y Prachuabmoh (1973: p.627): “...es posible que la experiencia de fecundidad influya en las preferencias del tamaño de la familia de una persona en la dirección de la fecundidad real, sin que esto sea una respuesta racionalizada; más bien, esto reflejaría un cambio genuino en la preferencia de una persona como resultado de haber estado expuesta a un tamaño de familia diferente al que era considerado previamente como el más deseado. Operacionalmente, sin embargo, este efecto es difícil de distinguir del de la racionalización”.
7. La racionalización, si existe, puede operar en ambos sentidos, pues mujeres que no han alcanzado su tamaño familiar ideal, pero a quienes les quedan pocas oportunidades para hacerlo todavía, pueden bajar sus expectativas. Como este fenómeno no es fácilmente influenciado a través de políticas públicas y la preocupación dominante es la reducción de la fecundidad, no ha recibido mucha atención y los indicadores más nuevos de fecundidad deseada simplemente lo ignoran, lo cual puede ser correcto para algunos propósitos, pero proyecta una imagen parcial del grado en que las personas realizan sus metas de fecundidad.
8. Aunque el exceso de fecundidad, más allá de la deseada, es explicable en parte por la falta de acceso a medios de control, también obedece a otras circunstancias. Entre éstas, hace mucho tiempo la literatura reconoce el deseo de reemplazar a hijos/as difuntos y el de alcanzar una cierta composición por sexo. Las preferencias con respecto a la composición pueden hacer que las mujeres o las parejas tengan más hijos/as de lo planeado inicialmente, pero lo contrario también es posible. Otro factor, que no ha recibido mucha discusión en la literatura, pero que es de particular relevancia para la América Latina, es la inestabilidad de las uniones. Las mujeres que vuelven a unirse, teniendo hijos/as de una unión anterior, pueden optar por exceder su tamaño familiar ideal, para afianzar el compromiso emocional de un nuevo compañero. Este es uno de los factores de género que recibirán atención más adelante.
9. Aun en la ausencia de nuevos hechos, los deseos sobre la fecundidad de las mujeres y/o parejas pueden cambiar con el tiempo. Por ejemplo, el deseo de tener más descendencia tiende a aumentar con el tiempo pasado desde el último nacimiento vivo, independientemente de si el niño/a está actualmente vivo/a o no.
10. No sólo la preferencia de fecundidad de la mujer importa, también la de su compañero. En promedio, los hombres de América Latina desean familias ligeramente más grandes que sus esposas, aunque las diferencias no son dramáticas. Las implicaciones de estas diferencias se explorarán en más detalle en la Sección 5, incluyendo la pregunta sobre cuál es la preferencia que normalmente predomina en el resultado reproductivo final.

II. Medidas globales de la fecundidad deseada y no deseada en América Latina

La mayoría de las evaluaciones de los deseos reproductivos y la subsecuente demanda de anticoncepción han estado basadas en los datos de las Encuestas EMF (Encuesta Mundial de Fecundidad) y ENDSA. El análisis de este documento, al igual que su antecesor (Hakkert, 2001), está basado en estos datos, para ocho países de la región: Bolivia (1998), Brasil (1996), Colombia (1995), República Dominicana (1996), Guatemala (1995), Haití (1995), Nicaragua (1998) y Perú (1996).

Como una aproximación primera para comparar las preferencias con la fecundidad observada en América Latina, el cuadro 1 provee tres indicadores de las preferencias de fecundidad de las mujeres y sus tasas globales de fecundidad efectivas, por quintiles de pobreza,¹¹⁴ para los ocho países. Se argumenta comúnmente que las preferencias de fecundidad no varían marcadamente por estrato social, pero como el acceso a medios para convertir estas intenciones en resultados sí varía fuertemente por niveles de pobreza y otras variables de estratificación, los pobres enfrentan una brecha de fecundidad mucho mayor que los ricos. Por lo general, los datos del cuadro 1 confirman este patrón. Entre los 20% más pobres, el exceso de fecundidad varía de 1,46 hijos en la República Dominicana a nada menos de 4,80 en Bolivia. Aun aplicando un descuento para corregir la mortalidad infantil y juvenil, la conclusión de que las mujeres pobres típicamente tienen más hijos que su tamaño familiar ideal permanece válida. Entre los 20% más ricos, sin embargo, efectivamente hay un déficit de fecundidad, el cual varía de 0,85 en la República Dominicana a 0,40 en Guatemala. Aunque esta situación tampoco es ideal, las brechas son mucho menores que en el caso de las mujeres pobres y sus causas probablemente no se relacionan con la falta de medios de control de la fecundidad.

Cuadro 1

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TGFS, TAMAÑOS FAMILIARES IDEALES PROMEDIO Y PORCENTAJE DE MUJERES QUE NO DESEARON O PLANEARON MAL SU ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO, ENTRE TODAS LAS MUJERES QUE DECLARARON UN VALOR NUMÉRICO PARA EL TAMAÑO FAMILIAR IDEAL, PAÍSES SELECCIONADOS

País, encuesta y quintil de pobreza	TGF*	Tamaño familiar ideal promedio*	Mujeres con hijos nacidos vivos en los últimos 3 años	
			% de últimos nacidos vivos que no eran deseados	% de últimos nacidos vivos que eran inoportunos
Bolivia, 1998	4,11	2,56	32,1	20,9
20% más pobres	7,36	2,56	44,2	13,7
Segundo quintil	5,86	2,50	41,0	18,7
Tercer quintil	4,23	2,52	32,2	24,8
Cuarto quintil	2,94	2,57	19,2	27,6
20% más ricos	1,98	2,64	12,4	22,0
Brasil, 1996	2,44	2,33	23,9	25,6
20% más pobres	4,56	2,56	28,7	25,4
Segundo quintil	2,65	2,37	25,0	27,1
Tercer quintil	2,11	2,28	21,7	26,8
Cuarto quintil	1,81	2,28	17,6	25,6
20% más ricos	1,57	2,24	23,4	22,4

(Continúa)

¹¹⁴ Los quintiles de pobreza fueron definidos por Shea Rutstein y sus colaboradores en Macro International, basado en los equipos y la infra-estructura doméstica del hogar.

Cuadro 1 (conclusión)

País, encuesta y quintil de pobreza	TGF*	Tamaño familiar ideal promedio*	Mujeres con hijos nacidos vivos en los últimos 3 años	
			% de últimos nacidos vivos que no eran deseados	% de últimos nacidos vivos que eran inoportunos
Colombia, 1995	2,85	2,52	22,7	24,9
20% más pobres	4,94	3,06	33,3	23,0
Segundo quintil	3,57	2,67	26,9	25,9
Tercer quintil	2,85	2,42	21,0	25,7
Cuarto quintil	2,24	2,29	14,4	25,0
20% más ricos	1,60	2,38	12,7	25,4
República Dominicana, 1996	3,02	3,15	9,3	28,9
20% más pobres	4,93	3,47	14,4	32,6
Segundo quintil	3,53	3,28	9,9	32,8
Tercer quintil	3,11	3,10	7,7	28,3
Cuarto quintil	2,20	3,10	8,3	21,8
20% más ricos	2,09	2,94	4,0	26,8
Guatemala, 1995	4,89	3,61	14,3	20,0
20% más pobres	7,87	4,61	15,4	16,3
Segundo quintil	6,92	4,36	12,3	18,4
Tercer quintil	5,65	3,94	16,0	20,4
Cuarto quintil	3,94	3,23	14,0	22,7
20% más ricos	2,36	2,76	13,1	24,0
Haití, 1994/95	4,73	3,30	36,5	21,7
20% más pobres	7,12	3,90	34,9	15,2
Segundo quintil	6,22	3,64	38,6	22,1
Tercer quintil	5,32	3,34	42,4	23,0
Cuarto quintil	3,89	3,02	32,6	27,7
20% más ricos	2,32	2,89	31,8	20,9
Nicaragua, 1998	3,40	2,76	18,3	16,6
20% más pobres	6,33	3,63	21,5	16,0
Segundo quintil	4,30	2,99	18,3	14,6
Tercer quintil	3,25	2,64	17,9	17,8
Cuarto quintil	2,60	2,45	17,1	16,7
20% más ricos	1,87	2,45	14,5	18,9
Perú, 1996	3,35	2,47	35,6	23,7
20% más pobres	6,49	2,81	49,3	17,2
Segundo quintil	4,35	2,52	40,1	23,0
Tercer quintil	3,20	2,39	32,5	26,0
Cuarto quintil	2,48	2,36	25,7	27,9
20% más ricos	1,69	2,39	17,5	29,0

Fuente: cálculo de ENDSA III.

* Los valores de las TGF en este cuadro son un poco más bajos que los publicados por Gwatkin, Pande y Rutstein (2001), los cuales se basan en los mismos datos, debido a que las mujeres que declararon un tamaño familiar ideal no numérico (lo cual normalmente sugiere una fecundidad deseada y efectiva elevada) fueron excluidas.

El cuadro 1, sin embargo, también demuestra variaciones sustanciales entre los países. Mientras en Bolivia, Brasil y Perú el tamaño familiar ideal es básicamente el mismo para todos los estratos de pobreza, su nivel es mucho más alto entre los pobres en el caso de Guatemala y, en cierta medida, Nicaragua. En promedio, las mujeres tienen por lo menos un hijo más que su tamaño familiar ideal en Bolivia y Haití, pero en la República Dominicana el tamaño familiar ideal promedio llega a ser un poco mayor que la TGF observada y menos de 10% de los últimos hijos nacidos vivos son no deseados, contra más del 30% en Bolivia, Haití y Perú. Los nacimientos no deseados son mucho más comunes entre mujeres pobres que entre las ricas en Bolivia, Colombia y Perú, pero las diferencias son pequeñas en Guatemala, Haití y Nicaragua. La mala planificación de los nacimientos en realidad es más frecuente entre las mujeres ricas que entre las pobres, excepto en Brasil y la República Dominicana. En resumen, aunque en su generalidad los datos se conforman al patrón esperado, existe también una diversidad y complejidad sustancial.

Como estará claro de la larga lista de ambigüedades conceptuales de la Sección 1, muchos de los problemas están relacionados con el concepto del tamaño familiar ideal, el cual está sujeto a varios sesgos y dificultades de interpretación. La literatura de las últimas dos décadas, como Westoff (1981), Lightbourne (1985 a b), y Bongaarts (1990), ha tendido a rechazar esta medida en favor de indicadores menos parciales y más significativos dentro del contexto concreto en que se toman las decisiones de fecundidad. Todos estos indicadores específicos están basados en el concepto de “fecundidad deseada”, es decir, ellos empiezan desde los niveles de fecundidad realizada y descuentan todos los nacimientos que son considerados “no deseados”, en donde “no deseado” se define de forma diferente de acuerdo con las particularidades de cada medida. Este concepto remueve muchas de las ambigüedades conceptuales que plagan el tamaño familiar ideal. Sin embargo, esta mayor claridad también tiene un costo.

Probablemente, el índice de fecundidad deseada “más puro”, desde el punto de vista de la ausencia de racionalizaciones a posteriori, es el desarrollado por Bongaarts (1990). El cálculo de esta nueva tasa global de fecundidad deseada (NTGFD) se ha hecho para varios países latinoamericanos, basada en datos de la EMF y ENDSA (Bongaarts & Lightbourne, 1996). Esta información, complementada con los resultados de las ENDSAs recientes para algunos países, son desplegados en el cuadro 3, los cuales pueden ser comparados con los niveles de fecundidad efectivos en el cuadro 2.

La ventaja de la NTGFD es de basarse enteramente en información sobre la fecundidad efectiva de los últimos uno o dos años, y en si las mujeres quieren más hijos/as en el futuro. Esto evita una racionalización *a posteriori* del comportamiento de fecundidad pasado, mientras que incorpora los deseos que resultan de la necesidad de compensar por la mortalidad neonatal e infantil pasada o esperada, o por una descendencia superviviente con una composición por sexo indeseable. A pesar de estas ventajas, Bhushan y Hill (1995) critican la NTGFD por dar estimaciones engañosas bajo las condiciones de una fecundidad cambiante, específicamente, por tener una tendencia a sobreestimar la fecundidad deseada en el contexto del aumento promedio en las edades de la maternidad. Su índice alternativo, la tasa global prospectiva de fecundidad deseada (TGPFDD), no usa la fecundidad pasada, sino las intenciones de fecundidad de las mujeres durante un período de uno o dos años en el futuro. El trabajo anterior (Hakkert, 2001) analiza otros problemas asociados a la NTGFD, que se resumen en lo siguiente:

1. La NTGFD, como todas las medidas de fecundidad deseada, está basada en los nacimientos efectivos, descontados para eliminar la fecundidad no deseada. No contempla los nacimientos que las mujeres pueden desear pero que no ocurrieron por una variedad de circunstancias.

2. Como se analiza en la Sección 4, el deseo de las mujeres de tener hijos/as adicionales es más bajo inmediatamente después de un parto, pero aumenta gradualmente después de éste. Recíprocamente, esto significa que las mujeres que desean hijos/as adicionales tienen menos posibilidad de haber tenido un nacimiento durante el último año o los últimos dos años antes de la fecha de la encuesta. Por consiguiente, calcular la NTGFD basada en la fecundidad reciente de mujeres que desean niños adicionales introduce un sesgo hacia abajo.

Cuadro 2

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TGF EN UN PERÍODO DE 0-24 MESES ANTES DE LA ENCUESTA DE ACUERDO CON EL NIVEL DE EDUCACIÓN Y EL ÁREA DE RESIDENCIA, PAÍSES SELECCIONADOS

País, encuesta	Educación			Área de residencia		Total
	Ninguno	1-6 años	7+ años	Rural	Urbano	
Colombia						
EFM, 1976	7,4	4,9	2,8	6,7	3,6	4,6
ENDS, 1986	4,8	3,9	2,3	4,6	2,6	3,1
ENDS, 1995	5,5	3,6	2,4	4,1	2,5	3,0
Costa Rica						
EFM, 1976	4,7	3,8	2,7	4,3	2,9	3,5
ADC, 1985	-	4,4	2,8	4,4	3,0	3,6
República Dominicana						
EFM, 1975	6,9	5,9	2,7	7,0	3,6	5,2
ENDS, 1986	5,4	4,1	2,8	4,8	3,0	3,6
ENDS, 1996	4,4	3,9	2,6	3,9	2,7	3,1
Ecuador						
EFM, 1979/80	7,5	6,1	2,7	6,5	3,9	5,2
ENDS, 1987	6,7	5,1	3,0	5,4	3,6	4,3
Jamaica						
EFM, 1975/76	4,7	4,9	2,9	4,9	3,8	4,4
NFPB, 1989	-	3,4	2,5	3,0	2,6	2,8
Perú						
EFM, 1977/78	6,9	4,9	3,0	7,1	4,4	5,3
ENDS, 1986	6,5	5,0	2,7	6,3	2,9	4,0
ENDS, 1996	7,0	4,6	2,6	5,6	2,7	3,5
Trinidad y Tabago						
EFM, 1977	-	3,7	2,8	3,5	3,0	3,2
ENDS, 1987	-	3,5	2,9	3,0	3,1	3,0

Fuente: Bongaarts & Lightbourne, 1996: p.235.

Las cifras de la ENDSA para Colombia (1995), República Dominicana (1996) y Perú (1996) están basadas en los cálculos del autor, utilizando los datos de la ENDSA III.

La otra medida de fecundidad deseada que es frecuentemente usada es la tasa global de fecundidad deseada (TGFD) introducida por Westoff (1981; Westoff & Moreno, 1996) que fue popularizada por Lightbourne (1985 a b). Este indicador usa el tamaño familiar ideal y calcula la TGF que resultaría si todos los nacimientos que elevan el número de hijos/as sobrevivientes por encima del tamaño familiar ideal declarado por el/la entrevistado/a fueran descontados. El trabajo anterior (Hakkert, 2001) también muestra la fecundidad realizada y deseada según este criterio, para diferentes países de la región.

Cuadro 3

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NTGFD EN UN PERÍODO DE 0-24 MESES ANTES DE LA ENCUESTA SEGÚN LOS NIVELES DE EDUCACIÓN Y EL ÁREA DE RESIDENCIA, PAÍSES SELECCIONADOS

País, encuesta	Educación			Área de Residencia		Total
	Ninguno	1-6 años	7+ años	Rural	Urbano	
Colombia						
EFM, 1976	3,9	2,7	2,2	3,3	2,4	2,7
ENDS, 1986	2,0	2,2	1,8	2,3	1,8	2,0
ENDS, 1995	2,1	2,0	1,9	2,1	1,9	1,9
Costa Rica						
EFM, 1976	3,3	3,2	2,6	3,2	2,7	3,0
ADC, 1985	-	3,0	2,3	3,1	2,3	2,7
República Dominicana						
EFM, 1975	3,9	3,6	2,4	4,0	2,7	3,3
ENDS, 1986	3,1	2,7	2,4	2,8	2,4	2,5
ENDS, 1996	2,8	2,6	2,3	2,8	2,2	2,4
Ecuador						
EFM, 1979/80	4,4	3,8	2,4	3,9	2,8	3,4
ENDS, 1987	2,9	2,5	2,2	2,8	2,2	2,4
Jamaica						
EFM, 1975/76	2,8	3,3	2,5	3,3	2,7	3,0
NFPB, 1989	-	1,9	2,0	2,0	1,9	1,9
Perú						
EFM, 1977/78	3,6	2,6	2,4	3,8	2,5	3,0
ENDS, 1986	2,9	2,2	1,8	2,6	1,8	2,0
ENDS, 1996	2,0	1,9	1,8	2,1	1,8	1,9
Trinidad y Tabago						
EFM, 1977	-	2,8	2,6	2,7	2,5	2,6
ENDS, 1987	-	2,2	2,2	2,1	2,3	2,2

Fuente: Bongaarts & Lightbourne, 1996: p.236.

Las cifras de la ENDSA para Colombia (1995), República Dominicana (1996) y Perú (1996) están basadas en los cálculos del autor, con los datos de la ENDSA III.

III. Los déficit de fecundidad

Como se mencionó antes, un porcentaje sorprendentemente alto de mujeres de América Latina llegan al final de sus vidas reproductivas con menos hijos/as supervivientes que los de su tamaño familiar ideal. Según el cuadro 4, este porcentaje va desde 24,2% de todas las mujeres entre los 45-49 años de edad en Nicaragua (1998) hasta el 41,1% en la República Dominicana (1996). En la República Dominicana y Guatemala, el porcentaje es aun más alto que el de las mujeres entre los 45-49 años de edad quienes han excedido el tamaño familiar ideal declarado. Los porcentajes podrían ser aun más altos si se fuera a tener en cuenta que algunas mujeres que no podrían lograr su tamaño familiar ideal original podrían haber ajustado sus expectativas hacia abajo. Aunque probablemente es justo decir que el costo emocional y económico asociado con esta demanda no satisfecha es a menudo más pequeño que el de la fecundidad excesiva, es, no obstante, un hecho que no puede ignorarse si el objetivo es cuantificar la correspondencia entre las preferencias de fecundidad individuales y los resultados.

Además, Lightbourne (1985 a) llama la atención al gran porcentaje de mujeres de todas las edades que no han alcanzado su tamaño familiar ideal declarado, pero que no quieren más hijos. En su análisis de los datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad, este porcentaje representaba el 36% de todas las mujeres que no querían hijos/as adicionales. La última columna del cuadro 4 calcula este número como un porcentaje de todas las mujeres en edad reproductiva. Cuando éste es calculado como un porcentaje de las mujeres que no quieren hijos/as adicionales, la mayoría de las figuras son más bajas que las que se encuentran en Lightbourne, con un máximo de 38,3% en la República Dominicana y 35,1% en Guatemala. Una posible explicación para esta inconsistencia, según Lightbourne, es que las personas entrevistadas pueden haber interpretado la pregunta como si esta se refiriera a su deseo de tener hijos/as adicionales en el futuro cercano. Esto puede explicar porque los porcentajes son más bajo en los datos de la ENDSA, donde se tuvo más cuidado para detallar la pregunta. Por otro lado, incluso en los datos de la ENDSA, éstos están lejos de ser despreciables. Según Palmore y Concepción (1981), estas mujeres pueden ser “más viejas o tenían otras circunstancias de vida (problemas económicos actuales, problemas matrimoniales y otros similares) que podrían llevarlas a concluir que ellas no querían hijos/as adicionales ahora, pero, si ellas tuvieran la vida para vivir de nuevo, ellas habrían querido más.” Igualmente, Pullum (1981) ha sugerido que estas mujeres querían más pero “no podían permitirse el lujo de tenerlos”.

Cuadro 4

AMÉRICA LATINA: PORCENTAJES DE MUJERES ENTRE LOS 45-49 AÑOS DE EDAD SEGÚN SU CONDICIÓN DE FECUNDIDAD EFECTIVA Y DESEADA, PAÍSES SELECCIONADOS

País, encuesta	Mujeres entre los 45-49 años de edad					Mujeres de todas las edades por debajo del tamaño familiar ideal que no desean más hijos/as
	Por debajo del tamaño familiar ideal declarado			Con el tamaño familiar ideal declarado	Por encima del tamaño familiar ideal declarado	
	Total	Estéril/infértil	No desea más hijos/as			
Bolivia, 1998	25,3	11,3	9,6	25,7	49,0	9,6
Brasil, 1996	29,9	16,1	8,9	34,8	35,3	7,0
Colombia, 1995	31,8	11,5	12,0	29,1	39,1	8,8
República Dominicana, 1996	41,1	25,1	11,0	24,1	34,9	6,8
Guatemala, 1995	40,0	10,0	20,3	26,3	33,7	11,0
Haití, 1995	35,3	16,1	9,1	18,9	45,8	9,0
Nicaragua, 1998	24,2	8,8	11,5	23,4	52,4	9,8
Perú, 1996	24,3	8,3	12,0	20,0	55,7	8,4

Fuente: cálculo de ENDSA III.

Hay, sin embargo, otras posibilidades. Dependiendo de la estructura de número y preferencias del sexo, la tendencia a detener la maternidad antes de alcanzar el tamaño familiar ideal de uno realmente puede incluso ser bastante racional. En Hakkert (2001) se ilustra, usando las escalas de preferencia de Coombs (Coombs, Coombs & McClelland, 1975), que la preferencia por una determinada composición puede llevar a las mujeres o parejas a terminar su fecundidad antes de alcanzar su número ideal, cuando el número ideal lleva implícita una cierta composición que ya se volvió difícil de realizar, mientras las composiciones alcanzables son menos deseables.

Pero no todos los déficits de fecundidad pueden atribuirse al comportamiento de la función de las preferencias de número-sexo, especialmente hoy día, cuando las preferencias de fecundidad son relativamente bajas. Una razón obvia para esto es la infertilidad, pero como el cuadro 4 lo

demuestra, esto sólo da cuenta de aproximadamente el 40% del déficit. Para entender los factores responsables de los déficits de fecundidad entre mujeres que se acercan al extremo de sus vidas reproductivas, el cuadro 5 despliega los coeficientes de una regresión logística para la probabilidad de no alcanzar el tamaño familiar ideal para las mujeres fecundas entre los 40-49 años de edad. Obviamente, entre más hijos/as quieren las mujeres más grande es la probabilidad de que ellas no alcancen su meta, y por lo tanto, el coeficiente positivo consistentemente significativo del tamaño familiar ideal. La segunda variable que es consistentemente significativa en sentido positivo es la edad del primer parto: es más probable que las mujeres que empezaron la maternidad relativamente tarde no logren su tamaño de familia deseada. El coeficiente del número de hijos/as que se murieron es significativo y consistentemente positivo en la mayoría de los casos: las mujeres con hijos/as difuntos pueden no tener la oportunidad de reemplazarlos. La siguiente variable más importante es la preferencia de fecundidad del compañero: las mujeres cuyos compañeros quieren menos hijos/as que ellas tienen más probabilidad de terminar con un déficit. Las mujeres que no se han casado nunca también terminan con menos hijos/as de los/las que ellas desean. Existen relaciones similares en el caso de viudas y mujeres divorciadas o separadas (incluyendo aquéllas que están formalmente casadas pero no viven con sus maridos), pero éstas son menos consistentes. Finalmente, los déficit de fecundidad parecen ocurrir más frecuentemente entre las mujeres urbanas bien educadas de los estratos sociales más altos. Si la mujer trabaja no parece tener mucha importancia.

Cuadro 5

AMÉRICA LATINA: COEFICIENTES DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA LA PROBABILIDAD DE NO ALCANZAR EL TAMAÑO FAMILIAR IDEAL PARA MUJERES FECUNDAS ENTRE LOS 40-49 AÑOS DE EDAD EN PAÍSES SELECCIONADOS

	Bolivia 1998	Brasil 1996	Colombia 1995	Rep. Domin. 1996	Guatemala 1995	Haití 1995	Nicaragua 1998	Perú 1996
Tamaño familiar ideal	1,0105**	0,9439**	0,9388**	1,0713**	0,6658**	0,5613**	0,7638**	1,0566**
Preferencia de la pareja	0,4304*	0,3732*	0,0627	0,6936**	0,8338**	0,3414	0,7277**	0,4732**
40% más pobres	0,4443	-0,1958	-0,5522*	-0,3592	-0,4400*	-0,1798	-0,8664**	-0,5786**
40% más ricas	0,6844**	0,2766	0,2087	0,4248	0,5692**	0,5786	0,2888	0,4863**
Residencia rural	-1,5119**	-0,7952**	-0,2233	-0,1896	-0,4299**	-0,6214	0,0067	-0,1213
Educación	0,0428*	0,0189	0,0702**	0,0233	0,0507**	-0,0358	0,0384*	0,0696**
Trabajo	-0,1334	0,0813	0,1947	0,2930	-0,1376	-0,0897	-0,1025	0,1527
Edad primer nacimiento	0,1804**	0,1965**	0,1798**	0,1986**	0,1675**	0,1192**	0,1723**	0,1820**
Niñas/os muertos	0,0945	0,3366**	0,3979**	0,3259**	0,5202**	0,1692 *	0,2044**	0,1400*
Nunca casadas	2,4276**	1,2420 *	1,5343**	2,2977 *	2,8594**		2,2184*	2,7529**
Viuda	0,9789**	-0,1915	-0,2660	1,3314**	1,4336**	-61,908	0,1907	0,6190*
Separada/Divorciada	0,2044	0,4306*	0,5350**	0,5117 *	1,3541**	-62,389	0,5942**	1,1804**
Número de casos	1 773	2 152	1 899	1 365	1 814	515	1 987	4 440

Fuente: cálculo de ENDSA III.

* Significativo al nivel 5%.

** Significativo al nivel 1%.

IV. Otros resultados de la investigación

Las preferencias de fecundidad cambian con el tiempo, no sólo porque las circunstancias objetivas que determinan el deseo de hijos/as cambian, sino también porque la evaluación subjetiva que los hombres y las mujeres hacen de sus experiencias y aspiraciones de crianza no son estables. Una mujer que ha pasado recientemente por la incomodidad de un parto puede no estar dispuesta a repetir la experiencia otra vez, pero en la medida en que los aspectos desagradables se borran y son sustituidos por otras connotaciones más agradables, su disposición para enfrentar otro embarazo puede cambiar.¹¹⁵ Si es verdad que el deseo anticipado de hijos/as aumenta con el tiempo pasado desde el último nacimiento, como lo sugieren los análisis de Hakkert (2001), sigue que la NTGFD de Bongaarts debe ser sesgada hacia abajo, debido a que las mujeres que tuvieron un nacimiento durante los últimos años tienen menos probabilidad de querer hijos/as adicionales en el momento de la encuesta. La NTGFD es sensible a esta interacción. Una simulación, basada en el supuesto de que el deseo anticipado “real” es el que se hace aparente 4 años después del último nacimiento vivo, sugiere que las figuras en el cuadro 3 están subdeclaradas hasta por 0,5 puntos.

Por otro lado, el número ideal de hijos/as que las parejas desean tiende a subir en la medida en que su descendencia efectiva aumenta. Esta tendencia se ha interpretado a menudo como evidencia de la existencia de la racionalización *a posteriori* del comportamiento de fecundidad efectiva, es decir, la tendencia que tienen las personas de ajustar sus deseos de fecundidad en la dirección en la que estos ocurrieron realmente. Aunque la tesis de la racionalización *a posteriori* es intuitivamente convincente, el soporte empírico de su existencia no es muy fuerte. Una explicación alternativa para la correlación transversal observada entre la paridad y el tamaño familiar ideal es que, en la medida en que las personas tienen algún control sobre su fecundidad, las personas con las aspiraciones de fecundidad más altas serán las que progresan a las paridades más altas, mientras que las que tienen aspiraciones de fecundidad más bajas terminarán con menos hijos/as. Sin datos longitudinales que monitoreen las preferencias en diferentes momentos, es casi imposible distinguir entre estos dos mecanismos.

En la ausencia de datos longitudinales, se optó por la siguiente mejor opción, o sea, la de cuasi-cohortes, que consiste en comparar los datos de encuestas de fecundidad sucesivas. Una aplicación experimental de esta metodología a las ENDSAs de Colombia de 1990 y 1995 (mostrada en más detalle en Hakkert, 2001) sugirió que la distribución de mujeres según el número de hijos/as supervivientes y al tamaño familiar ideal es afectada por ambos (la fecundidad diferencial y los cambios en el tamaño familiar ideal) en grados más o menos semejantes. La tasa de fecundidad se corta por la mitad una vez que las mujeres alcanzan su tamaño familiar ideal, sugiriendo que en Colombia hay un grado sustancial de control de la fecundidad individual y que las mujeres lo usan de una manera que es consistente con sus intenciones de fecundidad declaradas. Los cambios en el tamaño familiar ideal no ocurren hasta que la mujer esté a un hijo/a de alcanzar su meta. Una vez que ella ha alcanzado o ha excedido su meta, la probabilidad de que ajuste su tamaño familiar ideal aumenta, pero de ahí en adelante permanece constante. La racionalización, según estas estimaciones, ocurre, pero no en una magnitud mayor al ajuste de las intenciones de fecundidad de las mujeres que están exactamente en su tamaño familiar ideal.

A pesar de las dudas sobre el significado preciso de “la fecundidad deseada” o “las metas de fecundidad”, nadie duda de que muchas personas o parejas terminan no teniendo el número de hijos/as supervivientes que desean. A menudo se presupone que el conocimiento de salud reproductiva y el acceso a contracepción juegan un papel principal en evitar que el número de hijos nacidos vivos rebase

¹¹⁵ Lightbourne (1987) ha investigado el deseo de concebir en el futuro cercano, mas que mas tarde, como una función del tiempo que ha pasado desde el último nacimiento vivo, usando un modelo de simulación. Lo que concierne al análisis aquí es el deseo de concebir en su totalidad, en cualquier momento en el futuro.

el número deseado. Mujeres que saben más sobre salud reproductiva y tienen acceso a los métodos de planificación familiar tendrían menos probabilidad de tener embarazos no deseados o de exceder sus metas de fecundidad. Este tema fue analizado usando una regresión truncada que asigna un valor de 0 a todas las mujeres cuyo número de hijos/as supervivientes esperado es menor que su tamaño familiar ideal. Las observaciones se truncaron en la misma manera. Esto implica que el tamaño del déficit en el número de hijos/as supervivientes de una mujer con respecto a su meta de fecundidad no juega ningún papel en el análisis, pero el tamaño de su exceso de fecundidad (si aplicable) sí.

Casi todas las variables explicativas (edad, tamaño de familia deseado, escolaridad, pertenencia a los 40% de hogares más pobres o 20% más ricos, residencia urbana, pareja desea más, pareja desea menos, hijos/as que han muerto, hijos/as no en la casa, menos niños de los deseados, menos niñas de las deseadas, infertilidad, casada legalmente, casada/unida más de una vez, conocimiento de contracepción, conocimiento del ciclo) se mostraron significativas en el nivel de significancia del 1%. En el caso de la edad y el tamaño familiar ideal, las asociaciones son más o menos obvias. Estas variables fueron incluidas principalmente como control. Sin embargo, factores más sustantivos también fueron generalmente significativos, con las señales esperadas. Como la variable dependiente es el número de hijos/as sobrevivientes, hay una relación predecible con el número de hijos/as que se murieron. Sin embargo, también hay una fuerte relación con el número de hijos/as que viven en otra parte. Esto puede tener explicaciones diferentes. Por una parte, las mujeres que tienen hijos/as que viven en otras partes pueden estar más avanzadas en el transcurso de su historia de fecundidad y por consiguiente pueden tener más hijos/as sobrevivientes. Por otra parte, este hallazgo también puede asociarse con las rupturas de familias y el deseo de tener hijos/as adicionales en una nueva unión. Generalmente los desequilibrios en el número de muchachos o muchachas también estuvieron asociados con el exceso de fecundidad, en la medida en que las mujeres tratan de corregir la situación teniendo hijos/as adicionales. Al parecer, esta tendencia es ligeramente más consistente en el caso de una escasez de niños que en el caso de una escasez de niñas. La educación y pertenencia al estrato socioeconómico más alto sistemáticamente reducen la probabilidad de exceder la meta de fecundidad de uno, mientras que pertenecer al 40% de las más pobres lo aumenta. La residencia urbana no parece tener una relación sistemática con el exceso de fecundidad.

El efecto del conocimiento de salud reproductiva y anticoncepción fue ambiguo. El conocimiento del ciclo de fecundidad fue significativo en algunos países, pero las señales de los coeficientes fueron inconsistentes. Los coeficientes del número de métodos anticonceptivos identificados por la/el entrevistada/o fueron más consistentes, pero todos apuntan en la dirección opuesta a lo esperado. La explicación más probable es que las mujeres sólo adquieren este conocimiento después de haber enfrentado problemas de fecundidad no deseada.

Teniendo en vista la discusión en la sección siguiente, puede ser apropiado destacar algunos aspectos de género. Se observó que un segundo matrimonio de la mujer está generalmente asociado con una probabilidad más alta de exceder su tamaño familiar ideal, debido a la necesidad percibida de consolidar una nueva familia teniendo hijos/as con el nuevo compañero. La única excepción fue Guatemala. En un análisis paralelo con el cuestionario masculino de cinco países (Bolivia, Brasil, República Dominicana, Nicaragua y Perú) se averiguó que este efecto no ocurre sólo en las mujeres, sino que se nota también y con fuerza aun mayor en el caso de los hombres. El mayor tamaño de los coeficientes en el caso de los hombres puede estar asociado al hecho de que los hombres asumen menos responsabilidades con sus hijos de matrimonios anteriores, por lo cual la existencia de estos hijos actúa menos como freno para la fecundidad en la reunión actual. Por otro lado, y como es de esperarse, el hecho que el compañero de la mujer tenga metas de fecundidad más altas que ella está asociado con la fecundidad en exceso, pero sorprendentemente el efecto es aun más fuerte si el compañero (en la percepción de la mujer) sostiene una meta de fecundidad más baja. En el caso de los hombres, esta relación contradictoria se manifiesta aun más claramente, ya que el deseo por un mayor

número de hijos por parte de la compañera no registra ningún efecto sistemático, mientras el deseo por un número menor, en vez de reducir la probabilidad de exceder el tamaño familiar ideal del hombre (como sería de esperar), aumenta esta probabilidad de forma significativa. Todavía no se ha encontrado una explicación plausible de este comportamiento contra-intuitivo.

También se analizó el deseo del último niño/a, usando una regresión logística. Los resultados positivos se definen como aquéllos en donde la mujer declaró querer al hijo/a en el momento en que ella quedó embarazada (embarazos planificados). Los resultados negativos son aquéllos en que ella deseaba al hijo/a después o nunca (no deseados o inoportunos). Como es de esperarse, los resultados negativos están fuertemente asociados con haber excedido el tamaño familiar ideal, lo cual tiene el único coeficiente negativo consistentemente significativo al nivel de 1% en todos los países. Curiosamente, incluso después de que haber controlado este factor, el número de hijos/as sobrevivientes también muestra una asociación negativa separada con el deseo del último hijo/a en todos los países excepto Guatemala. Otro factor que fue significativo en casi todos países es el que indica si el nacimiento fue el primero de la mujer. Este factor es tan fuerte que compensa la asociación negativa del deseo del hijo/a con edades de la madre por debajo de los 20 años de edad. En algunos países, el coeficiente para el grupo de edad entre 20-24 años fue también negativo, mientras que el grupo de edad entre lo 30-39 años parece ser donde el deseo de tener hijos/as es más alto. Estar casada o unida fue otro fuerte predictor positivo para desear al último niño/a nacido. En algunos países, haber dejado la escuela debido a un embarazo fue un predictor negativo entre las mujeres jóvenes, pero la relación está lejos de ser consistente. Haber dejado la escuela para casarse tiende a estar asociado positivamente con el deseo del hijo/a, pero de nuevo la asociación es algo errática. La preferencia masculina, el nivel socio-económico, la educación y la residencia urbana no juegan un papel consistente. Aunque la relación tampoco fue consistente, el número de hijos/as previamente difuntos estuvo negativamente asociado con el deseo del último hijo/a. La muerte del hijo/a mismo muestra una relación débil y no enteramente consistente con su deseo después del hecho.

El conocimiento de la mujer de su ciclo de fecundidad no tiene ninguna relación consistente con el deseo del hijo. El conocimiento de anticoncepción sí tiene alguna relación, alcanzando el 1% nivel de significancia en cuatro de los países, pero sorprendentemente su signo es negativo: cuanto más las mujeres saben sobre métodos anticonceptivos más probable es que su último hijo nacido vivo no fuera deseado. Nuevamente, la explicación más creíble para este resultado contra-intuitivo es que las mujeres se vuelven más conocedoras sobre anticoncepción después de que ellas están cerca de o han excedido su tamaño familiar ideal.

Cualquier discrepancia percibida en las metas reproductivas de la pareja tiene un efecto negativo en el deseo del último niño/a. Interesantemente, esto pasa en ambos casos: si la familia ideal del compañero es más grande o más pequeña que la de la persona entrevistada. Hay también alguna evidencia de racionalización después del hecho, teniendo en cuenta que el coeficiente del tiempo desde el parto es positivo en algunos países.

V. Preferencias de fecundidad de mujeres y hombres

Hace mucho tiempo se ha comprendido que las preferencias de fecundidad dependen de un proceso de negociación entre ambos esposos y que confiarse exclusivamente en datos obtenidos de las mujeres puede proyectar una imagen parcial de la preferencia conjunta de la pareja. Aunque Lightbourne (1985a) presenta algunos datos de las preferencias de los varones de Tailandia y Egipto, sólo hasta hace poco hay disponibilidad de datos más comprensivos sobre las preferencias masculinas en América Latina. Uniendo los datos de los entrevistados masculinos con los de sus

esposas, la tercera ronda del ENDSA¹¹⁶ hace posible analizar la interacción entre las preferencias de los esposos en mucho más detalle de lo que se ha hecho hasta ahora.

Aunque evidentemente las preferencias de mujeres y hombres y su negociación se insertan dentro del contexto de las relaciones de género, éste tiene implicaciones más amplias, involucrando el estudio de los sistemas de género y sus impactos sobre los patrones reproductivos. El presente trabajo no tiene la pretensión de responder a la pregunta más amplia en qué medida las relaciones de género influyen en los niveles y patrones de la fecundidad, la cual no ha recibido mucha atención hasta recientemente, pero que últimamente ha sido el objeto de un número creciente de estudios (Greenhalgh, 1990; Mason, 1986, 1993, 1995; Presser, 1997; Ridgeway, 1997). Goldani (1999/2000) mostró, por ejemplo, que el grado de equidad entre la pareja repercute se forma importante en su nivel de fecundidad. Usando un índice de equidad, ella encontró que cada incremento de 1 punto en la escala de equidad estaba asociado a una reducción de -0,57 hijos nacidos vivos, entre parejas con la misma duración del matrimonio y el mismo tamaño ideal de familia. En un modelo de regresión basado en los datos de la ENDSA de Brasil de 1996, Goldani y Duarte (comunicación personal) averiguaron que, entre 37 variables explicativas, las siguientes tenían un impacto significativo (a nivel de 1%) sobre el número de hijos de la pareja:

- Duración de la unión.
- Residencia en la Región Nordeste.
- Tamaño ideal de familia de la mujer.
- Tamaño ideal de familia del hombre.
- La mujer trabaja y cuida de hijos menores de 5 años.
- La mujer trabaja y otros (no familiares) cuidan de sus hijos menores de 5 años.
- La mujer decide sola o con su marido sobre el uso de su sueldo.
- Otros deciden sobre el uso de su sueldo.
- La decisión sobre una eventual esterilización fue tomada conjuntamente con otra persona.
- Mujer no blanca con marido no blanco.

Tal vez significativamente, el coeficiente encontrado para el peso del tamaño ideal de familia del hombre era más del doble del coeficiente correspondiente de la mujer.

El objetivo de esta sección es más modesto y se circunscribe al ámbito más restringido de las preferencias de fecundidad manifestadas por hombres y mujeres y su impacto sobre la fecundidad realizada, sin plantearse la pregunta de cómo se producen dichas preferencias. Consecuentemente, los resultados no pueden ser interpretados como una evaluación de la importancia de los factores de género, en su sentido más amplio de proceso social. Aun así, este análisis, cuando interpretado dentro de sus limitaciones inherentes, aporta algunos elementos relevantes.

¿Hasta qué punto los tamaños de la familia ideal de maridos y esposas coinciden? La segunda columna de datos del cuadro 6 muestra que sólo en aproximadamente una tercera parte de los casos el mismo número es declarado por ambos esposos. Esto puede compararse con la percepción de cada uno de los esposos, acerca de si el otro esposo tiene preferencias iguales o diferentes, lo cual es preguntado en los cuestionarios masculinos y femeninos. Interesantemente, muchas parejas no parecen percibir que tienen metas diferentes; en todos los países hay un número más grande de parejas en que ambos declaran estar de acuerdo, que de parejas en donde éste es el caso real. Los maridos, en particular, están normalmente convencidos que sus esposas tienen su mismo punto de vista sobre el tamaño familiar ideal, cuando de hecho a menudo no lo tienen. Todo esto indica una falta de

¹¹⁶ Los datos relevantes están disponibles para los ocho países, con la excepción de Colombia y Guatemala. Haití no es analizado aquí, debido a problemas técnicos con la combinación de los archivos de mujeres y hombres entrevistados.

comunicación sobre las metas de fecundidad y una cierta cantidad de “machismo” por parte de los hombres que naturalmente asumen que sus esposas comparten sus preferencias.

Como se muestra en el cuadro 7, los hombres tienden a querer más hijos/as que sus esposas, pero las diferencias no son grandes. En aproximadamente 36% de los casos son los hombres los que quieren más hijos/as, mientras que en aproximadamente 28% de los casos son las mujeres. ¿Esto implica que, con el propósito de determinar las metas de fecundidad de la pareja, no importa mucho quien de la pareja declare sus preferencias de fecundidad? Esta aparentemente es la conclusión a la cual llegaron Mason y Taj (1987), cuando dicen que la fecundidad es el resultado de un consenso, más que conflicto sobre el número de hijos, entre las parejas, puesto que los hombres y las mujeres en unión y en contextos sociales diferentes presentan, en promedio, números deseados de hijos muy parecidos. Goldani (1999/2000) no acepta la noción de que un promedio parecido para el tamaño ideal de familia significa que la fecundidad observada fue el resultado de consenso. En vez de esto, ella postula que la fecundidad observada es el resultado de un proceso de conciliación de intereses en conflicto entre la pareja, un proceso que es arbitrado por el poder desigual de hombres y mujeres y por su nivel de vida.

Cuadro 6

AMÉRICA LATINA: ACUERDO REAL Y PERCIBIDO SOBRE EL TAMAÑO FAMILIAR IDEAL ENTRE ESPOSAS Y ESPOSOS QUE DECLARARON NÚMEROS DEFINIDOS, PAÍSES SELECCIONADOS

País, encuesta	Número de casos	Acuerdo entre esposas y esposos			
		Percibido			
		Real	Por ambos	Por marido	Por esposas
Bolivia, 1998	1 573	507	638	1 032	897
Brasil, 1996	1 273	483	569	891	748
República Dominicana, 1996	771	230	293	493	406
Nicaragua, 1998	1 299	432	600	926	844
Perú, 1996	528	186	257	405	337

Fuente: cálculo de la ENDSA III.

Cuadro 7

AMÉRICA LATINA: PORCENTAJES DE LAS PREFERENCIAS RELATIVAS CON RESPECTO AL TAMAÑO FAMILIAR IDEAL ENTRE ESPOSA Y ESPOSO, PAÍSES SELECCIONADOS

País, encuesta	Esposo más que esposa	Acuerdo entre esposos	Esposa más que esposo	Respuestas no numéricas de alguno de los dos
Bolivia, 1998	38,0	30,6	25,9	5,4
Brasil, 1996	34,6	37,3	26,8	1,3
República Dominicana, 1996	37,7	28,8	29,7	3,8
Nicaragua, 1998	35,0	31,4	28,3	5,2
Perú, 1996	32,6	33,4	27,3	6,6

Fuente: cálculo de la ENDSA III.

Fijar la atención en los promedios puede ser engañoso, pues por detrás de ellos se esconden variaciones significativas entre parejas. En estas condiciones, no está claro que las aspiraciones de parejas individuales necesariamente estén cercanas, ni que el proceso de negociación resulte en un nivel intermedio de fecundidad realizada. Como Bongaarts (1990: p.503) observa: “Las

implicaciones de fecundidad de estas diferencias en las preferencias no son claras. La fecundidad sería más o menos la misma si la decisión fuera tomada solamente por el marido o solamente por la esposa, pero la fecundidad sería más alta si la maternidad continuara hasta que ambos compañeros no quisieran más descendencia, y la fecundidad sería más baja si la maternidad se detuviera cuando cualquiera de los compañeros no quisiera más.”

Las implicaciones de este razonamiento se muestran en los cuadros 8 y 9. El cuadro 8 muestra los promedios de tamaño familiar ideal de hombres y mujeres. Los de los hombres exceden los de las mujeres por aproximadamente 0,2-0,4 hijos/as, que no es una diferencia grande. Sin embargo, si las discordancias entre los esposos se resuelven sistemáticamente asumiendo el número más grande como la decisión conjunta del tamaño familiar ideal de la pareja, esto daría números que son, en promedio, 1,1-1,4 hijos/as, más grandes que los que se obtendrían resolviendo los conflictos a través de la adopción sistemática del número más pequeño.¹¹⁷ El cuadro 9 muestra las implicaciones de las diferentes opciones mencionadas por Bongaarts para su NTGFD. Se incluye una alternativa adicional, a saber, “el acuerdo mixto”. Esto se refiere al resultado de la negociación en el cual la pareja continúa teniendo hijos/as hasta que los dos dejan de desear más hijos/as o hasta que uno de los esposos no desea más y el otro esposo ya ha logrado su tamaño familiar ideal en lo que se refiere al número de muchachas y muchachos supervivientes. Por ejemplo, si la pareja tiene una muchacha sobreviviente y un muchacho sobreviviente, la esposa no quiere más, el marido quiere por lo menos un hijo de cada sexo, pero le gustaría tener un niño/a más, sin preferencia del sexo, este criterio considera que la pareja no desea más nacimientos. Como muestran los números, el rango de posibles resultados puede ser bastante amplio, por ejemplo, de 2,37 a 4,25, en el caso de Bolivia. Los números para Perú parecen sospechosamente bajos, posiblemente debido al pequeño número de casos (638).

Cuadro 8

**AMÉRICA LATINA: PROMEDIO DEL TAMAÑO FAMILIAR IDEAL ENTRE PAREJAS
EN DONDE POR LO MENOS UNO DECLARÓ UN NÚMERO DEFINIDO, PAÍSES SELECCIONADOS**

País encuesta	Número más pequeño	Preferencia de la esposa	Preferencia del esposo	Número más grande
Bolivia, 1998	2,41	2,85	3,23	3,70
Brasil, 1996	2,04	2,57	2,88	3,41
República Dominicana, 1996	2,76	3,35	3,74	4,36
Nicaragua, 1998	2,61	3,08	3,40	3,94
Perú, 1996	2,26	2,70	2,91	3,37

Fuente: cálculo de ENDSA III.

El mismo tipo de cifras puede ser preparado utilizando el indicador TGF de Westoff-Lightbourne. En el caso de Bolivia, por ejemplo, esto da una fecundidad deseada de 4,67 para las mujeres, 5,21 para sus maridos, 5,52 para el máximo, 4,08 para el mínimo y 4,98 para el acuerdo mixto, es decir, un rango de variación más pequeño que en el caso de la NTGFD de Bongaarts. En el caso de Nicaragua, los números son 3,45 para las mujeres, 3,47 para sus maridos, 3,87 para el máximo, 3,03 para el mínimo y 3,44 para el acuerdo mixto. Un escenario interesante (aunque probablemente extremo) para la TGF es el caso en donde cada nacimiento sucesivo se considera deseado hasta que ambos compañeros han alcanzado su tamaño familiar ideal, no sólo en lo que se refiere al número total de hijos/as supervivientes, sino también en lo que se refiere a los hijos/as de cada sexo. Esto da 6,17 para la TGF de la pareja en Bolivia y 4,04 en Nicaragua.

¹¹⁷ Si uno de los esposos dio una respuesta no numérica o no declaró una preferencia y el otro mencionó un número, este último se usó para ambos el mínimo y el máximo. También se debe hacer énfasis en que los números que se muestran en los cuadros 11 y 12 se refieren a mujeres y hombres que viven en parejas, no a toda la población.

Finalmente, en los casos en que los esposos tienen preferencias de fecundidad diferentes, ¿cuál preferencia prevalece? Y ¿cuáles son las implicaciones para la división de poder dentro del hogar? Éstas no son preguntas fáciles de responder. La situación más común es aquella en que la preferencia promedio de los esposos se sitúa por arriba de la cifra promedio preferida por la mujer, y en donde la fecundidad realizada (TGF) se sitúa por arriba de ambas. Por consiguiente, la fecundidad realizada se sitúa más cerca de la preferencia masculina que la femenina. Ésta es la situación que Goldani (1999/2000) encontró, por ejemplo, en la ENDSA del Nordeste de Brasil. Pero concluir a partir de ahí que las preferencias masculinas predominan sobre las femeninas ignora algunos otros factores que deben ser considerados en este contexto.

Cuadro 9

AMÉRICA LATINA: NTGFD BAJO DIFERENTES ESCENARIOS DEL RESULTADO DE LA NEGOCIACIÓN ENTRE PAREJAS, PAÍSES SELECCIONADOS

País, encuesta	Número más pequeño	Preferencia de la esposa	Preferencia del esposo	Acuerdo mixto	Número más grande
Bolivia, 1998	2,37	3,20	3,63	4,09	4,25
Brasil, 1996	2,27	2,62	3,01	3,05	3,13
República Dominicana, 1996	2,97	3,56	3,83	4,15	4,18
Nicaragua, 1998	2,27	2,75	3,18	3,13	3,53
Perú, 1996	1,54	2,52	2,17	2,72	3,09

Fuente: cálculo de ENDSA III.

Por ejemplo, los hombres pueden tener aspiraciones más altas en relación al número de carros que les gustaría que la familia tuviera, pero el hecho de que el número efectivo de carros tiende a ser sustancialmente menor que las aspiraciones de tanto hombres como mujeres evidentemente se debe a restricciones presupuestarias y no a cualquier predominancia de las preferencias femeninas en estas decisiones. Que lo mismo se aplica a las decisiones en materia de fecundidad puede ser ilustrado con los datos del cuadro 10. Éstos se refieren a parejas con mujeres de 40-49 años de edad, en las cuales hombres y mujeres declararon el mismo tamaño ideal de familia (sólo valores numéricos). Sin embargo, a pesar de este consenso entre la pareja, es evidente que en todos los cinco países el número promedio de hijos vivos de las parejas es mayor que la meta común, en la mayoría de los casos sustancialmente; sólo en el caso de Brasil la diferencia es modesta.

Cuadro 10

TAMAÑOS IDEALES PROMEDIO DE FAMILIA Y NÚMEROS EFECTIVOS DE HIJOS VIVOS EN PAREJAS CON MUJERES DE 40-49 AÑOS QUE DECLARAN EL MISMO TAMAÑO IDEAL

País y año	Tamaño ideal de familia	Número efectivo de hijos vivos	Total de parejas
Bolivia, 1998	2,79	3,88	112
Brasil, 1996	3,09	3,29	118
Nicaragua, 1998	3,22	4,46	62
Perú, 1996	2,19	3,35	52
República Dominicana, 1996	3,07	4,07	49

Fuente: cálculo de ENDSA III.

La razón es la presencia de diferentes factores que tienden a llevar a las parejas a tener más hijos que el número considerado ideal por cada cónyuge. La dificultad del acceso a métodos modernos de anticoncepción es el factor más comúnmente mencionado, pero como se vio anteriormente, la protección contra la mortalidad infantil y juvenil, el deseo de alcanzar una determinada composición por sexo de los descendientes, presiones familiares y las uniones múltiples son otros factores que actúan en este sentido.

Por lo tanto, algo hay que hacer para separar los diferentes factores responsables de una fecundidad que rebasa el tamaño ideal de ambos cónyuges. Un criterio posible es el usado en Hakkert (2001), que consiste en cuantificar cuántas veces hombres y mujeres, respectivamente, acaban por tener exactamente el número de hijos vivos que declararon como su tamaño ideal de familia. La fecundidad efectiva se comparó con el tamaño ideal entre las parejas que declararon el mismo tamaño ideal, como se muestra en el cuadro 11. En Bolivia, por ejemplo, de las 112 parejas que tenían el mismo tamaño ideal, 15 (13,4%) acabaron con menos hijos que el número deseado, 49 (43,8%) alcanzaron su meta y 48 (42,9%) acabaron teniendo más hijos que su meta.

Cuadro 11

**ALCANCE DE LAS METAS DE FECUNDIDAD DE HOMBRES Y MUJERES ENTRE PAREJAS
CON MUJERES ENTRE 40-49, SEGÚN LA EXISTENCIA DE CONSENSO
SOBRE LAS METAS ENTRE LOS CÓNYUGES**

País, año	Consenso entre cónyuges			Sin consenso entre cónyuges					
				Alcance de meta de la mujer			Alcance de meta del hombre		
	Déficit	Como deseado	Exceso	Déficit	Como deseado	Exceso	Déficit	Como deseado	Exceso
Bolivia, 1998	15	49	48	75	43	141	62	69	128
Brasil, 1996	18	80	20	77	59	91	60	61	106
Nicaragua, 1998	9	24	30	37	31	84	41	21	90
Perú, 1996	9	21	22	28	20	53	21	10	70
República Dominicana, 1996	10	14	25	55	23	25	51	20	48

Fuente: Hakkert, 2001.

Por otro lado, entre las 259 parejas que tenían tamaños ideales diferentes, 43 de las mujeres alcanzaron su meta, mientras lo mismo sucedió con 69 de los hombres, lo cual sugiere una (pequeña) predominancia de las preferencias masculinas sobre las femeninas. Sin embargo, mientras esto se aplica a Bolivia y, en menor medida, a Brasil, los otros tres países muestran la situación opuesta, en la cual las mujeres alcanzan su meta con mayor frecuencia que los hombres. El cuadro 11 demuestra, por lo tanto, que la idea de que las preferencias de fecundidad masculinas predominan sobre las femeninas necesita ser calificada. Sin embargo, el propio criterio usado aquí puede no ser ideal, pues sólo contempla el número de casos en que se cumple exactamente con las metas y no establece ningún criterio de proximidad para los casos en que eso no sucede. Además, el criterio puede ser afectado por los mismos problemas que se señalaron anteriormente en relación a la comparación de promedios. Si las parejas tienden a rebasar sus metas y las preferencias masculinas son mayores que las femeninas, habrá una tendencia implícita para que los hombres alcancen sus metas con mayor frecuencia que las mujeres.

Un modelo sencillo que puede ser más apropiado expresa la fecundidad observada como una función lineal de los tamaños ideales de familia (TIF) de ambos cónyuges, de la siguiente forma:

$$\text{Hijos Vivos (de mujeres en edades de 40-49)} = A + B * (c * \text{TIF Masc.} + (1-c) * \text{TIF Fem.})$$

Aquí, es de esperar que B sea un número próximo a 1, A un número positivo que expresa la tendencia hacia el exceso de fecundidad, y c un número entre 0 y 1. Si $c > 0,5$, las preferencias predominan sobre las femeninas y si $c < 0,5$, la situación es opuesta. La meta conjunta de fecundidad es un promedio ponderado de los tamaños ideales de cada cónyuge; la fecundidad resultante es una transformación lineal de esta meta conjunta. Los tres coeficientes fueron estimados en base a tres promedios: los promedios de hijos vivos de mujeres de 40-49 años en el caso de coincidencia de metas (la situación del cuadro 10), en el caso de una preferencia superior del hombre y en el caso de una preferencia superior de la mujer. Estos últimos dos casos se documentan en el cuadro 12.

En el caso de Bolivia, los siguientes parámetros llevan a los resultados correctos de la ecuación, con los datos de los cuadros 10 y 12: $A = 1,2731$; $B = 0,9360$; $c = 0,6521$. Esto indica una cierta predominancia de las preferencias masculinas sobre las femeninas, en una razón de 2:1. En el caso de los demás países, los valores de c son los siguientes:

Brasil:	$c = 0,5572$
Nicaragua:	$c = 0,6619$
Perú:	$c = 0,5643$
República Dominicana:	$c = 0,3204$

Esto significa que las preferencias masculinas predominan fuertemente en Bolivia y Nicaragua, débilmente en Brasil y Perú, mientras en la República Dominicana la situación es opuesta. Sin embargo, el modelo no funciona a entera satisfacción. En algunos países, particularmente en Brasil, lleva a valores improbables para B, muy alejados de 1.

Cuadro 12

TAMAÑOS IDEALES PROMEDIO DE FAMILIA Y NÚMEROS EFECTIVOS DE HIJOS VIVOS EN PAREJAS CON MUJERES DE 40-49 AÑOS QUE DECLARAN TAMAÑOS IDEALES DIFERENTES

País, año	TIF masculino > TIF femenino				TIF masculino < TIF femenino			
	TIF Promedio		Promedio hijos vivos	Total de parejas	TIF Promedio		Promedio hijos vivos	Total de parejas
	M	F			M	F		
Bolivia, 1998	4,74	2,25	4,90	144	2,60	4,69	4,39	115
Brasil, 1996	4,24	1,68	3,85	106	1,93	4,58	3,75	120
Nicaragua, 1998	5,00	2,38	5,66	88	2,71	5,64	5,10	65
Perú, 1996	4,39	2,39	5,47	43	2,58	4,62	5,39	59
República Dominicana, 1996	5,77	3,08	4,21	56	2,80	5,97	4,38	63

Fuente: cálculo de ENDSA III.

Para evitar este problema de valores irrealistas de B, se experimentó un modelo alternativo:

$$\text{Hijos Vivos (de mujeres en edades de 40-49)} = A + B + c * \text{TIF Masc.} + (1-c) * \text{TIF Fem.}$$

Aquí el parámetro A se aplica a todas las observaciones, mientras el B se aplica sólo en los casos de desacuerdo entre las preferencias de los cónyuges. A pesar de algunas divergencias entre los valores exactos de los parámetros, las conclusiones cualitativas fueron muy semejantes: una fuerte predominancia de preferencias masculinas en Bolivia y Nicaragua, una predominancia débil en Brasil y Perú y la situación inversa en la República Dominicana.

Cuadro 13

REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LA PROBABILIDAD DE HABER TENIDO UN HIJO NACIDO VIVO EN EL AÑO ANTERIOR A LA ENCUESTA ENTRE PAREJAS EN DONDE POR LO MENOS UNO DE LOS CÓNYUGES HABÍA ALCANZADO SU TAMAÑO IDEAL DE FAMILIA EN AQUEL ENTONCES

	Bolivia, 1998	Brasil, 1996	Rep. Dom., 1996	Nicaragua, 1998	Perú, 1996
RURAL	0,2359	0,0949	- 0,3408	0,4873	0,4504
FEDAD	0,1852	0,1043	0,3635	0,3754**	- 0,1448
FEDAD*FEDAD	- 0,0041**	- 0,0045	- 0,0090	- 0,0077**	- 0,0012
HVIVOS	0,0538	0,2741**	- 0,0701	0,1952**	0,2101*
HMUERTOS	0,1421	0,2550	0,3180	0,2771*	0,4317*
FEDUC	- 0,0798**	0,0658	- 0,0984	0,0421	- 0,1328*
MEDUC	0,0027	- 0,1090	- 0,0443	- 0,0608	0,1956**
FTRABAJA	- 0,1470	- 0,4099	3,8082	- 0,5099	- 0,3458
INFERTIL	- 5,6841	- 4,9893	- 4,0426	- 4,7695	- 5,8995
TIFCOMUN	- 0,2864	- 0,4921	- 0,6237	0,5550*	- 0,7130*
FORMAL	0,1858	- 0,6256*	0,7682	- 0,3305	0,0001
MUNANTES	0,4882	0,3261	1,0788*	0,0825	1,4455**
FUNANTES	- 0,5305	0,1621	0,6255	0,2799	- 0,8683
MDEF	0,1947	0,0926	0,3928	0,0334	- 0,5640
FDEF	0,2774	0,1580	4,6781	0,0404	- 0,5281
MDEF*FEDUC	- 0,0446	0,0002	0,0420	- 0,0262	0,1120
FDEF*FEDUC	- 0,0327	- 0,0200	0,0301	0,0321	0,2586**
MDEF*MEDUC	0,0374*	0,0025	0,0491	0,0514	- 0,0788
FDEF*MEDUC	- 0,0383	0,0121	- 0,0523	0,0111	- 0,1920
MDEF*MUNANTES	- 0,2923	- 0,1271	- 0,7255**	- 0,1648	0,5261
FDEF*FUNANTES	0,0109	- 0,4682	- 0,0556	0,2514	- 3,9455
MDEF*FTRABAJA	0,0815	- 0,0671	- 0,3478	0,2214	- 5,1253
FDEF*FTRABAJA	- 0,0962	- 0,0193	- 4,1576	- 0,2096	- 0,2399
N	1137	889	435	830	413

Fuente: cálculo de ENDSA III.

RURAL - Residencia en área rural;

FEDAD - Edad de la mujer en años completos;

HVIVOS - Hijos vivos un año antes de la encuesta;

HMUERTOS - Hijos muertos hasta un año antes de la encuesta;

FEDUC - Escolaridad de la mujer;

MEDUC - Escolaridad del hombre;

FTRABAJA - Mujer trabaja en una ocupación distinta de servicio doméstico o trabajo familiar en agricultura;

INFERTIL - Mujer declarada infértil;

TIFCOMUN - Ambos cónyuges declaran el mismo tamaño ideal de familia;

FORMAL - Unión es formal;

MUNANTES - Hombre ha tenido uniones anteriores;

FUNANTES - Mujer ha tenido uniones anteriores;

MDEF - Número de hijos que faltan para alcanzar el tamaño ideal de familia del hombre;

FDEF - Ídem para la mujer;

** Significativo a nivel de 5%;

* Significativo a nivel de 10%.

Una aproximación algo diferente hacia el problema es la siguiente. Dado que todas las parejas en una submuestra han alcanzado el tamaño ideal de familia de por lo menos uno de los cónyuges, cuál es la probabilidad de que tendrán hijos adicionales en algún año en particular y de qué forma esta probabilidad depende de las preferencias de fecundidad de cada cónyuge. El cuadro 13 presenta los resultados de una regresión logística de la probabilidad de haber tenido un hijo

nacido vivo en el año anterior a la encuesta entre las parejas de esta submuestra. Muy pocas variables registran un impacto significativo, aun cuando la mayoría de los signos son los esperados. Las variables MDEF y FDEF, las cuales expresan el efecto del deseo de hijos adicionales por parte de hombres y mujeres, respectivamente, no alcanzan un nivel de significancia de 5% en cualquier uno de los países e incluso tienen signos negativos en el caso de Perú, pero lo curioso es que los coeficientes son consistentemente más positivos en el caso de las mujeres (FDEF). A pesar de la falta de significancia, esto sugiere que las parejas tienen mayor probabilidad de exceder sus metas de fecundidad como resultado del deseo de hijos adicionales por parte de la mujer que debido al deseo por parte del hombre. Este resultado parece contradecir el análisis anteriormente mencionado de Goldani, en el cual el coeficiente masculino predominaba claramente. Sin embargo, los dos modelos tienen estructuras y variables diferentes, de modo que una conclusión definitiva todavía debe aguardar la realización de análisis más detallados.

Bibliografía

- Bhushan, Indu & Kenneth Hill (1995), *The measurement and interpretation of desired fertility*. Baltimore MD, Johns Hopkins Population Center Papers WP 95-1.
- Bongaarts, John (1990), "The measurement of wanted fertility". *Population and Development Review* 16.
- ___ (1997), "Trends in unwanted childbearing in the developing world". *Studies in Family Planning* 28 (4).
- Bongaarts, John & Robert E. Lightbourne (1996), "Wanted fertility in Latin America: trends and differentials in seven countries". In: José M. Guzmán; Susheela Singh; Germán Rodríguez & Edith A. Pantalides (eds.). *The fertility transition in Latin America*. Oxford, Clarendon Press / IUSSP.
- Coeytaux, F. (1993), "Abortion: the ultimate unmet need". In: P. Senanayake & R. L. Kleinman (eds.). *Family planning meeting challenges: promoting choices*. New York, Parthenon Publ.
- Coombs, Clyde H.; Lolagene C. Coombs & Gary H. McClelland (1975), "Preference scales for number and sex of children". *Population Studies* 29.
- Easterly, William (2002), "The myth of unwanted births". En: William Easterly. *The elusive quest for growth*. Cambridge MA, MIT Press.
- Goldani, Ana Maria (1999/2000), "Gender relations and fertility in Northeastern Brazil". *Brazilian Journal of Population Studies*. 1 (2).
- Greenhalgh, Susan (1990), "Toward a political economy of fertility: anthropological contributions". *Population and Development Review* 16 (1).
- Gwatkin, Davidson R.; Rohini Pande & Shea Rutstein (2001), Multi-country study programs on equity, poverty, and health. *Washington DC, World Bank* (disponible en World Bank web site).
- Hakkert, Ralph (2001), *Wanted and unwanted fertility in Latin America*. Trabajo Presentado en el Congreso Mundial de Población, IUSSP, Salvador de Bahía, Brasil.
- Hauser, Philip M. (1967), "Family planning and population programs: a book review article". *Demography* 4.
- Knodel, John & Visid Prachuabmoh (1973), "Desired family size in Thailand: are the responses meaningful?" *Demography* 10 (4).
- Lightbourne, Robert E. (1987), "New approaches for estimating the demand for children". *Population Bulletin of the United Nations* 23-24.
- ___ (1985b), "Desired number of births and prospects for fertility decline in 40 countries". *International Family Planning Perspectives* 11 (2).
- ___ (1985a), "Individual preferences and fertility behaviour". In: John Cleland & John Hobcraft (eds.). *Reproductive change in developing countries: insights from the World Fertility Survey*. Oxford, Oxford University Press.
- Lightbourne, Robert E. & Alphonse L. MacDonald (1982), *Family size preferences*. WFS Comparative Studies 14.
- Mason, Karen O. (1995), *Gender and demographic change: what do we know?* Liège, IUSSP.
- ___ (1993), "The impact of women's position on demographic change during the course of development". In: Nora Federici; Karen O. Mason & Solvi Sogner (orgs.). *Women's position and demographic change*. Oxford, Clarendon Press.
- ___ (1986), "The status of women: conceptual and methodological issues in demographic studies". *Sociological Forum* 1.

- Mason, Karen O. & Anju M. Taj. (1987), "Differences between women's and men's reproductive goals in developing countries". *Population and Development Review* 13 (4).
- Myers, G. D. & J. M. Roberts (1968), "A technique for measuring preference for family size and composition". *Eugenics Quarterly* 15.
- O'Muircheartaigh, C. A. & A. M. Marckwardt (1981), "An assessment of the reliability of WFS data". In: *World Fertility Survey Conference 1980*. Record of Proceedings 3.
- Palmore, James A. & Mercedes B. Concepción (1981), "Desired family size and contraceptive use". En: *World Fertility Survey Conference, 1980: Record of Proceedings* 2.
- Presser, Harriet (1997), "Demography, feminism and the science-policy nexus". *Population and Development Review* 23 (2).
- Pritchett, Lant H. (1994), "Desired fertility and the impact of population policies". *Population and Development Review* 20 (1).
- Pullum, Thomas W. (1981), "Adjusting stated fertility preferences for the effect of actual family size, with applications to World Fertility Data". En: Gerry E. Hendershot & Paul J. Placek (eds.). *Predicting fertility: demographic studies of birth expectations*. Lexington MA, Lexington Books.
- Ridgeway, Cecilia L. (1997), "Interaction and the conservation of gender inequality". *American Sociological Review* 62 (2).
- Rodríguez, Germán & T. James Trussell (1981), "A note on synthetic cohort estimates of desired fertility size". *Population Studies* 35 (2).
- Westoff, Charles F. (1981), "Unwanted fertility in six developing countries". *International Family Planning Perspectives* 7.
- Westoff, Charles F. & Lorenzo Moreno (1996), "Reproductive intentions and fertility in Latin America". In: José M. Guzmán; Susheela Singh; Germán Rodríguez & Edith A. Pantalides (eds.). *The fertility transition in Latin America*. Oxford, Clarendon Press / IUSSP.

La invisibilidad de los hombres en la sexualidad y la reproducción y sus consecuencias en la responsabilidad. Notas para el debate ¹¹⁸

José Olavarría ¹¹⁹

I. Introducción

En los últimos años se ha comenzado a señalar que tanto la “masculinidad” como la paternidad están en crisis. Se plantean apreciaciones, cuestionamientos y críticas sobre distintos aspectos de sus vidas: el ejercicio que hacen de su paternidad y la lejanía que tienen con hijos y parejas, la escasa participación en la salud sexual y reproductiva de sus mujeres, o el grado de violencia que manifiestan tanto en el hogar como en las calles, por mencionar algunas. Entre los propios varones se escuchan voces que reclaman más tiempo para estar en sus hogares con los suyos, que desean participar activamente en la crianza y acompañamiento de sus hijos, que las condiciones de trabajo son cada vez más exigentes en tiempo, horarios y las remuneraciones son insuficientes para darle a su familia una calidad de vida que consideran elementalmente aceptable.

El presente trabajo reflexiona en torno a tres afirmaciones: la primera, que la invisibilidad de la sexualidad y la reproducción de los

¹¹⁸ Agradezco las observaciones críticas de Teresa Valdés.

¹¹⁹ Sociólogo, profesor investigador FLACSO-Chile.

hombres, presentes en los modelos de masculinidad y paternidad dominantes, responden a relaciones de género que otorgan recursos de poder a los varones y transfieren a las mujeres la responsabilidad de la reproducción. La segunda señala que la responsabilidad de los varones está directamente asociada a la visibilidad de su fecundidad y reproducción. Tercera, que la investigación y producción de conocimientos en este campo pueden dar visibilidad y así contribuir al desarrollo de políticas públicas que respondan a los problemas sociales originados en la invisibilidad de la reproducción de los hombres, así como a relaciones de género más equitativas.

II. La paternidad dominante y la interpretación de los cuerpos de hombres y mujeres

Entre los ámbitos que han sido sometidos a crítica y sobre los que se plantean cuestionamientos crecientes están la forma en que se ejerce la paternidad en la familia nuclear patriarcal y la representación e interpretación de los cuerpos de hombres y mujeres.

1. La paternidad en la familia nuclear patriarcal

Existe un amplio acuerdo en que las masculinidades y paternidades no se pueden definir fuera del contexto socioeconómico, cultural e histórico en que están insertos los varones y las mujeres y que éstas son construcciones culturales que se reproducen socialmente.

Estudios recientes realizados en diversos países de la región con varones urbanos permiten configurar una versión del deber ser de los hombres, modelo presente en sus identidades masculinas que ha entrado en crisis. Se ha observado asimismo la existencia de grandes similitudes en la caracterización de los hombres como padres, especialmente en el significado que adquieren la paternidad y los hijos para los varones, asociando estas vivencias a un tipo particular de paternidad que es el referente con el cual son comparados los hombres para calificar su calidad de tales y que se cuestiona crecientemente (Fuller, 1997, 2000, 2001; Gutmann, 1996; Olavarría, Benavente y Mellado, 1998; Olavarría, 2000, 2001a, 2001b; Valdés y Olavarría, 1998a, 1998b; Viveros, 2002).

Estas formas de ser hombre y padre se instituyeron en normas y devinieron en “hegemónicas”, incorporándose en la subjetividad e identidad tanto de hombres como de mujeres y se reproducen socialmente al interior de las familias, de padres a hijos, en la formación religiosa, en la educación formal, a través de políticas públicas y por los medios masivos de comunicación. Estos modelos de masculinidad y paternidad regulan las relaciones genéricas entre hombres y mujeres y de éstos con los hijos. Este patrón del deber ser de los hombres y de los hombres/padres vendría a ser en gran medida la expresión actualizada del patriarca y el patriarcado.¹²⁰

Según este modelo de la paternidad los hombres en su etapa adulta se caracterizan principalmente porque son autónomos, constituyen una familia, tienen hijos, trabajan remuneradamente, son la autoridad y los proveedores del hogar. Aunque algunos no logren tener la totalidad de esos atributos, estiman que son los que les orientan; otros tratan de diferenciarse del modelo, pero con costos cada vez mayores para ellos y sus familias.

A partir de este referente o modelo se establecieron mandatos que, en cierta medida, condicionan la vida y el sentido de las prácticas de los varones, entre ellos los que les señalan que se deben al trabajo, porque trabajar significa ser responsable, digno y capaz, atributos que caracterizarían a la hombría en su fase adulta plena. El trabajo les da a los varones autonomía y les permite constituir un hogar, ser proveedores, cumplir con su deber hacia la familia, protegerla, ser

¹²⁰ Entendemos por patriarcado al sistema de dominación que permite a los hombres controlar las capacidades de las mujeres (reproductiva, erótica y fuerza de trabajo, entre otras) y patriarca al que ejerce ese dominio.

jefes de hogar y autoridad en su familia. Este mandato es percibido como una fuerte presión en la medida que se hacen adultos; y como una gran carga, especialmente entre los que tienen trabajos más precarios y menos recursos. Es por ello que, en general, la pérdida del trabajo y la cesantía sean vividas como una profunda pérdida de valor y de autoestima, afectando lo que esperan de sí, lo que los/as otros/as esperan de ellos e impregnando el conjunto de sus vivencias.

Un segundo mandato, tan importante como el anterior, es el que plantea a la condición adulta del varón la exigencia de un modelo pautado de paternidad, es decir no se trata del mero hecho de engendrar hijos. Los hombres adultos son/deben ser padres, la vida en pareja la convivencia/matrimonio tiene como basamento la procreación, el tener hijos. Ser padre es participar de “la naturaleza”: así está preestablecido y no se cuestiona, salvo que se quiera ofender el “orden natural”.¹²¹ La paternidad es uno de los pasos fundamentales del tránsito de la juventud a la adultez, uno de los desafíos que debe superar. Es, asimismo, la culminación del largo rito de iniciación para ser un “hombre”. Si tiene un hijo se reconocerá y será reconocido como varón pleno, se sentirá “más hombre”.

El trabajo y la paternidad, según este modelo, han sido los pasos fundamentales en el camino del varón adulto, ambos le dan un nuevo sentido a los mandatos de la masculinidad dominante. Siendo padre, el varón es importante, ya no en términos generales, sino en relación a personas específicas, su mujer e hijo/s: es el jefe del hogar y tiene la autoridad en el grupo familiar, con respaldo legal.¹²² En este momento se reafirma que debe ser “responsable”, pues debe asumir a su familia, hacerse cargo de ella y protegerla. Debe ser ‘racional’, tiene que orientar sus comportamientos con una lógica propia de la racionalidad económica; no se puede dejar llevar por la emocionalidad, “sacar adelante” su familia requiere de ello y así lo esperaría su familia. No puede ser débil, temeroso ni demostrarlo antes su mujer e hijos/as. Debe trabajar para proveer a su núcleo y salir a la calle, porque en ese espacio se encuentra el trabajo del hombre, más allá de los límites de la casa. Es la autoridad del hogar, así se lo ha señalado por décadas el Código Civil y lo han esperado así (aunque cada vez menos) sus propias parejas/esposas. Por el contrario, se espera/ba que la esposa/pareja obedeciera al varón.¹²³

La permanencia en el tiempo de esta manera de ser hombre/padre la transformó en lo “natural” —“los hombres/padres son así”— invisibilizando la construcción cultural histórica de este tipo de paternidad y sus mandatos. Hasta hace unas tres décadas atrás, pese a las tensiones que se presentasen al interior de las familias, no se escuchaban opiniones públicas que los cuestionasen, ni demandas porque hombres y padres cambiasen el sentido de su masculinidad y paternidad y modificaran sus comportamientos. Tampoco los propios varones se las cuestionaban, sino que por el contrario eran reivindicadas por muchos como adecuadas, correctas y propias de la naturaleza humana.

En las últimas décadas ha entrado en crisis la posición que se asignó a los varones en su núcleo familiar, y de ellos mismos se escuchan voces que expresan crecientemente incomodidad, molestias, fuertes tensiones por las exigencias que impone. Si bien hay varones que han tratado y tratan de diferenciarse de este referente, ello no sucede fácilmente dado que, así como representa una carga, también les ha permitido y permite hacer uso del poder que confiere y gozar de mejores posiciones en relación a las mujeres y a los hijos. Se cuestiona asimismo la “naturalización” que se ha hecho del tipo de familia que acoge esta paternidad, la familia nuclear patriarcal (Olavarría, 2001a), y su carácter de institución estructurada en torno a cierto tipo de relaciones que establece roles para cada uno de sus miembros —el padre, la madre, los hijos varones y las hijas mujeres—. Se critica crecientemente la complementariedad de la mujer hacia el hombre y no de éste hacia ella, se pone en duda la complementariedad como tal y se comienza a hablar sobre acuerdos en la distribución de los trabajos productivos, remunerados, las actividades del hogar y la crianza de los

¹²¹ Los sacerdotes, hombres célibes, son considerados también ‘padres’, ‘padres’ de su grey.

¹²² El ordenamiento jurídico chileno es originalmente patriarcal, con la figura de autoridad marital y paterna claramente establecida.

¹²³ Recién en el año 1989 en Chile se modificó el Código Civil eliminando la obligación legal de obediencia de la mujer al cónyuge.

hijos. Por otra parte, la investigación también ha revelado cómo el corte tajante en la realidad social asociado con la diferenciación sexual —los hombres a cargo de las tareas públicas, las mujeres de lo privado y doméstico— como si fuera una constante universal de la organización social, no corresponde a la realidad histórica y que la falta de poder de las mujeres y el poder de los hombres es fundamentalmente de naturaleza cultural e ideológica (Jelin, 1994; De Barbieri, 1996). Cada vez queda más evidente la inequidad de este modelo de familia, tanto vista desde las identidades que construye y reproduce como de las relaciones de género a las que induce y regula.

2. La interpretación de los cuerpos, la sexualidad y la reproducción

Se ha comenzado a hacer visible la interpretación y representación que el modelo de masculinidad dominante ha hecho de los cuerpos, que ha llevado a los varones a “apropiarse de su superioridad” corporal, en relación a las mujeres. Hay un cuestionamiento creciente a la interpretación de las “pulsiones” de hombres y mujeres, asociándolos a su masculinidad o feminidad y que ha permitido la distribución inequitativa de recursos de poder. Desde las mujeres y también desde sectores de hombres se critica que los cuerpos de los varones son/deben ser los activos, fuertes, los del mando, racionales, que controlarían sus emociones y sus actos. Cada vez se rechaza, asimismo, con mayor fuerza que los cuerpos de las mujeres son/deben ser pasivos, delicados, débiles, aptos para trabajos livianos, cuerpos emocionales, para ser penetrados por los varones, para la reproducción y para la maternidad, cuerpos del hogar que hay que proteger, complementarios a los de los varones. Se pone en duda, en muchos casos, que los cuerpos de los varones sean para proteger a las mujeres y a los niños de terceros cuando se constata que una gran proporción de los casos de violencia doméstica son ocasionados por quienes debían proteger. Tanto es así, que se ha restringido el recurso a la fuerza física que tenían desde siempre los hombres en relación a mujeres e hijos/as con las leyes de violencia doméstica, a partir de la Convención de Belem do Para, para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.

Se han criticado los efectos que tiene en la construcción de las identidades de hombres y mujeres y en las relaciones de género, en la subjetividad individual, en la intimidad, en las relaciones que establecen los hombres con sus parejas, sus núcleos familiares y con otros/as. Cada vez es más visible que estas interpretaciones establecen jerarquías entre los cuerpos a partir de la diferencia, que se expresan en las instituciones religiosas, productivas, educacionales, militares/policiales, por señalar algunas, y en las políticas públicas, al imponerlas como un dato de la naturaleza discriminando la diferencia, reproduciéndola e incentivándola. Por ejemplo, resulta cada vez más inaceptable, para muchas y muchos, desconocer que una proporción importante de las madres adolescentes tienen hijos de varones también adolescentes y que mientras a las primeras se les segrega en la escolaridad, se les induce a ocultar su maternidad/embarazo, a los segundos se les invisibiliza, “no existen”, y por tanto no tienen obligaciones que asumir y si quieren hacerlo, en muchos casos se les considera por padres y adultos como inmaduros para hacerse cargo de tal responsabilidad (Lyra, 1997).

Ha quedado en evidencia el sexismo —los hombres son superiores a las mujeres— y heterosexismo —los heterosexuales son los normales, superiores a los homosexuales, que son inferiores— del modelo de masculinidad dominante y con ello se ha puesto en duda los recursos de poder que están inmersos en esa interpretación de los cuerpos. (Rubin, 1987; Lagarde, 1992; Ramírez, 1993; Badinter, 1993; Gilmore, 1994; Lamas, 1995; Connell, 1995; Fuller, 1997; Kimmel, 1997; Valdés y Olavarría, 1998a, 1998b; Olavarría *et al.*, 1998). Su interpretación de los cuerpos ha justificado y justifica la homofobia y estigmatiza al/a homosexual.

Se ha cuestionado la interpretación que hace la masculinidad dominante del deseo sexual de los hombres, atribuyéndolo a un “instinto” animal que puede ser más fuerte que la voluntad del

varón; “instinto” que no estaría presente en el cuerpo de las mujeres. Cada vez es más evidente que esta construcción libra a los varones de sus responsabilidades y subjetivamente no les obliga a asumir las consecuencias de su sexualidad, les permite justificar el uso de fuerza (violencia) para someter contra su voluntad a mujeres y a veces varones indefensas/os y someter bajo amenazas a niños/as. Se asocia cada vez más la violencia ejercida a la indefensión de la persona que es violentada sexualmente. Se ha comenzado a demandar la visibilidad de esta interpretación, que es rechazada por las mujeres y por algunos varones, al suponer a los hombres como sujetos potencialmente peligrosos para las mujeres y especialmente para las/os menores. Se ha hecho visible que esta construcción de los cuerpos de hombres y mujeres, que expresa un orden de género profundamente arraigado, es un recurso de poder de los varones, donde la violencia es parte constitutiva y explica su deseo como instinto incontrolable. Se ha comenzado así, a desarticular el entramado construido a partir de esta construcción de los cuerpos (Olavarría, 2002b).

Es criticada, asimismo, la interpretación de los cuerpos de hombres y mujeres, muy internalizada entre los varones, que les ha permitido distinguir entre sexo y amor: se hace el amor con la mujer amada y se tiene sexo con las otras. El amor se reservaría a la mujer amada, aquella con la que se puede contraer matrimonio, tener hijos y proveer. Esta forma de interpretar la sexualidad, que adquiere tanta fuerza en la adolescencia y primeros años de la juventud, comienza a ser cuestionada por los propios varones cuando establecen relación de pareja e inician una convivencia, porque sexo y amor serían componentes esenciales para la estabilidad de la pareja. Cuando se debilita uno de estos dos componentes, la pareja entraría en conflicto; cuando se debilitan ambos, haría crisis la convivencia (Olavarría, 2001b).

Se cuestiona, asimismo, el sentido de posesión que la masculinidad dominante concede a los varones sobre la mujer amada, que justifica el ejercicio de poder sobre ellas y sus cuerpos, celarlas cuando éstas se muestran empáticas con otro varón, y a interpretar como la máxima muestra de desamor y traición de su mujer/amada el que ella pueda tener sexo con otro varón. Eso, en cambio no debería suceder cuando es el varón el que tiene intimidad sexual con otra mujer.

Cada vez se hacen más visibles y cuestionables las consecuencias que tiene esta construcción de los cuerpos de hombres y mujeres en los comportamientos y en la salud reproductiva. Según ella, las mujeres tienen la mayor responsabilidad en la reproducción, porque en sus cuerpos se produce la concepción y el embarazo. Los varones en cambio, tendrían una participación ocasional, —en la concepción— de la que no siempre serían conscientes, y se espera de ellos que cumplan su rol en la salud reproductiva de sus mujeres, como proveedores y protectores de la madre e hijo/a. Así, las mujeres serían/son las que pueden regular la fecundidad, controlando la frecuencia de las relaciones sexuales con el varón, dado que ellas conocen sus períodos fértiles, y/o usando anticonceptivos que impidan un embarazo. En cambio para los varones, con cuerpos que pueden tornarse incontrolables, su preocupación es hacia sus mujeres y no frente a ellos mismos; su cuerpo no ha sido el de la reproducción, lo que no quiere decir que los hombres no se reproduzcan y no le den significación a ello.

Esta interpretación de la reproducción y cómo se la enfrenta ha sido y es, en gran medida, estimulada por los/as profesionales de la salud, al no sugerir caminos que involucren directamente al varón, y por la ausencia de datos y discursos generados desde instancias de autoridad e instituciones que están involucradas en políticas relativas a la familia y población. Lleva, asimismo, a que los hombres se sientan espectadores de la procreación y del embarazo de sus propios hijos y que las mujeres deban asumir una responsabilidad que debería ser compartida con su pareja.

Esta interpretación sitúa la reproducción como un espacio específico y casi exclusivo de las mujeres; pero al excluir a los hombres del discurso y de la institucionalidad que se ha creado en torno a la reproducción les otorgan a éstos recursos de poder que tienen consecuencias no sólo en las relaciones de pareja, sino en problemas sociales y públicos a los que dan origen.

Cada vez es más visible lo anterior en, a lo menos, tres ámbitos de la reproducción: la concepción y contracepción, el embarazo y el aborto. Es evidente que estas tres vivencias tienen un componente biológico indiscutible, se producen en el cuerpo de las mujeres, pero no por ello corresponden exclusivamente o únicamente a éstas. Por el contrario, adquieren sentido y se interpretan en el contexto sociocultural en el que se producen y por tanto son procesos que van más allá del cuerpo y la voluntad de la propia mujer; pueden interpretarse de maneras múltiples y variadas tanto por éstas como por los varones que participan en cada uno de esos procesos. La concepción, la contracepción, el embarazo y el aborto son vivencias que han estado y están reguladas socialmente. Tener o no tener un hijo, acoger el embarazo o abortar son decisiones que están fuertemente normadas, desde las concepciones religiosas, morales y jurídicas. No sólo participa la mujer, sino también el hombre que es su pareja (permanente u ocasional), sus padres, parientes, vecinos, el/la farmacéutico/a, el personal de salud, la autoridad religiosa; son procesos de negociación y conflicto, aunque no necesariamente se les verbalice. En su entorno se han construido discursos que visibilizan principalmente a la mujer como protagonista y responsable y se ha establecido una institucionalidad que lo reafirma y reproduce. Las mujeres son las fecundas y las que reproducen, los hombres les acompañan y protegen, en el mejor de los casos. Esta concepción de la reproducción y de la fecundidad de las mujeres ha estado íntimamente asociada a la familia nuclear patriarcal, a la complementariedad de la pareja y a los roles sexuales que se espera de hombres y mujeres. En el caso de América Latina se ha reforzado el papel fecundo de las mujeres como creadoras de vida y madres con el ideal mariano, fuertemente arraigado en nuestros países (Stevens, 1977; Montecino, 1992).

La invisibilidad de los hombres en la reproducción les da a éstos recursos de poder. Pero también se los da el hecho de ser padres. El que un hombre embarace a una mujer y tenga un hijo reconocido de ella lo pone en una situación de superioridad en relación a ella, pasa a ser “automáticamente” el jefe del hogar; La mujer está “obligada” a cuidar(le) el embarazo, a prepararse para el parto y a criar a ese hijo de él (también de ella) sobre quien tiene la patria potestad y se hace efectiva la división entre lo público y lo privado y adquiere fuerza la división sexual del trabajo. La mujer deberá posponer proyectos personales por la crianza y dependerá, en mayor o menor medida, de la capacidad de proveer que tenga el padre. Por el contrario si un hombre no asume su paternidad, ni reconoce al hijo, es la madre o —en el futuro— el hijo quien debe tomar la iniciativa para obligar al varón a reconocerle. En Chile, sólo en los años recientes con la Ley de Filiación, si el juez lo ordena, es posible someter a un hombre a una prueba de ADN para comprobar la paternidad y si es así obligarle a que asuma las obligaciones que conlleva. Si un padre abandona a su mujer con su/s hijo/s la mujer está “obligada” a criar y proveer para ellos. Si ambos se separan, generalmente es la mujer la que sigue con la crianza de los hijos, y no siempre los padres le apoyan económicamente. Los juicios por pensiones alimenticias son miles.

Pero los hombres han tenido que confrontarse crecientemente con su propia capacidad reproductiva y fecunda. Por ejemplo, cuando tienen que acudir a programas de fecundidad asistida por insuficiencias y debilidad de sus espermatozoides para fecundar óvulos de sus mujeres; o al reclamar derechos sobre crianza de los hijos, al separarse de sus parejas, y tener que entrar a demostrar que ellos pueden ser tan buenos padres como (se supone) lo son las madres; convencer al juez que son buenos padres/madres. Argumento que en general no es aceptado en los juicios por tuición y que genera conflictos cuando algunos padres piden compartir el tiempo de aquellos hijos que viven con la madre, y ésta impide el contacto.

3. El origen de los cuestionamientos: crisis y cambio

No es posible explicarse los cuestionamientos antes mencionados sólo por las experiencias de la vida cotidiana y las relaciones directas con otros y otras. Las vivencias subjetivas y las relaciones interpersonales cara a cara están insertas en mundos sociales que las incluyen y las condicionan. Es necesario profundizar en ellos para entender la profundidad y alcance de tales cuestionamientos y los posibles procesos que pueden estar generándose en torno al poder y la vulnerabilidad de hombres y mujeres.

La pregunta que se plantea en el debate que se ha generado en relación a la crisis de la masculinidad y la paternidad es si ésta afecta fundamentalmente a los hombres o es parte de un proceso mayor. La hipótesis que ha sido aceptada crecientemente es que ha entrado en crisis no sólo la masculinidad sino que las formas en que se estructuró la vida entre hombres y mujeres durante gran parte del siglo XX. Se afirma que es una crisis de las relaciones de género, que en el caso de los varones se estaría manifestando como crisis de la masculinidad (Connell, 1995).

Es a partir de los setenta cuando se comenzó a hacer visible la crisis del sistema de sexo/género¹²⁴ predominante en la región debido a un conjunto de procesos que se potenciaron entre sí y a actores que tenían y tienen intereses que se contradicen y pugnan por imponerse.

Entre los procesos se destacan los generados por: las políticas de ajuste económico, la reformulación del papel del Estado, la creciente globalización de la economía y de los intercambios culturales, la ampliación de los derechos humanos a derechos específicos de las mujeres y niños y el reconocimiento de la diversidad social, los cambios demográficos y la presencia de la pandemia del VIH/SIDA.

Por su parte, los actores sociales que se enfrentan¹²⁵ establecen alianzas entre algunos de ellos, según sea el área de conflicto, y tratan de imponer sus criterios en los procesos mencionados a través de sus partidos políticos, organizaciones empresariales, religiosas, gremiales, ONG's, medios masivos de comunicación, páginas web, que controlan de manera desigual.

Estos procesos sociales y las actorías que tratan de condicionarlos a sus intereses han tenido un fuerte impacto, no siempre buscado, en la forma en que se relacionan hombres y mujeres; en las relaciones e identidades de género. Sus consecuencias se observan, especialmente, en la vida familiar y el trabajo, en la política sobre los cuerpos y las tendencias demográficas, en la intimidad y las vivencias subjetivas de las personas, y en la institucionalidad.

A. Vida familiar y trabajo

El sistema de sexo/género que ha entrado en crisis es el que se estructuró a partir de la revolución industrial, con la separación de lugar del trabajo y de la vida familiar (Jelin, 1994). Sistema que se comenzó a consolidar en el sector urbano de la región desde fines del siglo XIX y especialmente en las siete primeras décadas del siglo pasado. El orden social, que entonces se pregonó, instauró un tipo de familia distinta a la prevaleciente en la sociedad agraria y tradicional: la familiar nuclear patriarcal¹²⁶ donde el varón, como autoridad paterna y guía, proveía y dominaba sin contrapeso la vida cotidiana, distinguía entre lo público y lo privado: el trabajo, la política y la calle para los hombres, y la crianza, acompañamiento de los hijos y cuidado del hogar para las

¹²⁴ Se entiende por sistema de sexo/género a aquel conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatómico/fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y, en general, a las relaciones que las personas establecen entre sí; son la trama social que condiciona las relaciones de los seres humanos en tanto personas sexuadas (Rubin, 1996; De Barbieri, 1992).

¹²⁵ Es el caso por ejemplo de los grupos económicos transnacionales y sus asociados locales; sectores conservadores; la jerarquía de la Iglesia Católica y algunas agrupaciones laico religiosas en su interior; las iglesias protestantes; las organizaciones de trabajadores, de pobladores, de campesinos, las agrupaciones étnicas; el movimiento de mujeres; el naciente movimiento homosexual, por señalar algunos.

¹²⁶ Aquella familia nuclear donde los miembros están subordinados a un padre patriarca.

mujeres; establecía la división sexual del trabajo: los hombres en la producción y las mujeres en la reproducción (Lagarde, 1990; León, 1995; De Barbieri, 1996). Eran parte, asimismo, de este orden familiar el amor romántico, la libertad para elegir al/a la cónyuge y el matrimonio para toda la vida (Guiddens, 1995).

Ello fue acompañado de una legislación, especialmente tomada del derecho civil napoleónico que le daba la autoridad al varón dentro de la familia y exigía obediencia de la mujer, y de una organización del trabajo que permitía a los hombres ser proveedores principales o únicos del hogar mientras las mujeres criaban y cuidaban de sus hijos y hogar, esto último fue en muchos casos más un discurso ideológico que un logro efectivo.

La organización del trabajo, que permitió este tipo de relaciones entre hombres y mujeres, se basó en el trabajo asalariado y en el contrato de trabajo —en principio indefinido— para esos asalariados mayoritariamente hombres y se sustentó en políticas de redistribución del ingreso para mejorar la calidad de vida de las familias de clase media y obreras y, en la medida que los recursos del Estado lo permitían, en políticas habitacionales (la vivienda social), servicios educacionales y de salud (ambos públicos y gratuitos, y obligatorio los de educación hasta cierto grado) y diversos subsidios. Se estableció así un pacto que conciliaba trabajo y familia, producción y reproducción; el orden social descansaba en ello (Olavarría, 2002a).

La conciliación entre vida familiar y trabajo se vio fuertemente afectada desde los ochenta con las políticas de ajuste y la reformulación del papel del Estado. La pérdida significativa de puestos de trabajos estables, mayoritariamente ocupados por hombres, y la incorporación masiva de mujeres a trabajos precarios marcó uno de los puntos de inflexión. Un porcentaje importante de mujeres era parte del mercado de trabajo desde antes, pero a partir de los ochenta se produce su ingreso masivo para buscar ingresos que complementen los de su pareja y mejorar la calidad de vida de sus hogares o directamente para proveerlos ante la ausencia del varón.

Desde los 50 se constata un proceso de empoderamiento de las mujeres: desde el derecho al sufragio a la creciente autonomía por ingresos propios, más años de escolaridad y mayor calificación de los puestos de trabajo que ocupan, algunos hasta hace poco ejercidos exclusivamente por varones. No sólo trabajadoras pobres con escasa capacitación, sino también mujeres calificadas, profesionales expertas, ejecutivas del sector público, empresarias. Ello afectó una de las bases del orden de género al erosionar la rígida separación entre lo público y la privado y, en alguna medida, la división sexual del trabajo. La capacidad de proveer del varón se vio y se ve, en muchos casos, disminuida e insuficiente para mantener su núcleo familiar al precarizarse sus trabajos, tanto en los montos de remuneración como en la estabilidad en su puestos. La autoridad del hombre como jefe de hogar ha sido afectada al ser más precaria su calidad de proveedor (Olavarría, 2001b, 2002a).

El pacto de conciliación entre trabajo y familia, que había sido la base del orden a lo largo de gran parte del siglo XX, quedó en los hechos desahuciado por quienes tuvieron el poder y la capacidad de redefinir el papel del Estado en las últimas tres décadas. El Estado, garante de la conciliación entre la vida familiar y la organización del trabajo, se transformó en subsidiario de la actividad privada, la que rediseñó la organización del trabajo en función de sus intereses y de las demandas de una economía que se globaliza. Las políticas redistributivas, de estabilidad en los puestos de trabajos dejaron de ser tales, los servicios públicos de salud y educación se privatizaron en parte y bajó su calidad de atención. Los menguados recursos del Estado se focalizaron y orientan a los grupos de extrema pobreza. Los problemas que enfrentan las familias también se privatizaron, son de su propia incumbencia. La familia nuclear patriarcal entra en crisis.

Las modificaciones de la economía, a nivel global y nacional, han hecho desaparecer las condiciones que hacían posible la vigencia de la familia nuclear patriarcal, como tipo ideal

adaptado a la economía, especialmente por la flexibilización de los mercados de trabajo y el fin del ordenamiento basado en el salario familiar (Rose, 1992; Roseblatt, 2000; Olavarría, 2000), al punto que algunos autores hablan del fin del patriarcado (Castells, 1999). Por otra parte, los procesos modernizadores en el ámbito de la cultura, que se expanden a través de los medios de comunicación crecientemente globalizados, han alterado de manera radical la naturaleza de la vida social cotidiana y los aspectos más personales de la existencia de las personas, incluida la intimidad (Giddens, 1991 y 1995; Beck, 1998), con un énfasis creciente en la individualización y en la subjetividad. La multiplicación de formas de familia que resulta de estos procesos también pone en cuestión las políticas que se han basado en ella, requiriendo otros niveles de análisis y problematización de las relaciones entre mujeres y hombres.

B. Las tendencias demográficas y los cuerpos

La situación demográfica entre 1950 y 1955 mostraba para la región una tasa global de fecundidad de 5,9 hijos por mujer, la esperanza de vida estaba en torno a los 50 años (53,5 las mujeres y 50,2 los hombres en el mismo período) (Valdés y Gomáriz, 1995) y permitía un ciclo de vida que se completaba generalmente cuando los hijos del matrimonio único e indisoluble alcanzaban cierto grado de autonomía, luego los progenitores morían. La sexualidad de las parejas estaba marcada por la reproducción, no había anticonceptivos de uso masivo y era en gran medida controlada por los varones, toda vez que de ellos dependía la gestación de los hijos al controlar a sus mujeres que les debían obediencia.

Las relaciones de género estaban asimismo basadas en la interpretación y construcción que se hizo del cuerpo de hombres y mujeres desde el enciclopedismo y la revolución francesa y que tuvo gran influencia en la región. Cuerpos de mujeres definidos como pasivos, contrapuestos a los de varones, activos y muchas veces incontrolables. Las justificaciones de ese orden de los cuerpos y de las relaciones de género las dio en cierta forma la ciencia, especialmente la medicina, que justificó lo que antes hacía la teología y la moral. La mayoría de los médicos creyó que los métodos seguros e imparciales de la ciencia probaban que las mujeres no eran capaces de hacer lo que hacían los hombres y viceversa. Las mujeres, se concluyó eran en definitiva criaturas menos castigadas por la pasión, tendencia egoísta y destructiva, y mejor dotadas de sentimientos de solidaridad y de esa clase de serenidad corporal que se requería para ser el centro que irradiase la nueva moralidad (Laqueur, 1994).

Lo anterior supuso una distinción marcada entre “los sexos”, una dicotomía de intereses, incluso antagónicas (“la batalla de los sexos”) que sólo podía resolverse de manera precaria. Los hombres son hombres y las mujeres son mujeres; el “sexo” es una fuerza natural irresistible, un “imperativo biológico” misteriosamente ubicado en los genitales (sobre todo en los órganos masculinos), que arrasa con todo lo que tiene enfrente (Weeks, 1998). Les señalaba a los varones que la heterosexualidad era lo normal, sano e imponía un límite relativamente preciso que no era posible traspasar, dentro del cual les eran permitidos comportamientos que afirmaban su poder y arbitrariedad en relación a las mujeres (Olavarría, 2002b). Más allá estaba lo abyecto (Fuller, 1997; Butler, 2002). Su consecuencia fue un modelo piramidal del sexo, una jerarquía sexual que se extendió/extiende hacia abajo desde la corrección aparentemente otorgada por la naturaleza al coito genital heterosexual hasta las extrañas manifestaciones de lo “perverso”, que se espera esté bien enterrado en la base, pero que desafortunadamente siempre brota en lugares dudosos (Weeks, 1998; Foucault, 1999).

Desde los sesenta entró en crisis la política que sobre los cuerpos había sido dominante. Comenzó la masificación de los anticonceptivos femeninos, inicialmente promovidos como una forma de disminuir la mortalidad materna y neonatal y distanciar el nacimiento de los hijos, especialmente entre las familias más pobres (Jiles 1994). Estas disminuyeron, pero a la vez permitió que las mujeres crecientemente controlaran su fecundidad, demandaran derechos sobre su

sexualidad y reproducción y muchas pudieran redefinir su propia sexualidad y comportamientos reproductivos. No sólo era tener hijos y planificarlos, también se podía gozar de la intimidad sexual sin que tuviera efectos reproductivos. A partir de ese momento las decisiones reproductivas pasaron, en gran medida, a ser mediadas por las mujeres como no lo habían sido antes en la historia de la humanidad. La fecundidad y su control se constituyeron en espacios estratégicos en la disputa por su autonomía y poder de decisión, y los derechos reproductivos se comenzaron a exigir como parte de la constelación de derechos políticos y sociales de las mujeres (Valdés y Gysling, 1996). Esto reafirmó que la reproducción correspondía a un espacio femenino, ya no originada por la voluntad divina o las demandas de un varón al que le debían obediencia, sino como apropiación de su propio cuerpo, el que les pertenecía a ellas en la concepción o contracepción y en el embarazo.

El feminismo y los movimientos de mujeres lograron imponer esta demanda en la agenda internacional. Así se lleva a cabo la Primera Conferencia sobre la Mujer (México, 1975) donde los gobiernos reconocen las desigualdades que exhiben las sociedades en este ámbito, a pesar de haber aprobado en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos que reconoce la igualdad de todas las personas sin distinción. Luego, en 1979, la “Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” (CEDAW) consagró el compromiso de los gobiernos en la búsqueda de la igualdad entre los sexos, estableciendo un número importante de medidas pertinentes para alcanzarla, atendiendo a las barreras socio-culturales, políticas y económicas vigentes. Ya en la CEDAW queda planteada la cuestión de la responsabilidad compartida de hombres y mujeres en la familia y en la fecundidad, desde el punto de vista de los derechos que ellas y ellos tienen, y de las discriminaciones de que son objeto las mujeres al no tener el reconocimiento de su calidad de sujetos de derechos. En las Conferencias de El Cairo (1994) y Beijing (1995) los estados se refirieron a aquellas desigualdades entre hombres y mujeres que, surgidas en el ámbito de la vida privada, se han transformado crecientemente en materia de políticas públicas por sus consecuencias sociales. Entre éstas, aquellas relacionadas con la sexualidad y la salud reproductiva, la violencia —en particular la violencia doméstica y sexual— y el VIH/SIDA, las que han formado parte de la agenda de los movimientos de mujeres por décadas. El Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo (1994) redefinió lo que entenderá por salud sexual y reproductiva y por derechos reproductivos, en consonancia con la CEDAW y la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, y por primera vez habla de los hombres. La Plataforma de Acción de Beijing (1995) retomó y amplió la concepción de derechos de mujeres y hombres en el espacio de la familia, cualquiera sea la forma y constitución que estas tengan. Se les reconoce a ambos derechos, como progenitores y en la crianza de los hijos, así como se destaca la importancia social de la maternidad. Se señala que la maternidad no debe ser motivo de discriminación, tampoco la condición de progenitor, ni la función de la mujer en la procreación. Se utiliza expresamente la noción de género para explicar el origen de las desigualdades entre hombres y mujeres en la sociedad (Olavarría, Valdés *et al.*, 2002).

En este período se presentan importantes cambios en el perfil demográfico de la población de la región; disminuye significativamente la tasa de fecundidad (a 2,7 hijos por mujer entre 1995 y el 2000), aumenta considerablemente la esperanza de vida (73,3 años para las mujeres y 66,8 para los hombres en el mismo período) (CEPAL, 2002).

Todo ello ha cambiado profundamente la relación con los cuerpos. Se distingue entre sexualidad y reproducción, como experiencias diferentes. Las mujeres tienen entre dos o tres hijos en la vida, pero no se sabe cuántos tienen los hombres; la intimidad sexual se puede extender por muchos años. Adquieren cada vez más importancia las expresiones y experiencias de comunicación con el cuerpo, el placer. El cuerpo pasa a ser un campo de dominio personal y una expresión de la propia identidad: se puede cuidar, modelar, ornamentar según el propio juicio.

La epidemia del VIH/SIDA contribuye a hacer visible la homosexualidad y la población homosexual pasan a ser reconocida. Se constata su presencia en distintos ámbitos: sus vidas, relaciones sociales, vida de pareja, centros de diversión y encuentro, se crean organizaciones que les representan y comienzan a asumir actoría social y a formular una agenda propia (Parker, 2003; Cáceres, Pecheny y Terto, 2002).

Se hace visible que el cuerpo, que da origen a la construcción genérica, es objeto de construcción social y que está constantemente afectado por el poder social que impone un tipo de masculinidad a través de un sistema de sexo/género. Queda en evidencia aquello que había sido invisibilizado: que el cuerpo es objeto de interpretación y por tanto está abierto al cambio y sus significados y su jerarquía cambiarían históricamente (Connell, 1995, 1998, 2000).

C. Subjetividad e institucionalidad

Este orden de género, estaba y está profundamente asociado a la subjetividad e identidad de las personas, a cómo sentían y actuaban en cuanto hombres o mujeres, a lo que se estimaba era lo masculino y lo femenino. Se sostuvo y sostiene en los espacios y relaciones interpersonales, en la vida íntima y se legitima al nivel más profundo de la conciencia de todos y todas. Interpreta sus identidades de género como parte de la naturaleza, de la biología. La vida es así, hay que aceptarla como viene. A la vez le señala a los hombres que para llegar a ser adultos en plenitud deben someterse a una ortopedia, puesto que ser hombre requiere de un aprendizaje. Es un camino difícil, pero tiene sus recompensas (Fuller, 2001, Olavarría, 2001a, Viveros, 2002).

Las relaciones de género que se consolidaron durante el siglo XX, con sus inequidades en los distintos ámbitos de las vidas de hombres y mujeres, tuvieron y tienen un importante componente institucional que las hizo posibles y permitió su desarrollo, legitimación y reproducción. La consolidación de este orden ha estado asociada a mecanismos de reproducción que están insertos en los distintos espacios de la vida de las personas: al interior de los propios núcleos familiares: donde los padres enseñan a los hijos lo que se debe hacer; la educación formal educa e instruye en relación a este tipo de relaciones de género; A un ordenamiento jurídico que lo hizo posible mediante legislación, derechos y códigos, jurisprudencia y administración de la justicia; a la organización del trabajo, que posibilitó la conciliación trabajo-familia; a la política en relación a los cuerpos que implementó mecanismos de reproducción, discursos y construcción de “realidades” a partir de datos que indicaban e indican lo que era/es natural, normal y aceptable y desarrolló instrumentos de vigilancia que estuvieran presentes tanto en la vida social como íntima de hombres y mujeres.

En las décadas recientes los procesos antes mencionados, así como la globalización cultural y el conocimiento de otras formas de vivir, sentir y actuar han impactado profundamente en las subjetividades e identidades de hombres y mujeres, tanto en su intimidad, en la vida familiar como en la relación con los cuerpos propios y ajenos; les ha llevado crecientemente a cuestionar muchos de los aprendizajes y mandatos sociales sobre qué se espera de hombres y mujeres. Este nuevo contexto, con demandas y expectativas muchas veces cruzadas y/o contradictorias entre sí, está llevando a los hombres a preguntarse también sobre su condición de padres y el sentido que tienen los hijos, toda vez que se sienten crecientemente cuestionados tanto en su relación con los otros, como con ellos mismos. Las investigaciones recientes constatan que para los varones, en general, la experiencia de los hijos y la paternidad es una de las más satisfactorias, sino la más, y es en la que encuentran gratificaciones y sentido para sus vidas. Tener un hijo se siente como una necesidad de gozar a un niño, de compartir con él la propia vida. El nacimiento es participar en la creación de otra persona y un premio hermoso, la culminación de una etapa de sus vidas. Para los varones más jóvenes un padre debe ser muy expresivo en sus sentimientos, no ocultándolo a los hijos, cariñoso, cercano afectivamente, activo en la participación de sus actividades, debe tratar de establecer lazos de cercanía e

intimidad; ser más que una simple autoridad en la familia. Los padres mayores se cuestionan y evalúan su propia paternidad ¿Deberían haber sido como lo hicieron y lo están haciendo?. Preguntas que quedan para algunos sin respuestas. Es por ello que la forma dominante de ser hombre, la que ha hegemonizado la masculinidad y la paternidad, para muchos varones resulta lejana y ajena a sus vivencias y contradice lo que quisieran ser y hacer (Fuller, 2000, Viveros, 2000, De Keijzer, 2000, Lyra, 1997, Barker, 2002, Olavarría, 2001b).

Cada vez es más evidente que la institucionalidad que legitimaba y sigue legitimando las relaciones de género y de masculinidad dominante, no tiene respuestas para muchos de los dilemas que se presentan y es cuestionada cada vez con mayor fuerza. La familia tradicional, la organización del trabajo, la educación formal y los sistemas de salud, la juridicidad y la administración de justicia, la programación de la televisión y sus libretos y programas, por señalar algunos, pasan a ser centro del debate.

D. Actorías sociales

Detrás de estos procesos había y hay actorías sociales con intereses en relación a cómo debía y debe ordenarse la vida social. Ese orden era y es impulsado desde actores influyentes en una institucionalidad que lo difundía y reproducía en las nuevas generaciones y premiaba, reprobaba y castigada. Parte importante de las políticas públicas y el uso de recursos públicos han ido dirigidos en ese sentido. Desde la política de policía de la familia que a fines del siglo XIX e inicios del XX —tal como lo habían hecho en la Europa del siglo XVIII (Donzelot, 1979)—, llevó a los actores sociales principales a concordar en los hechos un orden social: los empresarios del capitalismo emergente que buscaban estabilizar la fuerza de trabajo para las industrias y explotaciones mineras nacientes, la jerarquía católica y los sectores conservadores que intentaban moralizar a los pobres y fomentar la vida familiar, especialmente de los que vivían en las ciudades; la incipiente clase media que presionaba a través de sus partidos y organizaciones gremiales por una mejor calidad de vida y el movimiento obrero con sus reivindicaciones por trabajo estable y salario familiar digno. Este es el orden social y el “pacto” que ha entrado en crisis y con ello las relaciones de género que lo sustentan/ban (Olavarría 2002a).

Hoy en día tanto la vida familiar, la organización del trabajo, la política sobre los cuerpos, la subjetividad e identidad de hombres y mujeres son objeto de disputa por parte de actores sociales que pugnan entre sí; algunos para mantener su dominio, legitimando un orden quizás mucho más autoritario y conservador, y otros/as por una sociedad que acepte y reconozca la diversidad, más justa, equitativa y democrática, entre los que se destacan los movimientos de mujeres. La lucha ideológica y el enfrentamiento cultural está en la discusión diaria. El debate entre posiciones conservadores que tratan de mantener el orden tradicional, aunque sea con otra cara, y las posiciones progresistas que fomentan el desarrollo de la ciudadanía, la participación y transparencia, en un proceso democrático, está presente.

III. Invisibilidad de la reproducción de los hombres y responsabilidad masculina

La construcción de los cuerpos de hombres y mujeres y su visibilidad, o no, en los procesos reproductivos ha tenido y tiene un fuerte impacto en el origen de problemas sociales que se han transformado en cuestiones de la mayor importancia en el ámbito público.¹²⁷ Nuestra cultura ha centrado en la madre la reproducción; el binomio madre-hijo ha estado en el centro de las políticas de salud pública (Faúndez, 1997), así lo ratifica el discurso público y la interpretación de los datos que producen la “realidad” de la reproducción; ésta corresponde a las mujeres. Ellas son las fecundas y las responsables de la reproducción; los hombres tienen una participación ocasional y (casi) accidental en la fecundidad de las mujeres. Pasado el momento de la concepción, si es que hay coito, o incluso desde la inseminación artificial misma —cuando se hace uso de bancos de semen— la fecundidad es un espacio feminizado.

1. La información demográfica y la invisibilidad de la reproducción de los hombres

La reproducción pertenece principalmente a las mujeres. Así lo muestran y reafirman las estadísticas demográficas sobre hechos vitales (INE, 2002, p.28): *“El término fecundidad se emplea en el sentido estricto cuando se considera la frecuencia de los nacimientos en la población de mujeres en edad de procrear (15-49 años). Estas tasas específicas de fecundidad por edad permiten calcular entre otros las tasas brutas y netas de reproducción que constituyen índices más refinados que las tasas brutas de natalidad (no están afectados por las diferentes estructuras por edad de las poblaciones)”*. De allí que *“la interpretación demográfica que usualmente se hace de los cambios en la fecundidad asume, muchas veces sin cuestionar, el proceso de construcción social de responsabilidades reproductivas diferentes por sexo, en donde la mujer sigue siendo el centro del análisis alrededor de la reproducción. Ello se constata con el tipo de indicadores (feminizados o centrados en la mujer) utilizados para interpretar el comportamiento reproductivo de la población, así como por el tipo de políticas y programas de población, salud y planificación familiar definidas para tales propósitos, a partir de la información demográfica. No se pretende identificar la investigación demográfica con ninguna de estas políticas o programas, pero si se quiere enfatizar que dichas acciones gubernamentales se han justificado y definido a partir de información sobre diferentes fenómenos demográficos, por lo que acarrear los supuestos sobre los que se genera la información”* (Figueroa 1998, p.2).¹²⁸

Las series históricas que se han construido en Chile sobre la fecundidad se han hecho sobre la base de la información tomada de la reproducción (hijos nacidos vivos) de las mujeres.¹²⁹ Esta información ha permitido responder a problemas sociales, fundamentando políticas públicas que

¹²⁷ Por señalar algunos: reconocimiento de la paternidad en un porcentaje importante de los nacidos vivos de madres solteras, especialmente entre hijos de madres adolescentes, con todas las consecuencias sobre derechos de los niños y su calidad de vida. La magnitud de los juicios por pensiones alimenticias; por derechos de visitas a los hijos de padres separados; por tuición. La ausencia de métodos contraceptivos masivos para hombres, que ha llevado a que el cuerpo de las mujeres sea el de la experimentación e intervención; cuando los hombres quieren utilizar otros métodos no los encuentran; el acceso a la esterilización (vasectomía) cuando los hombres estiman que cumplieron con su ciclo reproductivo, recién autorizada en Chile, no es un recurso que esté disponible en cualquier servicio de salud. El incremento de la epidemia del VIH/SIDA en mujeres heterosexuales, por parte de sus parejas sexuales y la transmisión de la enfermedad a los hijos. Los precios de los seguros de salud y en Chile de los planes de las ISAPRES para las mujeres en edad fértil, especialmente entre los 20 y 35 años de edad, distinguiéndolas de los varones de la misma edad, muchos de ellos padres de los hijos que esperan. La discriminación en el ámbito laboral a las mujeres en edad de procrear y a los padres que quieren asumir el cuidado y crianza y las consecuencias en la calidad de vida y en la carrera profesional.

¹²⁸ Cita tomada del archivo electrónico del artículo.

¹²⁹ Tasa de natalidad, según regiones y provincias; nacidos vivos por mes y residencia habitual, nacidos vivos por orden de nacimiento según estado civil y sexo del nacido vivo, por grupo de edad de la madre, según estudios aprobados, según tipo de actividad, según área urbana o rural, según peso al nacer (INE, 2002).

han tratado de resolverlos o paliarlos, según sea el caso. Han permitido, asimismo “construir” la realidad de la reproducción y fecundidad de la población, hablar sobre ella, nombrarla, hacer discursos y argumentaciones. Pero ha invisibilizado la fecundidad y reproducción de los hombres, no ha acopiado información en relación a ellos, salvo algunas específicas a partir de las madres de hijos nacidos vivos (edad del padre, estudios aprobados del padre, padres económicamente activos según categoría ocupacional); No ha “construido” una realidad en la que éstos se reproduzcan y sean fecundos, ni series históricas que posibiliten la fundamentación de políticas públicas a problemas sociales que son actualmente acuciantes de las inequidades de género.¹³⁰

Se podría argumentar, por el contrario, que estudiar la reproducción y fecundidad de los hombres podría duplicar el trabajo, para al final obtener resultados semejantes. Que la fecundidad de las mujeres es la misma que la de los hombres. Que mejor tomar una como parámetro del comportamiento de la población y no entrar a hacer cambios que harían más engorrosa y confusa las interpretaciones, y en ese sentido la información sobre la fecundidad de las mujeres sería más precisa, por ser ellas las que finalmente se embarazan, tienen el parto y su declaración es más confiable (saben los hijos que han tenido).

Estos u otras objeciones que se podrían señalar para no estudiar la reproducción y fecundidad de los hombres olvidan, por ejemplo, que así como la esperanza de vida o que los perfiles de enfermedades crónicas y mentales son diferentes para hombres y mujeres lo mismo sucede con la fecundidad y la reproducción. Esta afirmación se puede hacer a partir de los mismos datos que sobre hombres entregan los registros de fecundidad femenina (por ejemplo, padres de hijos nacidos vivos de madres según estado civil, donde los porcentajes por grupo de edad del padre y de la madre de hijos nacidos vivos no se corresponden); así como resultados de encuestas sociales y estudios cualitativos en profundidad, sin olvidar las vivencias de cada uno/a: La fecundidad y reproducción de hombres y mujeres son distintas. Por ejemplo, la edad reproductiva de los hombres va más allá del intervalo de entre 15 y 49 que se señala para las mujeres; no es menor el dato de que los hombres no tengan menopausia.

En general, cuando se pregunta a hombres y mujeres en encuestas sociales y en estudios cualitativos sobre concepción, contracepción, embarazo y aborto las respuestas difieren. Por ejemplo, son proporcionalmente distintas las relativas al número ideal de hijos para una familia, los hombres señalan más hijos que las mujeres; lo mismo sucede con las respuestas de uno de los miembros de la pareja en relación al/la otro/a sobre el uso de métodos para posponer el embarazo por parte de su pareja; cuando no se usa ningún método para evitar el embarazo las razones expresadas por hombres y mujeres difieren entre sí; para los hombres cuyas parejas usan métodos anticonceptivos varían las proporciones en relación a los lugares donde los obtienen (MINSAL, 2001). Una situación similar se constata en las encuestas sobre demografía y salud que desde mediados de los 90 incluyen a varones, en las que se observa que la edad de la primera relación sexual y de la primera unión varía de hombres a mujeres en distintos países de la región (CEPAL, 1998: cuadro 16), algo semejante se obtuvo en estudios realizados en México en 1988 (Figueroa, 1998) y en Brasil, en Río Grande do Sul, en Brasil, donde *“los datos recogidos muestran que los hombres sobrestiman el número de sus mujeres que usa métodos anticonceptivos. Ellos indican con mayor frecuencia que el anticonceptivo oral es el método escogido por su pareja; entretanto más mujeres que varones afirman que no están usando ningún método”* (Fachel Leal, 2000, p.318). Las preguntas sobre aborto, que son más escasas, también muestran opiniones y prácticas que difieren entre hombres y mujeres. El nivel de aceptación es distinto en su conjunto y según sea el motivo que lo induzca (INJUV, 1998). En los estudios de Fachel Leal mencionados *“se constituyó un índice de abortos inducidos de la población en edad reproductiva ... considerando tanto las*

¹³⁰ En el Boletín Demográfico N°70 del 2002 (CEPAL/CELADE), “América Latina y el Caribe: indicadores seleccionados con una perspectiva de género”, se incluye en la capítulo sobre salud sexual y reproductiva sólo (o al menos) un dato relativo a los hombres: porcentaje de anticoncepción de responsabilidad masculina.

declaraciones femeninas como las masculinas (lo que no es un procedimiento demográfico usual cuando se trata de cuestiones de salud reproductiva). La pregunta planteada a los entrevistados y entrevistadas se refería a si habían tenido uno o más abortos inducidos en su historia reproductiva. En el caso de los hombres, se buscó igualmente esta retrospectiva acumulativa, porque el aborto pudo haberle ocurrido a más de una mujer de sus diferentes relaciones. (El valor obtenido fue del 34% para el conjunto de la población estudiada). Si consideramos sólo las respuestas de las mujeres la incidencia de aborto sería mayor (43 de las mujeres en edad reproductiva ya habría recurrido, por lo menos una vez, a estos procedimientos)” (Fachel Leal, 2000, p.320).

Estas respuestas nos señalan que la fecundidad y los comportamientos reproductivos difieren entre hombres y mujeres, que son “realidades” complejas y, además, heterogéneas en cada grupo, pero no por ello dejan de ser “realidades” que condicionan identidades, subjetividades, prácticas, instituciones y políticas públicas. Desgraciadamente no tenemos respuestas, por falta de registros, a preguntas como cuál es la tasa global de fecundidad de los hombres, cuál es su comportamiento por grupo de edad, o cuánto difiere del de las mujeres ¿Cuán fecundos son los hombres en sus relaciones extramatrimoniales o paralelas? ¿Cuánto en las segundas y terceras convivencias, siempre a edades mayores de la primera?

2. El rol de los hombres en la salud sexual y reproductiva de las mujeres según los organismos especializados de NN.UU.¹³¹

La preocupación por el rol y la participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva de las mujeres surge en el contexto de la acción de los movimientos de mujeres del mundo en su búsqueda de equidad de género y reconocimiento de derechos para decidir sobre su salud sexual y reproductiva. Es una problemática que adquiere relevancia a partir de la realización de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), oportunidad en que se formula por primera vez en forma explícita la necesidad de considerar a los varones y sus responsabilidades en las políticas relativas a población, desarrollo y equidad de género. Se trata de un campo de estudio en proceso de constitución, en una etapa inicial de desarrollo, de documentación de las formas que asume la participación de los varones en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Las elaboraciones conceptuales y de interés teórico son las menos y por lo tanto, los trabajos existentes se sitúan en algunas perspectivas teóricas generales existentes en los estudios de género, las que no han construido este tema como objeto de estudio propiamente tal. Ello es un punto de partida que ha condicionado los desarrollos conceptuales, las investigaciones y también las propuestas de políticas al no existir estudios demográficos ni investigación de salud y biomédica que permitan reconocer y “construir la realidad” social de la reproducción de los hombres. De allí que las propuestas que surgen tienden a tener un profundo sentido normativo, de “deber ser”, que no reparan en las condicionantes estructurales y culturales de esas conductas masculinas y de las relaciones y dinámicas de género propiamente tales y enfatizan un marcado interés en el cambio de las conductas de los varones.

Mayoritariamente, los textos de los organismos de Naciones Unidas que se preocupan de la responsabilidad de los hombres en la familia y la reproducción, así como la literatura de organismos especializados en salud sexual y reproductiva que están fuera del sistema de NN.UU. se apoyan de forma contradictoria en la teoría de los roles —desarrollada por Parsons (1956) y el

¹³¹ Este punto y el siguiente han sido desarrollados a partir del documento “Panorama de la investigación sobre el rol y las responsabilidades de los hombres en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Identificación de tendencias emergentes. Vacío y desafíos (1994-2002)” preparado a solicitud de INSTRAW por José Olavarría, Teresa Valdés, investigadores responsables, Gabriel Guajardo, investigador asociado, Rodrigo Parrini y Tatiana Tomicic investigadores asistentes.

estructural funcionalismo— más que en una teoría de relaciones sociales de género.¹³² En este sentido, las teorizaciones de Parsons (1956, 1980 y 1986) tuvieron gran relevancia a partir de la segunda mitad del siglo pasado al considerar que la familia nuclear representaba el ajuste de la familia a los cambios de la sociedad occidental industrial. Este enfoque de tipo ideal de familia se desarrolló en paralelo con la teoría de los roles sexuales, que dominó el discurso sociológico sobre la mujer.¹³³ Los roles sexuales fueron tomados en sí mismos como hechos dados, fijos y universales (vigentes en toda relación). La familia nuclear se proyectó, según esta teoría, como tipo único de familia para esta fase del desarrollo, con clara separación entre el mundo privado y la economía. La noción de “roles de género”, que se deriva de estas propuestas teóricas, se ha incorporado al sentido común de estos organismos en forma relativamente acrítica. El género aparece como un atributo que califica a los individuos (que tienen sexo, identidad individual y desempeñan roles) y por lo tanto, las propuestas de cambio se sitúan fundamentalmente en el ámbito personal.

El feminismo ha criticado fuertemente esta teoría, en la medida en que, más que una interpretación de cómo se conforma cierto tipo de familia en la sociedad occidental, legitima un orden de género con identidades hegemónicas y subordinadas según los roles asignados a hombres y mujeres. Define las relaciones inter e intra géneros, justifica la reproducción de este tipo de familia y los roles correspondientes a sus miembros. Las teóricas feministas propusieron, en cambio, el concepto de “género”, entendido como *“las elaboraciones culturales en torno a lo masculino y lo femenino que aparecen en diversas culturas”* (Ortner y Whithead, 1981), y definido también como *“la construcción social de la diferencia sexual”* (Lamas, 1996). Este concepto sitúa la definición de tareas y valores diferenciados para mujeres y hombres en la cultura y no en la naturaleza. Rubin acuñó el concepto de “sistemas de sexo/género. La noción de género involucra una dimensión identitaria y otra relacional. Es decir, la cultura, al mismo tiempo que define la femineidad y la masculinidad, establece las formas de relacionamiento legítimo entre ambos géneros, habitualmente jerarquizadas. Las identidades de género pueden ser entendidas como las elaboraciones simbólicas que cada cultura construye a partir de la clasificación de las personas en los distintos sexos (Fuller, 1997).

Las académicas feministas también han criticado la visión funcionalista de la familia a partir de las investigaciones que revelan que la unidad familiar no es una suma indiferenciada de individuos que comparten las actividades ligadas a su mantenimiento, sino que por el contrario, es un conjunto de individuos con identidades particulares que establecen una organización social, estructurada a partir del género. La unidad familiar es descrita como una organización social, un microcosmos de relaciones de producción y de reproducción, con una estructura de poder y fuertes componentes emocionales, afectivos e ideológicos que cohesionan esa organización y ayudan a su persistencia y reproducción, pero donde también hay bases estructurales de conflicto y lucha. En ella, al mismo tiempo que existen tareas e intereses colectivos, los miembros tienen intereses propios, anclados en su propia ubicación en los procesos de producción y reproducción intra y extradomésticos (Jelin, 1994, p.86; Connell, 2000).

Cada una de las propuestas teóricas mencionadas, que buscan explicar la subordinación de las mujeres y las inequidades de género, involucra una visión propia sobre el cambio de esa

¹³² Es pertinente recordar que la palabra “género” no existe del mismo modo en todos los idiomas. Sólo en el idioma inglés tiene un significado que alude directamente a los sexos. No es el caso del castellano o del francés. En Francia se habla de “las relaciones sociales de sexo” y no de relaciones de género. Ello genera dificultades en el debate académico y de los organismos internacionales.

¹³³ La noción de “roles sexuales” ha sido fuertemente criticada. Dicha terminología no se aplicaría enteramente al género, en la medida en que el comportamiento aprendido diferenciado por el sexo biológico no es un rol como el de ser maestra, hermana o amiga. No se utiliza, por ejemplo, un equivalente de “roles de clase” o “roles de raza”, sino de relaciones de clase y raza. Se considera que dicha noción tiende a ocultar cuestiones de poder y desigualdad, a centrar la atención en los individuos antes que en los estratos sociales, más en la socialización que en la estructura social. Así deja de lado cuestiones históricas, económicas y políticas. También se considera que su utilización está cargada de reificación: los “roles sexuales”, la “creación de estereotipos de roles sexuales” y “socialización de roles sexuales” son discutidos como si tuvieran una existencia concreta y no fueran una construcción analítica (Lopata y Thorne, 1999).

situación y los actores necesarios para ello. Casi todas ponen a las mujeres, su empoderamiento y a la acción política y cultural en un lugar central, variando el lugar asignado a los hombres, los que escasamente son considerados un actor social, sujeto de derechos, capaz de formar parte de alianzas para el cambio.

No obstante lo anterior, se mantiene la tendencia a explicar las inequidades de género a partir de los roles que tradicionalmente hombres y mujeres cumplen en la familia en relación a su vida sexual, a la fecundidad y a la paternidad, los que como tales tienen cuotas diferenciadas de poder. El propio Programa de Acción de El Cairo permite una interpretación desde la teoría de los roles cuando señala, por ejemplo, que *“Para lograr cambios, hacen falta medidas de política y programas que mejoren el acceso de la mujer a una vida segura y a recursos económicos, **aligeren sus responsabilidades extremas con respecto a los quehaceres del domésticos**,... (Capítulo IV. 4.1)”*; *“En las intervenciones concernientes a la salud de la familia y otras medidas relacionadas con el desarrollo, se debería prestar atención al tiempo que exigen de la mujer **sus responsabilidades de criar a los hijos, atender los quehaceres domésticos y realizar actividades que generan ingresos. Se debería insistir en las responsabilidades de los hombres respecto de la crianza de los hijos y los quehaceres domésticos** (Capítulo IV.4.4).¹³⁴*

Es pertinente observar que, al interpretar la participación masculina en la salud reproductiva de las mujeres desde la teoría de los roles se acepta el orden social y se profundiza la invisibilidad que permite establecer quién hace qué, y cómo se organizan las jerarquías entre esos actores, con roles supuestamente “complementarios”. Ese orden invisible sería en cierta medida invariable, aun cuando sea considerado injusto por la forma en que se distribuyen las cargas asociadas a ciertos roles. Si bien desde esta perspectiva es posible hacer visibles las inequidades entre hombres y mujeres, la superación de éstas queda ligada al cambio en los roles de género. A partir de la distinción entre roles “tradicionales” y “modernos”, el cambio sería posible al transformarse la familia nuclear tradicional de las sociedades conservadoras por efecto de la modernización. Esta daría origen a los cambios observables entre parejas jóvenes, particularmente afectadas por estos procesos en los años recientes. Según esta perspectiva sería posible flexibilizar los roles “tradicionales” de los varones, involucrándolos y haciéndoles partícipes y responsables de las cargas que (en exceso) tienen las mujeres, pero en los hechos sin afectar ni visibilizar el orden de género que está en la base, particularmente la división sexual del trabajo y la distribución del poder económico y político en el conjunto de la sociedad.

3. Responsabilidades de los hombres en la salud sexual y reproductiva

En el marco de este análisis resulta fundamental examinar la noción de “responsabilidad” utilizada reiteradamente en los documentos de los organismos de Naciones Unidas, en la medida en que es el punto de partida para la elaboración de propuestas de políticas que buscan la equidad de género. En el lenguaje corriente la noción de “responsabilidad” se opone a “irresponsabilidad”, a un “obrar equivocado”, a acciones reprensibles. Se asocia con un llamado de atención a actuar “responsablemente” a aquellos que no lo hacen. Este ha sido uno de los usos que se ha dado con mayor frecuencia a la noción de responsabilidad en el Programa de Acción de El Cairo y que se reitera luego en parte importante de las investigaciones e intervenciones a las que da origen en el campo de la salud sexual y reproductiva. Tiene un componente fuertemente normativo, de deber ser. *“Se debería insistir en las responsabilidades de los hombres respecto de la crianza de los hijos y los quehaceres domésticos” (4.11); “El objetivo es promover la igualdad de los sexos en todas las esferas de la vida, incluidas la vida familiar y comunitaria, y a alentar a los hombres a que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo y a que asuman su función social y familiar.” (Objetivo 4.25); “Esos programas deben*

¹³⁴ El énfasis es nuestro.

educar y facultar al hombre para que comparta por igual las responsabilidades de la planificación de la familia y las labores domésticas y de crianza de los hijos y acepte la responsabilidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual”(7.8).¹³⁵

El uso de la noción de responsabilidad califica implícitamente las acciones de los hombres, sea su realización u omisión y las asocia a los posibles efectos negativos que tienen sobre la salud reproductiva de las mujeres. Las limitaciones del término, en su sentido común, ha llevado a buscar otros que permitan incorporar actitudes positivas, como por ejemplo “participación” o “involucramiento” de los hombres, en contraposición a “responsabilidades”, pero sin preguntarse en profundidad qué se quiere afirmar cuando se habla de “responsabilidad”, “participación” y/o “involucramiento” de los hombres en la salud sexual y reproductiva y en los derechos reproductivos de las mujeres.

El problema de la “responsabilidad” no sólo está presente en este campo, sino que ha sido debatido en los últimos años en relación con los derechos humanos y la ciudadanía, buscando precisar la noción en términos de derechos y obligaciones. La noción de “responsabilidad” ha cambiado hasta tomar el significado de “responsabilidad por el daño”, atribuyendo actos buenos a los actores en la misma medida que actos malos. Se parte de la base que la persona siempre es responsable de sus acciones, en la medida que éstas son irreversibles (a diferencia de los actos puramente mentales); cuando realiza acciones crea precedentes y, por lo tanto, debe responder del precedente que ha creado. En este sentido debe asumir la responsabilidad por las consecuencias de las acciones realizadas (Heller, 1995). De allí que la noción de “responsable” difiere totalmente según sea empleada en una proposición del tipo “esta persona es responsable por esto y aquello” o en otra del tipo “me siento responsable por esto y aquello” (Schutz, 1970).

Las investigaciones con hombres en diversos países de América Latina revelan que una de las expresiones del uso de recursos de poder por parte de los varones es, precisamente, el sentido que adquiere la noción de responsabilidad para ellos (Olavarría, 2001b). El modelo dominante de masculinidad permite a los varones justificar prácticas contradictorias como “responsables”, liberándoles subjetivamente de las obligaciones que tienen en las consecuencias de dichas prácticas, pero que sienten como “honorables” en la construcción de sus propias biografías. Un varón puede ser responsable tanto asumiendo la paternidad de un hijo como no haciéndolo. En algunos casos los padres asumen su paternidad, y el embarazo de la pareja los lleva a convivir/casarse con ella, especialmente a varones de sectores populares cuando hay una relación de afecto/amorosa; en otros casos, niegan su paternidad, porque ponen en duda si ellos efectivamente son los padres, aun cuando tengan conciencia de que eran la única pareja sexual de la embarazada. Comportamiento que sería generalizado en una proporción importante de padres de los hijos nacidos especialmente de madres adolescentes solteras. Este segundo comportamiento también es sentido como responsable por algunos varones: “responsablemente” no asumen una paternidad de la que tienen duda o porque consideran que la mujer es la más indicada para hacerse cargo del hijo.

De lo anterior surge la necesidad de distinguir entre el nivel subjetivo (el sentido que tiene para la primera persona) del intersubjetivo u “objetivo”, que corresponde al sentido que tiene para los/as otros/as, en las relaciones interpersonales.¹³⁶ Atribuir un acto a un actor es considerar a alguien “responsable”. Hacer a alguien responsable es siempre retrospectivo, si la responsabilidad es usada en términos morales. Hay que tener presente aquí que los términos morales han sido utilizados para sostener y legitimar la dominación y la “responsabilidad” no constituye una excepción. Por ejemplo, se ha hecho “responsable” a la gente de nacer esclavo, mujer, jorobado.

¹³⁵ El destacado es nuestro.

¹³⁶ La responsabilidad paterna se hace más objetiva a partir del ordenamiento legal que permite la confirmación de la paternidad mediante análisis genético y que obliga a asumirla.

Pero en un su uso (moral) correcto, una persona sólo puede ser hecha responsable de acciones o de no realizar un acto (Heller, 1995).

¿Cuáles son los principios que deben prevalecer para realizar juicios de valor? ¿Son determinados criterios universales para evaluar resultados finales? Según Agnes Heller los únicos principios que pueden ser recomendados como moralmente obligatorios para todos son aquellos que pueden servir como máximas morales para la acción política general: los principios democráticos a secas. Las consecuencias previsibles han de considerarse, pero tan sólo en la medida que la aplicación decisiva de un principio bueno lo permita. La CEDAW, el Programa de Acción de El Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing, señalan criterios que podrían ser considerados “democráticos”, a partir de los cuales es posible establecer las responsabilidades relativas a la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, asociadas a derechos que están expresamente mencionados en estos documentos.

En los últimos años, en el ámbito de la violencia doméstica y sexual –que ha sido visibilizada– se configuró una noción de responsabilidad penal, al considerar algunos comportamientos como punibles. En este caso se ha logrado precisar derechos, obligaciones y responsabilidad penal (Convención de Belém do Pará, 1994). Toda acción que, cometida por un hombre vulnere la integridad física o psicológica de la mujer o de los niños y se tipifique de delito, tiene asociada una responsabilidad penal, que corresponderá calificar a un tribunal competente. También se ha elaborado una noción de responsabilidad al promoverse el “sexo seguro” en las conductas de las personas que son portadores del VIH, seropositivas. Esta forma de tener sexo implica responsabilizarse por la salud propia y por la del “otro”, un tercero con el que se tiene intimidad sexual. Estas personas son responsables ante terceros de sus comportamientos sexuales. La misma noción podría utilizarse en relación a las consecuencias de la sexualidad activa entre personas heterosexuales, especialmente las relacionadas con embarazos no deseados, abortos e hijos nacidos vivos. En la medida que la persona es responsable ante la pareja de las consecuencias de su conducta sexual, es posible que éstas se transformen en obligaciones y se reconozcan derechos a ser protegidos y se tipifiquen comportamientos que implican responsabilidad civil o penal. De hecho, los exámenes de ADN obligatorios a padres que no reconocen a sus hijos, establecidos legalmente en algunos países, permiten configurar responsabilidades civiles que fuerzan a esos hombres a asumir su paternidad y lo que la ley establezca para ellos.

La ausencia de un debate profundo sobre la responsabilidad de los hombres en la salud sexual y reproductiva de las mujeres ha llevado a que prevalezcan nociones asociadas a acciones reprobables, a partir de una mirada más bien normativa. La responsabilidad de los hombres estaría basada, según esta visión, en su disposición para “flexibilizar sus roles” como hombres o padres. Este supuesto sitúa el problema en la subjetividad de los varones más que en su identificación con el/a otro y en las obligaciones que generan sus acciones en relación con las mujeres y los niños. En este plano los varones sienten que la reproducción y la fecundidad son cuestiones de mujeres. No se confrontan con una “realidad” que les muestre su capacidad reproductiva y fecunda. No hay información demográfica, el discurso es débil cuando lo hay; los/as profesionales que trabajan cuestiones relativas a familia, salud, educación y población, en general, las desconocen, y las agencias e instituciones de los/as que forman parte no las incluyen en sus programas y políticas. La persistencia en su invisibilidad como reproductores y fecundos no permite que se reconozcan como tales, aunque gocen del poder que les ha otorgado esta situación. Subjetivamente no se sienten participantes activos, salvo en momentos específicos, de la concepción, embarazo, parto y crianza de sus hijos. La responsabilidad se relativiza y no hay recursos sociales que los puedan, en última instancia, obligar a asumir las consecuencias de su actividad sexual.

IV. Para concluir

Se ha producido la paradoja que los hombres —un colectivo altamente heterogéneo y diferenciado— que detentan mayoritariamente el poder social y usufructúan de los dividendos de un orden cultural que los privilegia, se han transformado en el centro de las preocupaciones de académicos/as y diseñadores/as de políticas —mayoritariamente mujeres— que apuntan a cambiar su situación y, principalmente sus conductas sexuales y reproductivas, sin que exista un actor social, un sujeto constituido masculino con interés en participar en la conducción y promoción de ese proceso de cambios.

Si bien se da el reconocimiento tácito de que no es posible alcanzar los cambios deseados de igualdad y equidad de género sin una incorporación de varones en la tarea, pese a que se la menciona, no se profundiza en la pertinencia de investigar, conocer y comprender las identidades, los sentidos subjetivo de estos actores, ni tampoco en establecer estimaciones, proyecciones e indicadores de su sexualidad y reproducción. Aunque al mismo tiempo se ensayan acciones destinadas a lograr un cambio en ellos. No es posible una mirada meramente instrumental al conocimiento, por el contrario es pertinente un conocimiento crítico que permita hacer visibles los mecanismos del orden que da origen a las desigualdades y discriminaciones con un interés más emancipador,¹³⁷ de superación de esas desigualdades.

La investigación y la producción de conocimientos sobre la reproducción de los hombres —para configurar la “realidad” de ésta— son requisitos básicos para su visibilidad. Ello permitirá dar respuestas a los problemas sociales que se originan en las relaciones de poder que ocultan el origen de éstos, así como para posibilitar la formulación de políticas públicas y programas de intervención que busquen resolverlos.

En el campo de los derechos, no se asocia la responsabilidad de los varones con la construcción de éstos ni con el empoderamiento de la mujer como un recurso para su propio beneficio, que les permita establecer relaciones horizontales, adultas, más equitativas con quienes aman, procrean y crían. Si los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que están en las agendas nacionales e internacional, apuntan al empoderamiento de las mujeres y a señalar lo que esperan de los hombres en relación a ellas ¿Cómo se construyen derechos, en este campo, en el que los hombres puedan reconocerse e involucrarse y asumir responsabilidades y obligaciones en función de ellos, más allá de las consideraciones subjetivas?

En los años recientes se observan algunos avances en estos campos. La psicología moderna es cada vez más enfática en señalar que la participación de los padres en la crianza de los hijos va más allá de la mera proveeduría; se han establecido programas públicos de esterilización masculina en algunos países para aquellos varones que estiman que han cumplido con su ciclo reproductivo; ICMER están llevando a cabo investigaciones para desarrollar anticonceptivos masculinos; los servicios de salud en Chile están incorporando a los hombres al momento del parto. En el ámbito de los derechos hay una interesante reflexión en curso sobre derechos reproductivos, derechos humanos y los hombres (Figueroa, 2002). En la actoría social, la organización “Papas por Siempre” demanda el derechos a visitas y tuición compartida de sus hijos.

Son avances, pero no suficientes para visibilizar la reproducción de los varones, que ellos los asuman y que permitan construir derechos y actorías que fortalezcan relaciones de género más equitativas, e identidades masculinas más armónicas que posibiliten relaciones horizontales, democráticas entre hombres y mujeres, y de intimidad y cercanía afectiva con parejas e hijos.

¹³⁷ En un sentido habermasiano muy laxo, siguiendo los planteamientos de Radnitzky, 1968.

Bibliografía

- Badinter, Elizabeth (1993), *XY, la Identidad Masculina*. Editorial Norma, Bogotá.
- Barker, Gary (2002), “La formación de hombres jóvenes “género equitativos”: reflexiones de la investigación y desarrollo de programas en Rio de Janeiro, Brasil”. Ponencia en Conferencia Regional: Varones adolescentes: construcción de identidades de género en América Latina. Santiago, Chile.
- Beck, Ulrich (1998), *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós. Barcelona, España.
- Bourdieu, Pierre (2000), *La dominación masculina*, Anagrama. Barcelona España.
- Butler, Judith (2002), *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Cáceres, Carlos, Mario Pecheny y Veriano Terto Junior (editores) (2002), “*SIDA y sexo entre hombres en América Latina*”. Universidad Peruana Cayetano Heredia/ONUSIDA, Lima, Perú.
- Castells, Manuel (1999), *La era de la información. Economía, sociedad y cultura*. Vol.II *El poder de la identidad*. Siglo XXI. México.
- CEPAL (2002), *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2001*. CEPAL, Santiago de Chile.
- (1998), “Población, salud reproductiva y pobreza”. Vigésimoséptimo período de sesiones, Aruba. CEPAL, Santiago, Chile.
- CEPAL/CELADE (2002), *Boletín demográfico N° 70 “América Latina y el Caribe: indicadores seleccionados con una perspectiva de género”*. Santiago, Chile.
- Connell, Robert (2000), *The Man and the Boys*. Allen & Unwin, Australia.
- (1998), “El imperialismo y el cuerpo de los hombres”, en Valdés, T. y J. Olavarría (eds), *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, FLACSO, UNFPA, Santiago de Chile.
- (1995), *Masculinities: Knowledge, Power and Social Change*, University of California Press, Berkeley.
- De Barbieri, Teresita (1996), “Los ámbitos de acción de las mujeres”, en Henríquez, Narda (ed) *Encrucijadas del saber. Los estudios de género en las ciencias sociales*, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- (1992), “Sobre la Categoría de Género. Una introducción teórico – metodológica” en: *Revista Interamericana de Sociología VI (2)*.
- De Keijzer, Benno (2000), “Paternidades y transición de género”, en Fuller, Norma (2000) *Paternidades en América Latina*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Donzelot, Jacques (1979), *La policía de las familias*. Ed. Pre-textos, Valencia, España.
- Fachel Leal, Ondina (2000), “Impases de la paternidad: la reproducción desde la perspectiva masculina” en Fuller, Norma (2000) *Paternidades en América Latina. Universidad Católica del Perú*, Lima, Perú.
- Faúndez, Alejandra (1997), “Género, salud y políticas públicas. Del binomio madre-hijo a la mujer integral. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Figueroa, Juan Guillermo (2002), “Algunos dilemas asociados al concepto de derechos reproductivos de los varones”. Archivo electrónico. México.
- (1998), “La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones” en Lerner, Susana (1998) *Sexualidad, reproducción y varones*. El Colegio de México y la Sociedad Mexicana de Demografía, México D.F. México.
- Foucault, Michel (1999), *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI Editores. México.
- Fuller, Norma (2001), *Masculinidades. Cambios y permanencias*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- (2000), “Significados y prácticas de paternidad entre varones urbanos del Perú”, en Fuller, Norma (2000) *Paternidades en América Latina*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- (1997), *Identidades Masculinas. Varones de clase media en el Perú*, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Giddens, Anthony (1995), *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Editorial Cátedra.
- (1991), *Modernity and self identity: Self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press.
- Gilmore, David (1994), *Hacerse Hombre. Concepciones culturales de la masculinidad*, Editorial Paidós, Barcelona.
- Gutmann, Matthew (1996), *The Meanings of Macho. Being a man in Mexico City*, University of California Press, Berkeley.
- Heller, Agnes (1995), *Ética general*. Centro de Estudios Constitucionales. Madrid, España.

- INE (Instituto Nacional de Estadísticas) (2002), *Anuario de Estadísticas Vitales. 2000*. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Servicio de Registro Civil e Identificación. Santiago de Chile.
- INJUV (1998), “Informe Segunda Encuesta Nacional de Juventud”, Instituto Nacional de la Juventud. Santiago. Chile.
- Jelin, Elizabeth (1994), “Las familias en América Latina” en ISIS (ed) (1994) *Familias siglo XXI*. Edición de las Mujeres N° 20. Santiago de Chile.
- Jiles, Ximena (1994), “Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile” en Valdés, Teresa y Mirén Bustos (1994) *Sexualidad y reproducción. Hacia la construcción de derechos*. FLACSO-CORSAPS, Santiago, Chile.
- Kimmel, Michael (1998), “El desarrollo (de género) del subdesarrollo (de género): la producción simultánea de masculinidades hegemónicas y dependientes en Europa y Estados Unidos”, en Valdés, T. y J. Olavarría (eds), *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, FLACSO, UNFPA, Santiago de Chile.
- ___ (1997), “Homofobia, Temor, Vergüenza y Silencio en la Identidad Masculina”, en Valdés, T. y J. Olavarría (eds) *Masculinidades. Poder y crisis*, Ediciones de las Mujeres n° 24, ISIS Internacional, FLACSO-Chile, Santiago.
- Lagarde, Marcela (1992), “Identidad de Géneros”, *Serie Cuadernos de Trabajo* (s/n), CENZONTLE, Managua.
- ___ (1990), “El trabajo” en Lamas, M. *Cautiverios de mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. UNAM. Facultad de Filosofía y Letras, Colegio de Posgrado, México.
- Lamas, Marta (1996), “Antropología Feminista y la Categoría de Género”, en Marta Lamas compiladora *Género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México: Programa Universitario de Estudios de Género.
- ___ (1995), “Cuerpo e Identidad”, en *Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*, Arango, L., M. León y M. Viveros (comp), Tercer Mundo Editores/Ediciones UNIANDES, Bogotá.
- Laqueur, Thomas (1994), *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Ediciones Cátedra. Universitat de Valencia. Instituto de la Mujer, Madrid, España.
- León, Magdalena (1995), “La familia nuclear: origen de las identidades hegemónicas femenina y masculina”, en Arango, L.G. y otras (comps) *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. T M Editores, Ediciones Uniandes, Facultad de Ciencias Humanas. Bogotá, Colombia.
- Lopata, Helen Z. y Barrie Thorne (1999), “Sobre roles sexuales”, en Navarro. M. y C. Stimpson (eds) *Sexualidad, género y roles sexuales*. México: FCE.
- Lyra, Jorge (1997), “Paternidade adolescente: uma proposta de intervenção”. Tesis de Maestría, PUC/Sao Paulo, Brasil.
- MINSAL (2001), Primera encuesta nacional de calidad de vida y salud. Informe sobre Planificación familiar. MINSAL-INE, Santiago de Chile.
- Montecino, Sonia (1992), “Madres y huachos”, en Isis Internacional, *Espejos y Travesías. Antropología y mujer en los 90*, Ediciones de las Mujeres N°16, Santiago de Chile, 1992.
- Olavarría, José (2002a), “Hombres: identidades, relaciones de género y conflictos entre trabajo y familia” en Olavarría, J. Y Céspedes, C. (2002) *Trabajo y familia: ¿Conciliación? Perspectivas de género*. FLACSO-Chile, SERNAM y Centro de Estudios de la Mujer CEM. Santiago de Chile.
- ___ (2002b), “Hombres y sexualidades: naturaleza y cultura”, en: Olavarría, José y Enrique Moletto (2002) *Hombres: identidad/es y sexualidad/es*. FLACSO-Chile, Red de Masculinidades, UAHC. Santiago de Chile.
- ___ José (2001a), *¿Hombres a la deriva? Poder, trabajo y sexo*. FLACSO-Chile. Santiago de Chile.
- ___ (2001b), *Y todos querían ser (buenos) padres. Varones de Santiago de Chile en conflicto*. FLACSO-Chile. Santiago de Chile.
- ___ (2000), “De la identidad a la política: masculinidades y políticas públicas. Auge y ocaso de la familia nuclear patriarcal en el siglo XX”, en Olavarría, J. y R. Parrini (eds), *Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia*. Santiago: FLACSO-Chile, Red de Masculinidad, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile.
- Olavarría, José, Cristina Benavente, Patricio Mellado (1998), *Masculinidades Populares. Varones adultos jóvenes de Santiago*, FLACSO-Chile, Santiago.
- Olavarría, José, Teresa Valdés, investigadores responsables, Gabriel Guajardo, investigador asociado, Rodrigo Parrini y Tatiana Tomicic, investigadores asistentes, (2002), “Panorama de la investigación sobre el rol y las responsabilidades de los hombres en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Identificación de tendencias emergentes. Vacío y desafíos (1994-2002)” Documento preparado a solicitud de INSTRAW. FLACSO-Chile, Santiago de Chile.

- Ortner, Sherry, Harriet Whitehead (1981), "Indagaciones acerca de los Significados Sexuales", en: Marta Lamas (comp) (1996), *Género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, UNAM. Programa Universitario de Estudios de Género, México.
- Parker, Richard (2003), "Changing Sexualities: Masculinity and Male Homosexuality in Brazil" en Gutmann, Matthew ed. (2003) *Changing Men and Masculinities in Latin America*. Duke University Press.
- Parsons, Talcott y R. F. Bales (1956), *Family, Socialization and Interaction Process*. Routledge and Kegan Paul. Londres.
- Parsons, Talcott (1986), "La estructura social de la familia", en E. Fromm *et al.* (ed) *La familia*. Ediciones Península. Barcelona, España.
- ___ (1980), "La familia en la sociedad urbano industrial de los Estados Unidos", en A. Anderson (ed) *Sociología de la familia*. FCE. México.
- Radnitzky, G. (1968), "The scientific enterprise viewed at the level of the anthropology of knowledge", en Radnitzky, G. *Continental Schools of Metascience*. Scandinavian University Books. Sweden.
- Ramírez, Rafael (1993), *Dime Capitán. Reflexiones sobre la masculinidad*, Ediciones Huracán, Río Piedras.
- Rose, Sonya O. (1992), *Limited Livelihoods: Gender and Class in Nineteenth Century England*. University of California Press (citado por Connell 1995). Berkeley.
- Roseblatt, 2000; Roseblatt, K. A. (2000), *Gendered Compromises. Political Cultures and the State y Chile, 1920-1950*. Chapel Hill and London: The University of North Carolina Press.
- Rubin, Gayle (1987), "El Tráfico de Mujeres. Notas sobre la "economía política" del sexo" en Marta Lamas (comp) (1996) *Género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, Universidad Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género, México D.F.
- Schutz, Alfred (1970), *Estudios sobre teoría social*. Amorrortu. Buenos Aires, Argentina.
- Stevens, E. (1977), "Marianismo, the other face of machismo", en Pescatello, A. (ed.), *Female and male in Latin America*, University of Pittsburg Press, Pittsburgh.
- Valdés, T. y E. Gomáriz (1995), *Mujeres Latinoamericanas en Cifras. Tomo comparativo*. Instituto de la Mujer España – FLACSO Chile, Santiago de Chile.
- Valdés, Teresa y Jacqueline Gysling (1996), "Fecundidad, cultura y derechos reproductivos" en Hernández, Isabel y Enrique Gomáriz (eds) *Cultura y población en América Latina*. FLACSO-FNUAP, San José, Costa Rica.
- Valdés, T. y J. Olavarría (1998a), "Ser hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo, un mismo modelo", en Valdés, T. y J. Olavarría (eds), *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, FLACSO, UNFPA, Santiago.
- ___ (1998b), "Los estudios sobre masculinidades en América Latina: cuestiones en torno a la agenda internacional". Simposio sobre Participación Masculina en la Salud Sexual y Reproductiva: nuevos paradigmas. Oaxaca, México.
- Viveros, Mara (2002), *De quebradores y cumplidores. Sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*, CES. Universidad Nacional, Fundación Ford, Profamilia Colombia, Bogotá, Colombia.
- ___ (2000), "Paternidades y masculinidades en el contexto colombiano contemporáneo, perspectivas teóricas y analíticas", en Fuller, Norma (2000) *Paternidades en América Latina*, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Weeks, Jeffrey (1998), *Sexualidad*. Paidós, UNAM, PUEG, México.

Sesión VI: Programas y políticas nacionales que afectan a la fecundidad

Tendencias y perspectivas de la fecundidad en México

*Virgilio Partida Bush*¹³⁸

I. Introducción

La transición demográfica es un proceso por el que atraviesan o han atravesado casi todos los países del mundo y alude —en términos generales— al paso de un régimen caracterizado por niveles de mortalidad y fecundidad elevados y sin control hacia otro de niveles bajos y controlados. Como se sabe, este proceso dista de ser uniforme, tanto entre las naciones como dentro de ellas.

México ha avanzado de manera significativa en la transición demográfica —en un ámbito de profundos cambios económicos, políticos y sociales— desde hace más de 80 años; no obstante, se requiere quizás otro medio siglo para concluirlo, ya que el desfase de más de tres décadas entre la declinación de la mortalidad y la fecundidad originó un elevado crecimiento poblacional, cuya inercia todavía se encuentra entretejida en la estructura por edad, en buena medida en las personas en edad de procrear, y aún faltan algunas décadas para que su efecto merme totalmente.

Entre los principales determinantes del continuo descenso de la mortalidad desde 1930 se encuentran la expansión de los servicios educativos y la infraestructura sanitaria, así como la ampliación de los

¹³⁸ Director General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

servicios públicos de salud, notoria a partir de la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1942 y, un año más tarde, la transformación del Departamento de Salubridad en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La política pronatalista del país se remonta a los inicios de la vida independiente, motivada por el impulso y la consolidación del poblamiento del territorio nacional y que, durante el medio siglo que siguió a la Revolución Mexicana (1910-1921), encontró amplia acogida en un modelo económico intensivo en mano de obra y enfocado a la sustitución de importaciones y a dedicar la producción industrial y agrícola a la satisfacción de la demanda interna.

No obstante, en los años sesenta el debate sobre la política de población comenzó a ser importante y en diversos sectores había el convencimiento de que la posición pronatalista no podía sostenerse por mucho tiempo. Fue en ese ámbito y en el marco de los preparativos para la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas, celebrada en Bucarest en 1974, que se dio un pleno reconocimiento a la necesidad de emprender acciones para moderar el crecimiento poblacional.

En enero de 1974 entra en vigor una nueva ley de población y en diciembre de ese mismo año se crea un nuevo artículo 4º constitucional, que incorpora los principios que “el varón y la mujer son iguales ante la ley” y de que “toda persona tiene el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”. Con ello, surge una nueva política de población en México, que desde su origen “ha sido entendida como tarea consustancial a la existencia misma del Estado y como la expresión humana de la política de desarrollo. Se trata de una política pública que es producto de una decisión soberana y autónoma de nuestro país, humanista en su concepción, con plena conciencia del presente y con visión de futuro, y regida por el principio de respeto irrestricto a las libertades y derechos de los mexicanos” (CONAPO, 2000, p.10).

Los programas públicos de planificación familiar y paternidad responsable se convierten en los pilares de la nueva política que busca moderar el crecimiento demográfico. Iniciados en 1972, esos programas se refuerzan y progresivamente cubren a capas de población cada vez más numerosas y su conducción queda en manos del estado.

Los resultados no se hacen esperar. El franco declive de la mortalidad y el mantenimiento de una alta fecundidad propició que la tasa de crecimiento aumentara continuamente de 1,73 por ciento en 1930 a 2,73 por ciento en 1950 y a 3,57 por ciento en 1962, como consecuencia de la caída de la natalidad el ritmo aminoró a 3,35 por ciento en 1970, 2,59 por ciento en 1985 y 1,66 por ciento en 2000. Así, después de un largo proceso de transformación demográfica, la población mexicana ingresó al nuevo milenio con una tasa de crecimiento natural semejante a la observada 70 años atrás, aunque con un tamaño casi seis veces mayor (100,6 millones de habitantes en 2000 frente a 17,8 millones en 1930).

En este trabajo se analiza la viabilidad del descenso de la fecundidad en México al nivel del reemplazo intergeneracional en el corto plazo y por debajo de él en el mediano y largo plazos. Para ello, primero se presentan algunos diferenciales del descenso la fecundidad y de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos; y, después, se inspeccionan las condiciones que conducirían al eventual descenso de la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo.

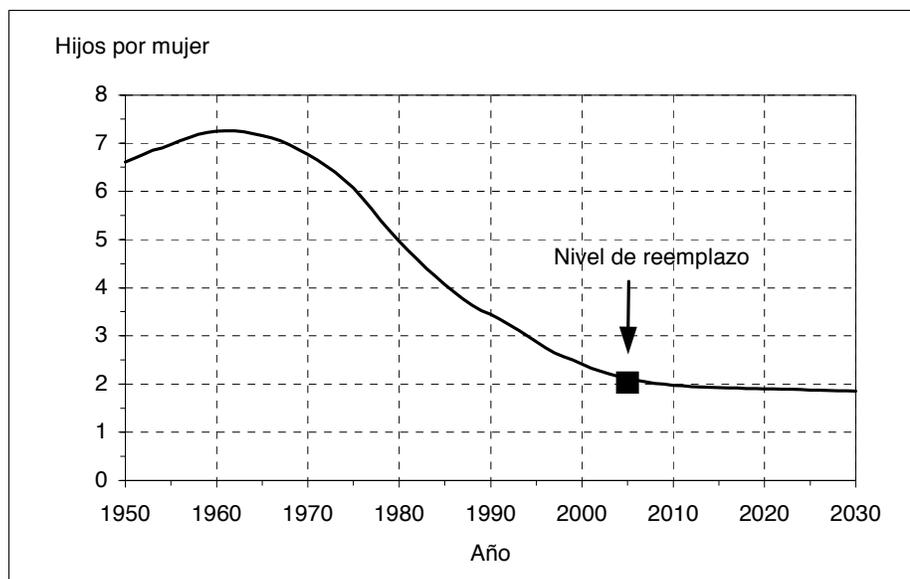
II. El descenso de la fecundidad

En México, los niveles y tendencias de la fecundidad, desde hace ya varios años, se obtienen de las historias de embarazos de encuestas por muestreo, ya que los nacimientos de las estadísticas vitales adolecen de registro tardío y múltiple que sesgan sensiblemente el nivel y el patrón por edad de las tasas de fecundidad. En la reconstrucción de la fecundidad mexicana utilizamos la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) de 1976-1977, la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES) de 1987 y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 1992 y 1997. Las tasas globales de fecundidad (TGF) de 1950 a 1996 se dedujeron de esas encuestas; la de 1999 se obtuvo mediante un modelo de incremento de paridades con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 y las tendencias de las encuestas (CONAPO, 2002).

Dentro del ámbito de una política pronatalista, los niveles de la fecundidad de México se mantuvieron altos e incluso se elevaron antes de comenzar a descender a principios de los años sesenta del siglo XX, como se puede ver en el gráfico 1. Recordemos que las familias tenían alrededor de 6 hijos a principios del siglo pasado y alcanzaron un máximo de 7,2 hijos alrededor de 1962. La gradual difusión de las prácticas de planificación familiar contribuyó a impulsar la transición de la fecundidad en el país. En el proceso de disminución de la fecundidad se pueden distinguir tres etapas (véase el gráfico 1):

1. El período inicial de 1962 a 1974 fue de lenta disminución, la tasa global de fecundidad (TGF) se redujo un hijo, con un decremento promedio anual de 0,08 hijos.
2. El intervalo de 1974 a 1985 fue de caída acelerada, ya que a la reducción de más de dos hijos en la TGF corresponde un decremento medio anual de 0,20 hijos. Cronológicamente esta fase coincide con el establecimiento de la nueva política de población
3. El período 1985-1999 fue de descenso moderado, ya que el decremento medio anual de 0,10 hijos (casi 1,6 hijos en total) equivale a la mitad de la velocidad de la reducción observada en los once años previos.

Gráfico 1
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, 1950-2030



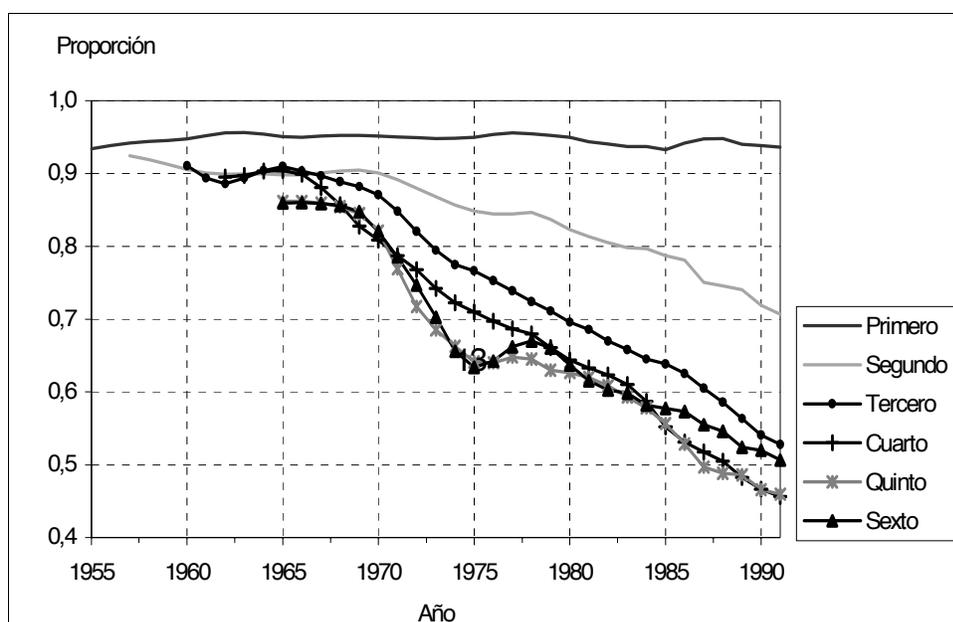
Fuente: CONAPO (2002).

La experiencia mexicana, igual que la de otros países, nos muestra que una vez que la transición de la fecundidad empieza su curso, el ritmo de descenso se acelera rápidamente; sin embargo, conforme la descendencia promedio alcanza niveles más bajos, las reducciones anuales son cada vez menores.

La transición de la fecundidad ha implicado reducciones significativas en la propensión al agrandamiento de las familias. Esto se puede ver mediante el *quintum* de cada paridad, es decir, la proporción de mujeres que dan a luz al primogénito dentro de los primeros cinco años que siguen al primer matrimonio o que incrementan su descendencia en el lustro posterior al nacimiento de un hijo. Debido al escaso número de mujeres que aumentan su prole después de esos cinco años, es que esta medida equivale prácticamente a la probabilidad definitiva de aumento de la familia.

La proporción de mujeres que tiene su primogénito durante el primer lustro de una unión estable se ha mantenido prácticamente constante —alrededor de 95 por ciento— en las últimas décadas, como se puede ver en el gráfico 2, con lo cual el descenso de la fecundidad se origina en la notable reducción en los quintum del segundo intervalo de nacimiento en adelante. Se advierte cierta sincronía en el inicio del descenso en los últimos cinco intervalos (de 1966 a 1970); no obstante, el gradiente de descenso aumenta conforme sube la paridad.

Gráfico 2
QUINTUM PARA TODOS LOS INTERVALOS DE NACIMIENTO, 1955-1991



Fuente: Tuirán y otros (2002).

Así, mientras 90 por ciento de las mujeres con un hijo en 1965 tuvieron el segundo en el lustro siguiente, sólo lo hicieron 71 por ciento de aquéllas que apenas tenían al primero en 1991. Las disminuciones son más notables en los quintum de proles más numerosas: mientras en 1965 los correspondientes al paso del segundo al tercer hijos (91 por ciento) y de éste al cuarto (90 por ciento) eran similares a la proporción del segundo intervalo; en 1991 eran de casi la mitad (53 y 46 por ciento), siendo precisamente la del cuarto intervalo la que registró la mayor reducción.

No sólo la intensidad, sino también el calendario de la fecundidad registró algunos cambios significativos, con excepción de nueva cuenta del primer intervalo. Si se utiliza la mediana como

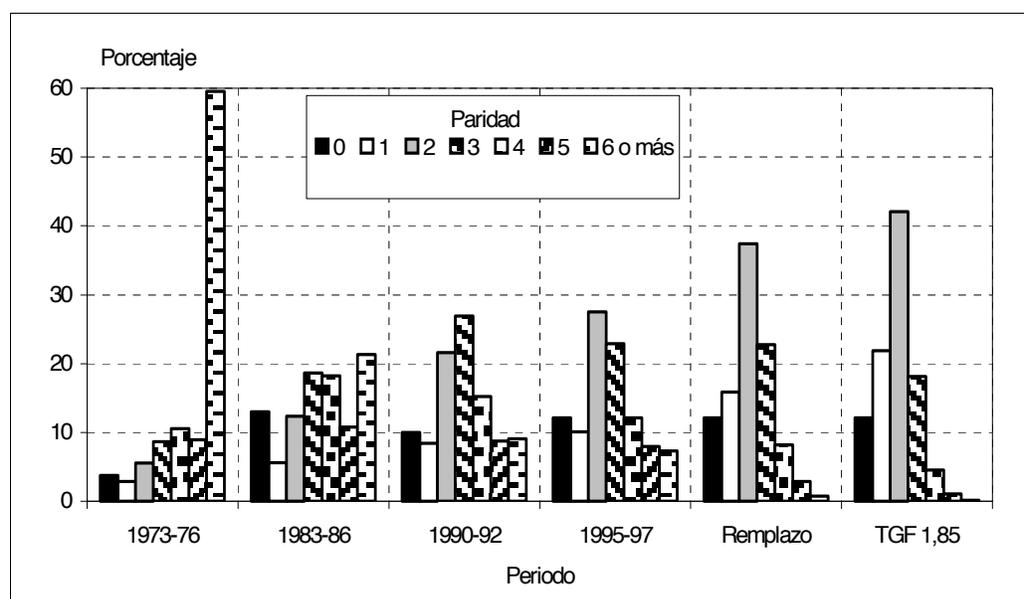
indicador del tiempo que les lleva a las integrantes de las cohortes completar la transición entre el matrimonio y el primer hijo o entre un nacimiento y otro, se observa que mientras el intervalo protogenésico se ha mantenido constante en 13 meses, el período que transcurre del primero al segundo hijos aumentó de 21 a 27 meses de principios de los años setenta a principios de los noventa y que para los intervalos siguientes el aumento fue algo menor.

De lo anterior se desprende que, cuando la fecundidad se encontraba en su nivel más alto —en los años sesenta— era frecuente que una proporción muy elevada de mujeres aumentara su descendencia y lo hiciera muy rápidamente. El relativo paralelismo en la reducción de la probabilidad condicional de tener un hijo adicional a partir del primero, así como el aumento en los intervalos intergenésicos, refleja la gradual generalización de las prácticas de limitación y espaciamento de los nacimientos en todas las paridades.

Si se ligan los *quintum* de los seis intervalos mostrados en el gráfico 2, es posible concluir que, de haber prevalecido las pautas reproductivas de 1965, más de la mitad (52 por ciento) de las mujeres hubieran tenido seis hijos antes de cumplir 30 años de casadas. La caída de la fecundidad propició que esta proporción disminuyera a la tercera parte en 1975 (17,8 por ciento) y a poco más de una catorceava parte en 1991 (3,7 por ciento).

Otra forma de examinar los cambios en el comportamiento reproductivo es mediante la edad. Con base en el recurso de las tablas de vida y las tasas específicas de fecundidad por paridad durante el intervalo fértil (15-49 años) para cuatro diferentes períodos, en el gráfico 3 se presenta la distribución final (a los 50 años de edad) según la paridad, y en el gráfico 4 la esperanza de vida según la paridad para las mujeres de 15 años de edad.¹³⁹

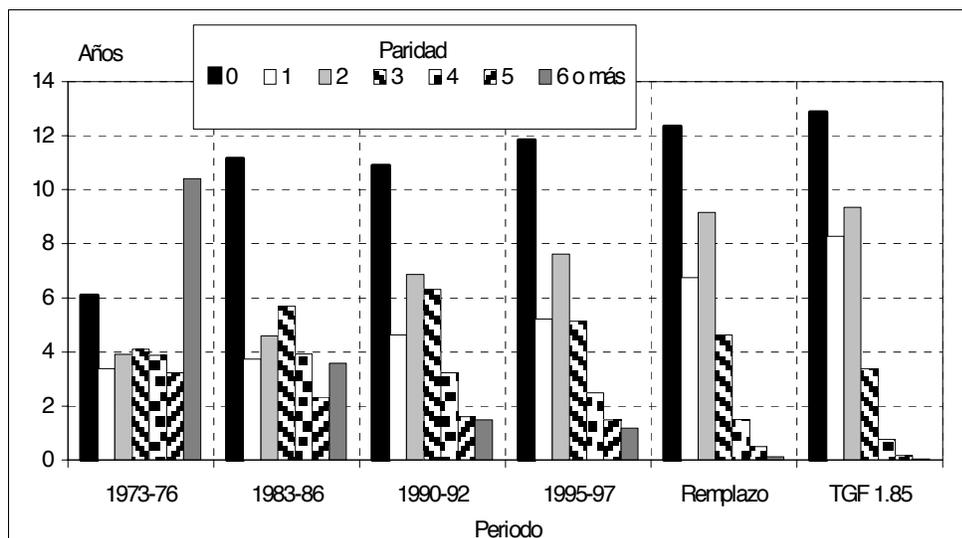
Gráfico 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES SEGÚN PARIDAD A LOS 50 AÑOS DE EDAD, 1973-1997



Fuente: Tuirán y otros (2002).

¹³⁹ Este esquema tiene la propiedad de que si se suma el producto de cada proporción multiplicada por la paridad correspondiente, se tiene la TGF del período.

NÚMERO DE AÑOS QUE UNA MUJER DE 15 AÑOS DE EDAD ESPERA VIVIR EN CADA PARIDAD ENTRE 15 Y 50 AÑOS, 1973-1997



Fuente: Tuirán y otros (2002).

El cambio en los patrones reproductivos es evidente. Al inicio del programa de planificación familiar, en 1973-1976, casi 60 por ciento de las mujeres terminaba su período reproductivo con 6 hijos o más (la TGF del período fue de más de 6 hijos) y pasaba casi 83 por ciento de su vida fértil criando una progenie numerosa.¹⁴⁰ Diez años más tarde se observa una distribución más equitativa de la descendencia final: prácticamente la misma proporción que concluía con 3 o 4 hijos lo hacía con 6 hijos o más; en cambio, 32 por ciento de su período reproductivo lo pasaba sin hijos.

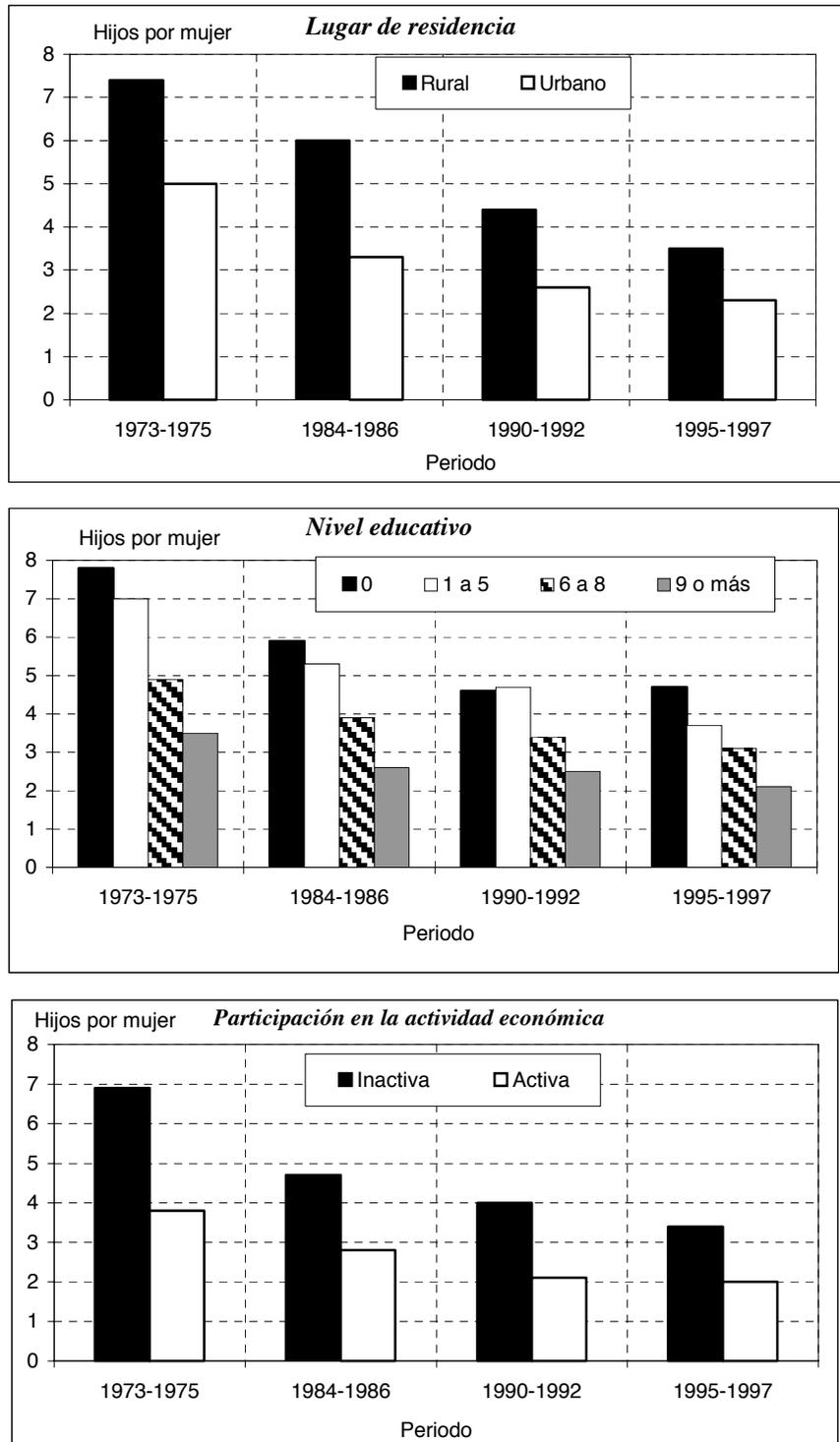
Al avanzar la transición de la fecundidad, las descendencias definitivas bajas son cada vez más frecuentes y el tiempo que la mujer dedica al cuidado de los hijos es menor. En efecto, mientras en 1973-1976 una mujer invertía 22,2 años de su vida en la crianza de casi seis hijos hasta que el último cumplía seis años de edad (un promedio de 3,9 años por hijo), en 1995-1997 sólo dedicaba 14,8 años al cuidado de menos de tres (un promedio de 5,6 años por hijo). Así, mientras al inicio del programa de planificación familiar, un hijo compartía con su hermano siguiente la mitad del tiempo de crianza desde su nacimiento hasta que cumplía seis años de edad, cuatro lustros después casi todo el tiempo era dedicado a él solo.

Conforme los beneficios del desarrollo socioeconómico se han extendido a más capas de la población, la transición de la fecundidad se ha convertido paulatinamente en una pauta cada vez más generalizada y convergente entre los distintos grupos sociales del país. En el panel superior izquierdo del gráfico 5 se advierte que no sólo la brecha de 2,4 hijos en 1973-1975 entre las mujeres con residencia en áreas no urbanas y urbanas se acortó a la mitad en 1995-1997, sino también que el nivel alcanzado en el ámbito no urbano al final (3,5 hijos) era 30 por ciento menor al registrado en el conjunto de las ciudades veinte años atrás (5,0 hijos).

En la escolaridad y la participación en la actividad económica se observan pautas similares; no obstante, cabe destacar que en el último trienio las mujeres con educación secundaria terminada (9 años o más) ya mostraban la fecundidad de reemplazo y quienes se insertaban en la actividad económica desde el período previo.

¹⁴⁰ El tiempo dedicado al cuidado de los hijos equivale a la suma de las esperanzas de vida con un hijo o más.

Gráfico 5
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR LUGAR DE RESIDENCIA,
NIVEL EDUCATIVO Y PARTICIPACIÓN EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA, 1973-1997

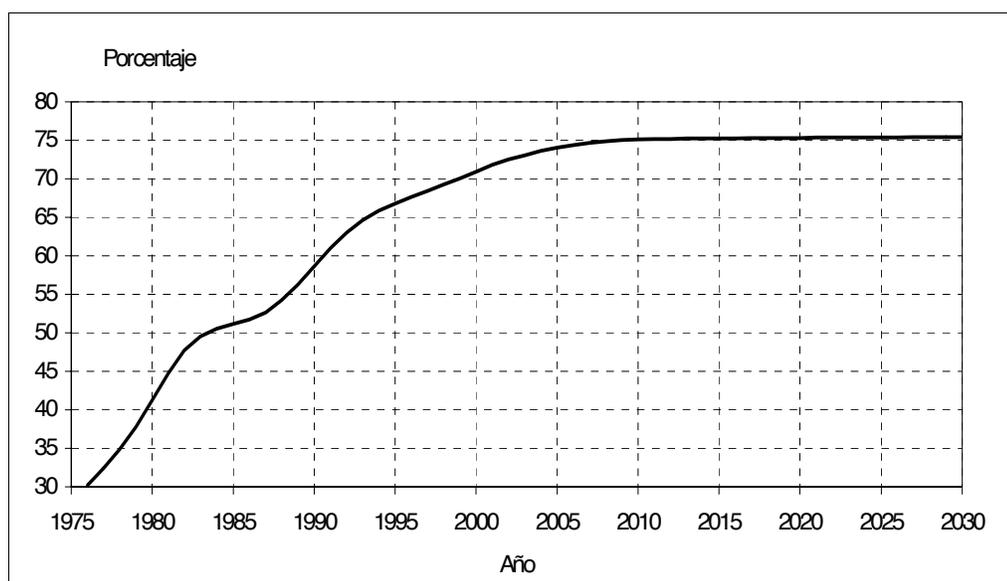


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población, 2002.

III. Los determinantes próximos de la fecundidad

El principal determinante directo del descenso de la fecundidad ha sido la difusión de las prácticas de limitación y espaciamento de los nacimientos y el incremento significativo en el uso de métodos anticonceptivos cada vez más efectivos y de mayor continuidad. Con base en encuestas de hogares específicas, se estima que la proporción de mujeres unidas en edad fértil que usan métodos anticonceptivos aumentó de 30,2 por ciento en 1976 a 68,4 por ciento en 1997, como se puede ver en el gráfico 6.

Gráfico 6
PORCENTAJE DE LAS MUJERES UNIDAS EN EDAD FÉRTIL QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, 1976-2030

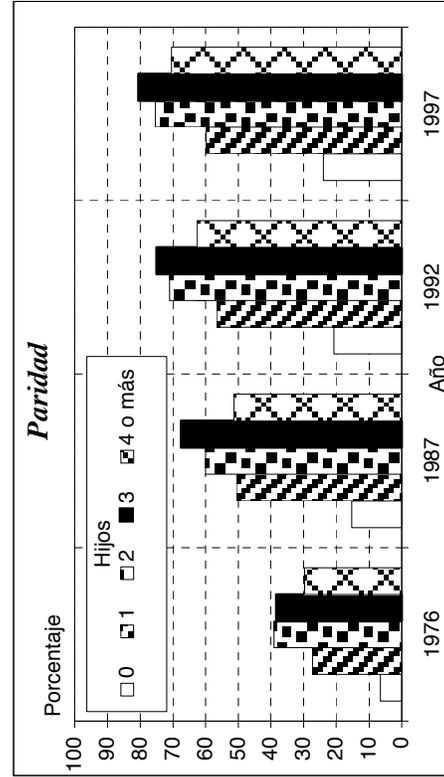
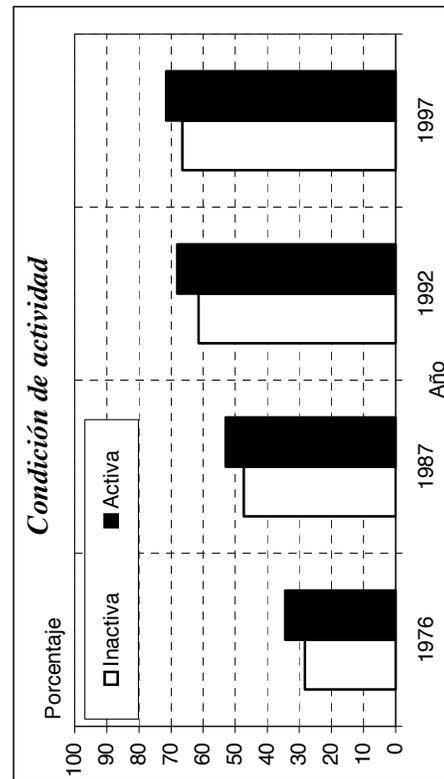
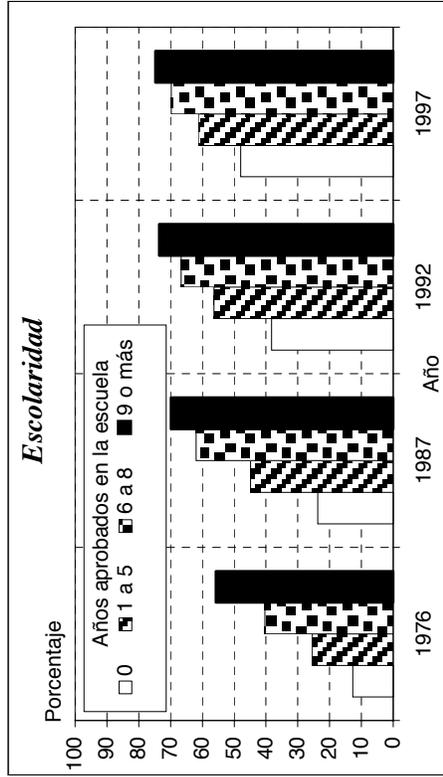
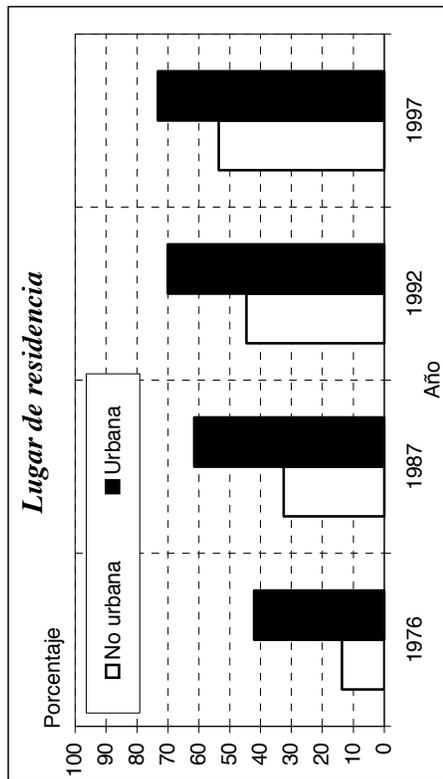


Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población, 2002.

Igual que en el descenso de la fecundidad, la práctica anticonceptiva también se ha convertido en una pauta cada vez más generalizada y convergente entre los distintos grupos sociales del país, como se puede ver en el gráfico 7. Durante los años sesenta, la oferta de métodos para regular la fecundidad provenía de organismos privados, concentrados principalmente en las grandes ciudades del país, lo cual se pone de manifiesto en el panel superior izquierdo del gráfico 7, donde se advierte que en 1976 la prevalencia anticonceptiva abarcaba a más de 40 por ciento de las mujeres unidas urbanas, mientras apenas superaba 10 por ciento en las rurales. Conforme los programas gubernamentales avanzaron y cubrieron la mayor parte del territorio nacional, la brecha entre ambos ámbitos geográficos se fue cerrando, al grado que en 1997 la proporción entre las mujeres rurales ya era más de la mitad.

En la escolaridad se advierte un escenario similar y llama la atención que, mientras la prevalencia en el uso de anticonceptivos de las mujeres con nueve años o más aprobados se acrecentó casi 27 puntos porcentuales entre los años extremos (de 48,0 a 74,8 por ciento), el aumento en aquéllas sin instrucción fue de 43 puntos (de 12,8 a 55,8 por ciento), lo cual refleja claramente que la oferta de métodos para regular la fecundidad ha encontrado cabida en todos los grupos sociales. Esta conclusión se apoya asimismo en el patrón similar de aumento entre las mujeres económicamente activas e inactivas que se aprecia en el panel inferior izquierdo del gráfico 7.

Gráfico 7
PREVALENCIA EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS POR LUGAR DE RESIDENCIA, NIVEL EDUCATIVO, INSERCIÓN EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA Y PARIDAD, 1976-1997



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población, 2002.

El uso de anticonceptivos se ha mantenido en un nivel bajo —aunque creciente— cuando se pretende evitar o posponer el nacimiento del primogénito, como se puede ver en el panel inferior derecho del gráfico 7; sin embargo, entre las mujeres con hijos la prevalencia ha experimentado un continuo y marcado ascenso, el cual fue más rápido en los primeros años de la implantación de los programas públicos de planificación familiar y superaba 70 por ciento entre las madres con tres o más hijos en 1997.

Como contraparte al aumento en la prevalencia en el uso de anticonceptivos, la demanda insatisfecha se redujo a más de la mitad entre 1987 (25 por ciento) y 1997 (12 por ciento). Conviene señalar que los grupos más rezagados en la transición de la fecundidad muestran niveles elevados de demanda insatisfecha. En esa situación se encontraban las mujeres indígenas (25,8 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil), quienes residían en localidades rurales (22,2 por ciento) y aquéllas sin escolaridad (21,8 por ciento) en 1997, cuyas características aluden a ambientes sociales, culturales y geográficos que obstaculizan el ejercicio pleno de los derechos reproductivos. Es precisamente en esas mujeres donde los programas de salud reproductiva deben focalizar sus acciones en el futuro.

Los patrones de formación y disolución de uniones también han incidido en el descenso de la fecundidad, aunque con menor intensidad que la práctica anticonceptiva. En los últimos años su impacto ha aumentado levemente, ya que se advierte una pauta de postergación de la edad a la primera unión, un aumento en el número de uniones consensuales —las cuales tienen una mayor probabilidad de ruptura— y un incremento incipiente de las tasas de separación y divorcio. En efecto, la edad media a la primera unión aumentó de 21,4 a 22,8 años entre 1970 y 2000 y la desviación estándar de 5,1 a 6,2 años, indicando no sólo el aplazamiento, sino también el espaciamiento del inicio de la vida en pareja.¹⁴¹ Asimismo, entre las mujeres alguna vez unidas, la proporción de separadas y divorciadas —entre 15 y 50 años edad— ha aumentado de 3,9 por ciento en 1970 a 7,4 por ciento en 2000, siendo más notable el ascenso en aquéllas que se encuentran hacia el final del período fértil (de 4,1 a 8,3 por ciento, respectivamente, en el grupo 35-39 años y de 4,6 a 10,2 por ciento en el 40-49).

El efecto del aborto sobre la evolución de la fecundidad al parecer no ha sido tan significativo. No se cuenta con información precisa sobre la incidencia de esta práctica en el país; sin embargo, con base en los registros hospitalarios de las principales instituciones de salud y de las encuestas sociodemográficas, se estima que la tasa de abortos ha venido descendiendo en los últimos veinticinco años, como consecuencia de la disminución de los embarazos no planeados derivados del aumento del uso de anticonceptivos. Entre las mujeres alguna vez embarazadas, 22,7 por ciento declaró, en 1987, haber tenido por lo menos un aborto y 19,6 por ciento lo hizo en 1992 y 19,0 por ciento en 1997. Asimismo, la tasa global de abortos ha descendido de manera acelerada de 1,2 en promedio al final de su vida reproductiva en 1976 a 0,1 en 1997. La reducción de la incidencia del aborto coincide con el rápido incremento registrado en el uso de métodos anticonceptivos en el mismo período.

Existe evidencia suficiente que prueba que la infertilidad postparto, derivada de la duración de la lactancia, tampoco ha tenido efectos significativos sobre la evolución de la fecundidad; su incidencia se ha incrementado ligeramente de 83 por ciento en 1972-1976 a 85 por ciento entre 1982-1987 y a 90 por ciento de 1994-1997 y la duración media del amamantamiento se ha reducido de 12,4 a 10,7 y 9,8 meses, respectivamente.

¹⁴¹ Los dos indicadores se obtuvieron ajustando modelo de Coale y McNeil (1972) a las proporciones por edad de mujeres alguna vez unidas (no solteras) en los censos de población de 1970 y 2000.

IV. Los supuestos en que se sustentan las proyecciones de la fecundidad

México cuenta con un programa de planificación familiar fuerte y consolidado que busca seguir ampliando su cobertura con el fin de abatir la demanda insatisfecha de métodos de regulación de la fecundidad en el corto y mediano plazos. Con base en las tendencias recientes y el cumplimiento de metas plausibles de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos se piensa que es factible la fecundidad descienda al nivel de reemplazo en 2005.

Esta propuesta data de 1995, cuando se revisaron las proyecciones de población del país para la elaboración del *Programa Nacional de Población 1995-2000*. Las previsiones de la fecundidad, establecidas con datos hasta 1991, se cumplieron cabalmente hasta 1996, de acuerdo con los resultados de las historias de embarazos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 1997. A la luz de los resultados esta encuesta, se revisaron nuevamente las proyecciones, previendo una TGF de 2,50 hijos para 1999 —que coincidió con la estimación para 1999 derivada del censo de 2000— y 2,34 hijos para 2001. Con base en el modelo de Bongaarts (1982), que se describe adelante, se estima en 70,0 y 71,8 por ciento, respectivamente, la fracción de las mujeres unidas en edad fértil que usan métodos anticonceptivos que corresponden a esos niveles de fecundidad. Los informes institucionales de los avances del programa de planificación familiar aportan evidencia para sostener que esas prevalencias de uso fueron alcanzadas. Estos hechos refuerzan la factibilidad de alcanzar el reemplazo en 2005, con lo cual se ha mantenido como una meta del *Programa Nacional de Población 2001-2006*.

La proyección de la tasa global de fecundidad se obtuvo ajustando una función logística, con base en la experiencia observada en 1962-1996 y 1999, de tal forma que se alcanzara el reemplazo intergeneracional en 2005:

$$TGF(2005 + y) = 1,85 + \frac{5,45}{1 + e^{2,993807 + 0,148471y}}$$

La tasa global de fecundidad, asociada a la mortalidad proyectada para 2005, que satisface el reemplazo intergeneracional es de 2,11 hijos por mujer. En el largo plazo se prevé que este indicador descenderá a 1,85 hijos en 2030 y a partir de entonces se mantendrá constante hasta 2050. La cota mínima de 1,85 hijos fue sugerida por el grupo de expertos convocado por Naciones Unidas (2002). En el gráfico 1 se presenta la evolución prevista para la TGF.

La consecución del nivel de reemplazo implicaría una reducción en la TGF de 0,64 hijos con respecto a 1996, es decir, un decremento anual de 0,07 hijos, el cual está muy por debajo de los promedios anuales registrados desde el inicio de la política de control del crecimiento demográfico en 1974.

Para poder cuantificar los avances de los programas públicos de planificación familiar y salud reproductiva que se requieren para alcanzar el nivel de reemplazo en el corto plazo y descender a una TGF de 1,85 hijos en el largo plazo, utilizamos el modelo de determinantes próximos de Bongaarts (1982). Dentro del esquema de las variables intermedias de la fecundidad propuesto por Blake y Davis (1956), el autor selecciona aquellas de mayor sensibilidad y variabilidad. El modelo consiste en disminuir un nivel máximo de la tasa global de fecundidad (TF), donde incluso no interviene la reducción debida a la infertilidad postparto, por la incidencia de cuatro factores:

$$TFG = TF \times Cc \times Cm \times Ca \times Ci$$

donde Cc es el índice de anticoncepción (igual a uno en ausencia de planificación familiar y cero si todas las mujeres utilizan métodos anticonceptivos eficientes); Cm es el índice de matrimonio (igual a uno si todas las mujeres en edad fértil están unidas y cero si ninguna lo está);¹⁴² Ca es el índice de aborto inducido (igual a uno en ausencia de abortos y cero si todos los embarazos son abortados); y Ci es el índice de infertilidad posparto (igual a uno en ausencia de lactancia y abstinencia posparto y cero si la duración de la infertilidad fuera infinita).

Consideremos dos momentos en el tiempo, digamos 1 y 2. El cambio en la TGF está dado sólo por la variación en los determinantes próximos, ya que el nivel de fecundidad máxima (TF) se supone invariable en el tiempo y entre las distintas sociedades:

$$\frac{TGF(2)}{TGF(1)} = \frac{TF \times Cc(2) \times Cm(2) \times Ca(2) \times Ci(2)}{TF \times Cc(1) \times Cm(1) \times Ca(1) \times Ci(1)} = \frac{Cc(2) \times Cm(2) \times Ca(2) \times Ci(2)}{Cc(1) \times Cm(1) \times Ca(1) \times Ci(1)}$$

Debido a la poca incidencia que el aborto y la infertilidad posparto han tenido en la evolución de la fecundidad en México y dado el escaso cambio que han experimentado en el pasado reciente, supusimos que a partir de 1997 ambas prácticas se mantendrían constantes, con lo cual, el cambio en la TGF está dado sólo por los cambios en la anticoncepción y en la nupcialidad.

$$\frac{TGF(2)}{TGF(1)} = \frac{Cc(2) \times Cm(2)}{Cc(1) \times Cm(1)}$$

La proyección de la formación y disolución de uniones la hicimos de la manera siguiente. Ajustamos el modelo de Coale y McNeil (1972) a las proporciones por edad de mujeres alguna vez unidas (no solteras) en los censos de población de 1970 a 2000. Con base en las tendencias, supusimos que la edad de entrada al mercado matrimonial (ao) aumentaría linealmente, con respecto al tiempo, de 12 años en 2000 a 15 años en 2030, como respuesta de la población a la política encauzada a retener a los jóvenes en el sistema educativo y posponer la edad a la primera unión; y que el espaciamiento con que ocurren las primeras uniones (k) también aumentaría linealmente de 0,95 a 1,0 al cabo de las tres décadas de la proyección. A las proporciones por edad de las mujeres alguna vez unidas (que se unieron por primera vez) ajustadas con el modelo se les sobrepuso la fracción de aquellas que aún estaban unidas en el censo de 2000; es decir, que a lo largo de la proyección se supone que los patrones de disolución imperantes en 2000 se mantendrán durante los siguientes seis lustros. De esta manera, el factor Cm disminuiría de 0,5989 en 1996 a 0,5647 en 2030.¹⁴³

En el elemento Cc concurren dos factores: la proporción de mujeres unidas que usan anticonceptivos (u) y la efectividad promedio de los métodos empleados (e), los cuales se ligan como:

$$Cc = 1 - 1,08 \times u \times e$$

¹⁴² Se supone que toda la reproducción biológica tiene lugar dentro de uniones consensuales duraderas.

¹⁴³ La media de los siete grupos de edades fértiles se obtuvo con la estructura por edad de las mujeres proyectadas en cada año.

donde 1,08 es un factor de corrección por esterilidad. Nuestro interés está en el cambio en la tasa de prevalencia u implícito en el descenso de la TGF. Así, es necesario estimar la eficiencia promedio de los métodos anticonceptivos e , la cual se calcula como la media de la eficiencia de cada método ponderada por la distribución de las mujeres según el método empleado.

Del análisis de las tendencias del uso de anticonceptivos en nuestro país, supusimos que la fracción de las mujeres unidas con método definitivo (obturación tubaria bilateral y/o vasectomía de su pareja) permanecería constante, según se muestra en el cuadro 2, de tal suerte que los aumentos en la prevalencia anticonceptiva se centrarían en los demás métodos. Para simplificar la proyección se supuso que la distribución interna de éstos últimos, registrada en la ENADID de 1997, también permanecería invariable. No obstante, es necesario hacer una proyección preliminar de la prevalencia anticonceptiva, ya que del balance de métodos definitivos y otros depende la eficiencia promedio.

Entre las metas del *Programa Nacional de Población 2001-2006* está reducir la demanda insatisfecha en el uso de métodos anticonceptivos en alrededor de 50 por ciento para las once entidades federativas con mayores niveles. Así, se supuso que los niveles registrados en la ENADID de 1997, para los distintos grupos de edad, se reducirían en 70 por ciento en el futuro como se muestra en las primeras tres columnas del cuadro 1. De esta manera, las generaciones 1957-1962 (35-39 años en 1997) y 1962-1967 (30-34 años) terminarían su vida fértil con una prevalencia de 82,6 por ciento. Si ese nivel se mantiene a lo largo del tiempo, las generaciones más jóvenes (1967-1972 a 1977-1982 ó 15-19 a 25-29 años en 1997), terminarían su vida fértil con el mismo porcentaje de usuarias de métodos anticonceptivos. Si tomamos la cohorte más reciente, suponiendo un patrón por edad similar al de las generaciones anteriores, su historia de uso de anticonceptivos sería la de la cuarta columna del cuadro 1. Si suponemos que en 2027 la demanda insatisfecha del grupo 15-19 años sea 35 por ciento menor a la registrada en 1997, usando como pauta por edad tipo el patrón proyectado para la generación 1977-1982, se estimó el uso de anticonceptivos para los grupos 20-24 y 25-29 años para 2027-2030, como se muestra en la quinta columna del cuadro 1.¹⁴⁴

Cuadro 1

ESTIMACIÓN PRELIMINAR DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS, 1997-2030

Edad	1997		Porcentaje de usuarias a futuro	Prevalencia de la cohorte 1977-1982	Prevalencia 2027-2030
	Porcentaje de mujeres unidas que usan anticonceptivos	Demanda insatisfecha de anticonceptivos			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15-19	45,0	26,7	63,7	45,0	54,4
20-24	59,3	21,1	74,1	63,6	67,7
25-29	67,8	14,7	78,1	72,3	74,0
30-34	75,4	10,3	82,6	78,2	78,2
35-39	76,1	9,3	82,6	80,3	80,3
40-44	74,5	6,6	79,1	81,0	81,0
45-49	61,4	3,2	63,6	82,6	82,6

Fuente: Zúñiga y otros (2000) para las columnas (1) y (2).

¹⁴⁴ La media de los siete grupos de edades fértiles se obtuvo con la estructura por edad de las mujeres unidas proyectadas en cada año (véase nota 5).

Cuadro 2

PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS QUE USAN MÉTODO DEFINITIVO, 1987-2030

Edad	1987	1992	1997	2002-2030
15-19	0,3	0,4	0,4	0,4
20-24	3,3	4,4	5,4	5,4
25-29	12,6	16,8	17,0	17,0
30-34	26,8	32,0	34,6	34,6
35-39	35,2	45,5	47,1	47,1
40-44	32,9	46,4	53,0	53,0
45-49	21,7	38,4	48,3	53,0

Fuente: estimado a partir de la EMF-1976, ENFES-1987 y ENADID de 1992 y 1997.

La consecución del nivel de reemplazo en 2005 requeriría incrementar la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos de 71,8 por ciento en 2001 a 74,1 por ciento cuatro años después. Como se puede ver, los aumentos en la práctica anticonceptiva son factibles: 0,6 por ciento de incremento medio anual, que es menor al de los bienios 1997-1999 (0,8 por ciento) y 1999-2001 (0,9 por ciento).¹⁴⁵ El esfuerzo equivale a reducir en poco más de 40 por ciento la demanda insatisfecha registrada en 1997 (12,2 por ciento), que es significativamente menor a 52 por ciento logrado en la década previa. Si bien las metas de anticoncepción se pudieran postergar, difícilmente lo harían más de dos o tres años, con lo cual resulta probable que la fecundidad de reemplazo se alcance, a más tardar, en la segunda mitad de este decenio.

En general, los procedimientos seguidos por el CONAPO y la División de Población de las Naciones Unidas (UNPOP) para proyectar la fecundidad de México son similares. La principal discrepancia descansa en el momento en que se prevé podría alcanzarse el nivel de reemplazo. La UNPOP supone, en su hipótesis media (sugerida), que la consecución tendría lugar en 2020-2025. Si esto fuera así, la prevalencia de anticonceptivos ascendería a 72,9 por ciento en esa época,¹⁴⁶ lo cual implicaría un incremento de sólo 0,05 por ciento anual a partir de 2001, un gradiente ínfimo al compararlo con las tendencias del pasado cuarto de siglo.

¿Cuáles serían los cambios en la conducta reproductiva al alcanzarse el nivel de reemplazo? En los gráficos 3 y 4 se incluye la distribución por paridad al final y las esperanzas de vida durante el período fértil.¹⁴⁷ Al inicio de la nueva política de población (1973-1976) casi 60 por ciento de las mujeres terminaban su vida fértil con 6 hijos o más; al alcanzar el reemplazo, una proporción aún mayor (65 por ciento) concluiría con 2 hijos o menos. Se advierte que sólo una de cada ocho mujeres terminaría con una descendencia “numerosa” (4 hijos o más). La postergación del primer matrimonio, y por ende del primogénito, propiciaría que una mujer, en promedio, pasara más de la tercera parte de su vida fértil sin hijos (35 por ciento) y dedicara 40 por ciento a la crianza de dos hijos, con un intervalo intergenésico medio de 6,7 años.

¹⁴⁵ En el gráfico 6 se incluye las prevalencias implícitas en el evolución futura de la fecundidad.

¹⁴⁶ La diferencia de 1,2 puntos porcentuales con respecto al valor de 2005 se debe al efecto conjunto del aplazamiento de las primeras uniones y al incremento en la eficiencia promedio de los anticonceptivos usados.

¹⁴⁷ Las tasas de exposición al riesgo de 1997 se usaron como base para la simulación. Se mantuvo la intensidad en las tasas del primer hijo, pero se modificó el calendario agregando 0,65 años a la edad media (el mismo incremento proyectado para la edad media a la primera unión en 2005). Para las tasas restantes se adoptó un modelo lineal de reducciones proporcionales con respecto a la paridad, empezando en 0,75 para las tasas del segundo hijo y terminando en cero a partir de la tasa del noveno hijo. Este esquema satisface la fecundidad de reemplazo de 2,1 hijos.

Un objetivo de la política de población de México es continuar ofreciendo los servicios de salud reproductiva y planificación familiar a todos aquellos que los requieran para limitar o espaciar su descendencia. Si la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de 6,4 por ciento, asociada al nivel de reemplazo intergeneracional, se redujera a 5,0 por ciento, o bien, se incrementara la prevalencia anticonceptiva a 75,4 por ciento, la TGF descendería a 1,85 hijos, es decir, el nivel proyectado en 2030. No obstante, debido a que las condiciones de la práctica anticonceptiva cambian en el largo plazo, es probable que se requiera un mayor esfuerzo en el abatimiento de la demanda insatisfecha para alcanzar la prevalencia requerida asociada a una prole promedio de 1,85 hijos.

Para analizar el impacto de largo plazo de ciertas políticas públicas, construimos —con fines meramente exploratorios— un modelo logístico con algunos determinantes socioeconómicos del uso de anticonceptivos, empleando para ello la información de la ENADID de 1997. Con base en sus resultados y adaptando las proyecciones vigentes a 2030 a las mujeres unidas en edad fértil en la distribución territorial (80 por ciento en áreas urbanas), servicios en las viviendas (todas con piso distinto de tierra y disponibilidad de agua potable y drenaje), educación (12,3 años promedio) y participación en la actividad económica (41,8 por ciento),¹⁴⁸ la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos ascendería a 76,7 por ciento, lo cual se traduciría en una TGF de 1,75 hijos cercana a la prevista de 1,85.¹⁴⁹

La situación extrema de una TGF de 1.85 hijos implicaría un escenario de la conducta reproductiva radicalmente distinto al observado en 1973-1976.¹⁵⁰ Ahora tres de cada cuatro mujeres (76 por ciento) concluirían su intervalo fértil con 2 hijos o menos, proliferarían las familias con uno (22 por ciento) y dos hijos (42 por ciento) y prácticamente serían inexistentes las numerosas (menos de 6 por ciento). Las mujeres pasarían 37 por ciento de su período reproductivo sin hijos y le dedicarían a la crianza sólo trece años (38 por ciento), con un espaciamiento promedio de 7,2 años entre nacimientos sucesivos (aunque tal espaciamiento no tendría lugar en 34 por ciento de las mujeres que terminarían sin progenie o con un hijo).

V. Conclusiones

México atraviesa actualmente por una etapa avanzada de la transición demográfica y, de acuerdo con las proyecciones oficiales vigentes para el país, se espera concluya el proceso a mediados del presente siglo. La notable disminución de la fecundidad en los últimos seis lustros ha sido posible gracias a un programa público de planificación familiar fuerte y consolidado y dirigido por el gobierno federal. No obstante los logros alcanzados en la oferta de métodos para regular la fecundidad, aún persisten importantes grupos poblacionales (indígenas, rurales y sin escolaridad) cuya demanda insatisfecha excede 20 por ciento.

Los programas de planificación familiar y salud reproductiva se encausan actualmente a abatir esa demanda insatisfecha, de tal suerte que si se cumplen las metas establecidas para el corto plazo, se alcanzará el nivel de fecundidad equivalente al reemplazo intergeneracional durante la segunda mitad de la década actual. La eventual consecución de metas de mediano y largo plazos implicaría que la tasa global de fecundidad continuaría disminuyendo por debajo del reemplazo.

La elevación de los niveles de educación, inserción en la actividad económica y bienestar general de la población en el futuro incidirán indudablemente en el aumento de la práctica anticonceptiva y en el descenso de la fecundidad. La información disponible muestra que las mujeres

¹⁴⁸ La educación promedio era 8,1 años en 2000 y la tasa de participación en la actividad de 29,2 por ciento.

¹⁴⁹ El intervalo de confianza de 95 por ciento para la prevalencia va de 70,3 a 83,0 por ciento, que implican tasas globales de fecundidad de 2,30 y 1,20 hijos, respectivamente.

¹⁵⁰ Aquí se agregan 3,30 años a la edad media del primer hijo de 1997 y las reducciones inician en 0,583 para las tasas del segundo hijo.

con educación secundaria terminada y las que participan en la actividad económica, que representan casi la mitad de las mujeres en edad fértil, muestran desde hace años niveles de fecundidad próximos al de reemplazo. Incluso, la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos de las primeras (74,8 por ciento) excede al necesario para alcanzar la fecundidad de reemplazo en 2005.

Estamos conscientes que universalizar la educación secundaria en el largo plazo no es condición suficiente para llegar a niveles de reemplazo o inferiores. No obstante, si ciertas metas de política social se llegaran a cumplir, con el apoyo de programas de planificación familiar y salud reproductiva eficientes y duraderos, como los que imperan en México desde hace más de treinta años, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos se abatiría a niveles mínimos, la práctica de regulación de la descendencia aumentaría aún más e inevitable y eventualmente la TGF caería debajo del nivel de reemplazo.

Bibliografía

- Blake, J. y K. Davis (1956), "Social structure and fertility: An analytical framework". *Economic Development and Cultural Change* 4(4):
- Bongaarts, J. (1982), "The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables". *Studies in Family Planning*, 13.
- Coale, A.J. y D.R. McNeil (1972), "Distribution by age of the frequency of first marriage in a female cohort". *Journal of the American Statistical Association* 67(340).
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2002), "Proyecciones de la población de México, 2000-2050 (Documento Metodológico Preliminar)", México. Mimeo Naciones Unidas (2002), *Completing the fertility transition*, Population Division, United Nations, New York (ESA/WP.172/REV.1).
- _____ (2000), *V Informe de avances del Programa Nacional de Población 1995-2000*. México.
- Tuirán, R., V. Partida, O. Mojarro y E. Zúñiga (2002), "Fertility in Mexico: Trends and forecast". *Completing the fertility transition*, Population Division, United Nations, New York (ESA/WP.172/REV.1).
- Zúñiga, E., B. Zubieta y C. Araya (2000), *Cuadernos de salud reproductiva*. Consejo Nacional de Población, México.

Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica. El descenso de la fecundidad

*Juan Carlos Alfonso Fraga*¹⁵¹

I. Presentación

A partir del sugerente tema para cuyo análisis ha sido convocado este seminario, parece atinado dar a la ponencia que se presenta el título de “Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica. El descenso de la fecundidad”, ya que si bien a escala regional esta declinación ha sido calificada de “espectacular” (CEPAL-CELADE, 2002), en el caso de Cuba podría considerarse “muy espectacular”, para así describir un proceso que, cuatro décadas atrás, comenzó con tasas medianamente superiores a las señaladas como finales para el “espectacular” descenso de la fecundidad en América Latina, y cuya evolución ha llevado a que desde hace 25 años —un cuarto de siglo— las tasas se sitúen por debajo de los niveles de reemplazo, tendencia que según los pronósticos no experimentará cambios en los próximos 50 años (Naciones Unidas, 2003).

Esta inédita situación en el marco de un país en desarrollo, pobre y con características muy propias vinculadas al régimen social que preconiza e impulsa, merece ser analizado a la luz de sus antecedentes, determinantes contextuales y próximos, tendencias

¹⁵¹ Investigador y Director Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Oficina Nacional de Estadísticas.

prospectivas e impactos, fundamentalmente en relación con el envejecimiento poblacional que, de acuerdo con las proyecciones, para el 2050 alcanzará a más de un 34% del total de la población. En ese momento Cuba será el país más envejecido de América Latina y el Caribe, conjuntamente con Barbados, y uno de los 30 más envejecidos del mundo.

En todo caso, lo interesante no es sólo valorar la forma, sino también las razones de ese proceso. Hasta la década de 1990, investigadores cubanos y de otros países elaboraron abundantes estudios específicos sobre la fecundidad, en los que, bajo distintas percepciones, se ratificó este descenso y también el mantenimiento de esta tendencia en el siglo XXI. En la actualidad se continúa investigando el tema en los denominados Estudios de Salud Reproductiva.

Sin embargo, lo que pudiera llamarse el caso de Cuba en materia de transición demográfica y, específicamente, de fecundidad, no ha suscitado suficiente atención en reuniones y comparaciones internacionales sobre el tema. Al parecer el hecho de no haber participado en las Encuestas Mundiales de Fecundidad (World Fertility Surveys, WFS) y en las subsiguientes Encuestas de Demografía y Salud (Demographic Health Surveys, DHS), explicaría esta contradicción.

Para suplir esta insuficiente inserción en investigaciones internacionales, a las cuales las instituciones y los investigadores cubanos permanecen ajenos, durante las últimas décadas se ha realizado en el país un conjunto importante de investigaciones y estudios sobre fecundidad, aborto, anticoncepción y, más recientemente, sobre salud reproductiva, trabajos que aportan un adecuado cuerpo de conocimientos para la interpretación de un proceso que si bien puede considerarse aleccionador y paradigmático, presenta ciertas desarticulaciones en algunos grupos. Por ejemplo, los valores de la fecundidad en la adolescencia, aunque atenuados en los últimos años, son aún mayores que lo deseado.

Varios de tales estudios e investigaciones, sobre todo los de representatividad nacional, como la Encuesta Demográfica Nacional de 1979 y las Encuestas Nacionales de Fecundidad de 1987 y de Migraciones Internas de 1995, se utilizan en este análisis, al igual que otras investigaciones más recientes sobre aborto y salud reproductiva realizadas a fines de los años noventa y a principios de la década del 2000.

El objetivo de este estudio es mostrar, mediante constataciones e interpretaciones, el proceso que llevó a Cuba en las décadas de 1970 y 1980... "a uno de los avances en la transición demográfica más acelerados y homogéneos de la historia demográfica contemporánea" (UNICEF y otros, 1996).

También se busca analizar lo que sucede en la actualidad, cuando el descenso obtenido se sostiene y se profundiza, a la vez que sus matices se amplían con rasgos específicos de lo que se ha denominado la segunda transición demográfica, tales como una proporción alta y mantenida de rupturas de uniones, un número considerable de hijos tenidos fuera del matrimonio formal, una postergación del nacimiento del primer hijo, la inevitabilidad del segundo o más hijos, un envejecimiento de la fecundidad en determinadas cohortes y, sobre todo, como ya se ha comentado, muy bajos niveles de fecundidad desde hace 25 años y en el futuro previsible.

Por último, se procurará evaluar los pronósticos e impactos asociados al descenso de la fecundidad, interrelacionados con el amplio espectro de programas sociales que se llevan a cabo actualmente, los cuales, sumados al entorno socioeconómico y demográfico del país, deberían intensificar este proceso.

II. Evolución del perfil sociodemográfico del país y sus consecuencias

En 1996, la población de Cuba totalizaba 11 millones de habitantes. En 1984, 12 años atrás, era de 10 millones. Según los pronósticos nunca alcanzaría a los 12 millones e incluso, de cumplirse las proyecciones, en algún momento, alrededor del período 2020-2025, la población de Cuba debería comenzar a decrecer en términos absolutos. En la actualidad es de 11,2 millones.

Esta evolución, prácticamente única en el contexto de los países en desarrollo, caracteriza una transición demográfica muy avanzada, en la cual la fecundidad, la principal variable demográfica que incide en el crecimiento de la población, ha experimentado una disminución significativa, que para muchos ha sido una de las más intensas a nivel internacional, lo cual también se aplica al comportamiento de la mortalidad.

Lo interesante del caso de Cuba es que este proceso, aunque con antecedentes históricos de bajos niveles relativos de fecundidad, se ha concentrado fundamentalmente en los últimos 40 años, con una tendencia creciente a la homogeneización entre diferentes estratos sociales y territoriales, entre otros, lo que resulta más significativo aún.

Por tal razón se afirma que "dentro del mundo en desarrollo, el caso de Cuba destaca tanto por la naturaleza temprana del inicio de la transición demográfica a principios del siglo como por su culminación acelerada y homogénea en las últimas décadas. Contemplada desde una perspectiva histórica continua, la transición demográfica cubana puede considerarse como una transición híbrida pues combina determinantes tradicionales, gracias a un proceso avanzado de modernización urbana, y contemporáneos, fruto del cambio en la condición de la mujer y el acceso generalizado a los nuevos medios anticonceptivos." (UNICEF y otros, 1996).

En este marco, la conocida interrelación población-desarrollo se torna precisa, ya que evidentemente esta conceptualización de la evolución demográfica parte de una política social, cuyos componentes básicos de salud, educación, seguridad y asistencia social, empleo y otros han tenido una difusión e impacto universales y, por tanto, igual ha sido su incidencia en las variables demográficas, llevando a un paradigma de transición demográfica en la cual tanto ésta como la transición epidemiológica pueden darse por concluidas dados los bajos y sostenidos niveles de las variables demográficas fundamentales, la fecundidad y la mortalidad. En este sentido, la actual evolución sociodemográfica cubana presenta rasgos de lo que se ha denominado la segunda transición.

Hipótesis o conceptualizaciones teóricas aparte, el hecho es que Cuba se caracteriza por presentar una evolución sociodemográfica similar a la de los países desarrollados, como lo demuestran los valores de indicadores como la fecundidad, cuya tasa global es de 1,6 hijos por mujer, la mortalidad, con una esperanza de vida al nacimiento superior a los 76 años, en tanto que la geriátrica alcanza a 21 años y una mortalidad infantil de apenas 6,2 por mil nacidos vivos, todos ellos valores correspondientes al año 2001.

1. La población y su transición

La población de Cuba se incrementó en el siglo XX en más de 9,5 millones de habitantes. Sus etapas de máximo crecimiento han estado asociadas a cambios sociales y a hechos importantes de su historia.

En la actualidad, el crecimiento de la población del país es muy bajo y en los últimos 10 años las tasas han sido inferiores al 1% anual, con un valor extremo de 0,2 en 1994 (ONE-CEPDE, 2002). El descenso de la fecundidad como reafirmación de una tendencia sostenida desde hace dos décadas y media atrás, cuando se situó por debajo del nivel de reemplazo, y los efectos de la

situación económica de los últimos años, sumados a un saldo migratorio negativo, aparecen como los factores principales. La mortalidad, por su parte, se mantiene en niveles bajos y estables.

El envejecimiento de la población, que podría definirse como la última etapa de la transición y uno de sus efectos principales, es sin duda la característica demográfica dominante de Cuba tanto en la actualidad como prospectivamente, dadas sus implicaciones económicas y sociales, entre otras.

En el 2001, alrededor de 1,6 millones de personas, el 14,5% de la población, tenían 60 años y más. Si durante más de 100 años de la historia poblacional del país el crecimiento promedio anual fue de aproximadamente 1,5%, el de la población de adultos mayores ha sido de 1,9. En otras palabras, la población total se multiplicó por 7 y la de 60 años y más, por 19. En alrededor de 100 años la edad promedio de los cubanos pasó de 24,1 a 36,1 años, pero lo más importante es que la mayor parte de ese aumento se produjo en las últimas tres décadas. Si entre principios de siglo y 1970 la edad media pasó de 24,1 años a 27,0, entre ese último año y el 2001, para llegar al valor entonces registrado, hubo un incremento de 9,1 puntos (véase cuadro 1).

Cuadro 1
CUBA: EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA POR EDADES DE LA POBLACIÓN.
AÑOS SELECCIONADOS
(En porcentajes)

Fuentes/ años	Total	0-14	15-59	60 y más	Edad media (años)
1907 ^a	100,0	36,6	58,8	4,6	24,1
1919 ^a	100,0	42,3	52,9	4,8	23,7
1931 ^a	100,0	37,4	57,5	5,1	24,7
1943 ^a	100,0	35,5	58,9	5,6	25,7
1953 ^a	100,0	36,2	56,9	6,9	26,6
1970 ^a	100,0	36,9	54,0	9,1	27,0
1981 ^a	100,0	30,3	58,8	10,9	29,5
1991 ^b	100,0	22,4	65,5	12,1	32,9
2001 ^b	100,0	21,1	64,6	14,5	36,1

Fuente: Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE) - Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), Estudios y datos sobre la población Cubana, La Habana, Editorial Estadística, 2002b; Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), Anuario demográfico de Cuba del 2001, La Habana, Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE), Editorial Estadística, 2002a.

^a Censos de Población y Viviendas.

^b Sistema de Información Estadística Nacional.

Prospectivamente, este proceso debe intensificarse y para el 2025 se pronostica que casi uno de cada cuatro cubanos tendrá 60 años y más; para ese entonces la edad promedio se ubicará en torno de 44 años y Cuba presentará todas las características de un país envejecido, como sucede actualmente en varios del mundo desarrollado (véase cuadro 2). Ese es el efecto principal de la transición de la fecundidad y, obviamente, la sociedad tendrá que adecuar sus acciones en términos de funcionamiento económico, social y cultural, entre otros aspectos.

Cuadro 2

CUBA: POBLACIÓN PROYECTADA PARA 2005-2025. GRUPOS DE EDADES SELECCIONADOS

Años	Población						Edad media de la población total	Relación de dependencia*
	Ambos sexos					Mujeres		
	Total	0-14	15-59	60 y más	75 y más	15-49		
Volumen de la población (en miles)								
2005	11 403,0	2 226,7	7 465,4	1 710,9	477,5	3 071,8	37,5	52,7
2010	11 560,0	2 080,3	7 538,6	1 942,0	503,5	3 054,2	39,2	53,4
2015	11 686,0	2 021,9	7 505,3	2 159,2	573,8	2 863,0	40,7	55,7
2020	11 793,0	1 979,9	7 419,3	2 394,0	673,2	2 625,9	42,1	59,0
2025	11 823,0	1 942,2	7 063,3	2 818,4	787,1	2 461,6	43,7	67,4
Estructura de la población (en porcentajes)								
2005	100	19,5	65,5	15,0	4,2	26,9	..	..
2010	100	18,0	65,2	16,8	4,4	26,4	..	..
2015	100	17,3	64,2	18,5	4,9	24,5	..	..
2020	100	16,8	62,9	20,3	5,7	22,3	..	..
2025	100	16,4	59,7	23,8	6,7	20,8	..	..

Fuente: elaborado sobre la base del Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE) - Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), Cuba: proyección de la población. Nivel nacional y provincial. Período 2005-2025, La Habana, Editorial Estadística, 1999.

* Se calcula 0-14 + 60 y más / 15-59.

2. El envejecimiento y las consecuencias de una transición avanzada

Como ya se ha señalado, la persistencia en el tiempo de bajos niveles de fecundidad y mortalidad conduce a una estructura etaria envejecida y esto a su vez se interrelaciona, en un proceso de población y desarrollo, con aspectos de índole económica, social y demográfica, entre otros.

Para el año 2015, como resultado de este proceso la población de 60 años y más superará los 2,1 millones de habitantes, el equivalente en términos relativos de un 18,5% de la población; lo importante de esta evolución es que, en ausencia de acontecimientos imprevistos, esa población ya habría nacido y su vida estaría transcurriendo en la actualidad. Para ese entonces, la población de esas edades se habrá duplicado con creces respecto de la existente hace cinco décadas atrás y también sobrepasará, en términos absolutos y relativos, a la población de 0-14 años de edad, que en el 2015 representará solamente un 17,3 % (cuadro 2).

Independientemente de la exactitud de estos pronósticos, el envejecimiento poblacional es un hecho concreto en Cuba, producto del desarrollo social alcanzado, entre otros factores. Su interrelación con la evolución demográfica, su situación actual y sus perspectivas plantean decisivos retos a la política social del país y a la sociedad en su conjunto.

Las consecuencias del envejecimiento están directamente vinculadas a cambios en la estructura social y, específicamente, a aspectos relacionados con el perfil de salud de la población, los recursos laborales, la seguridad social y la composición familiar, todos los cuales son, entre otros, factores básicos en la dinámica social y económica.

Por sus efectos en el proceso, dos de estos fenómenos merecen un breve comentario. Uno es el envejecimiento de la población económicamente activa (PEA) y el otro el de la población en edad reproductiva.

Interesante y complejo resulta sin duda el hecho de que a nivel global la edad media de la PEA de Cuba se incrementará notablemente hasta bordear los 42 años en el 2015. Esta evolución no debe verse como algo negativo a priori, ya que en una población cuya calificación laboral se ha ampliado significativamente gracias a los avances educacionales, el hecho de que su relación de dependencia (personas de 0-14 y 60 y más / 15-59) haya variado y que las personas de 15 a 59 años de edad que laboran o están en condiciones de hacerlo superen en estos años y en los inmediatamente posteriores a la población de 0 a 14 años y de 60 años y más crea la relación más favorable de los últimos 35 años para lograr una producción de bienes y servicios de magnitud suficiente como para asimilar cambios en la estructura etaria de la población. Esta situación se mantendrá al menos hasta el 2015, con variaciones relativamente menores. Es lo que se conoce como “bono o dividendo demográfico”, que debe ser aprovechado. Esto también se verá favorecido por el descenso de las demandas que resultará de una disminución significativa de la llegada de población a edades educacionales y activas, sin que en ese período se produzca una salida apreciable de la que ya está en esas edades, facilitando así una recalificación del capital humano del país, proceso que ya se ha iniciado.

Es posible sostener que esto ocurrirá, porque junto con el mantenimiento de muy bajos niveles de fecundidad se producirá tanto un descenso como un envejecimiento de la población en edad fértil, fundamentalmente la femenina, la que procrea, que se reducirá de alrededor de un 27,0% del total en la actualidad a un 20,8% hacia el 2025 (cuadro 2). En términos absolutos significa que el número de mujeres en edades reproductivas (15-49 años) disminuirá en 600.000 y habrá un desplazamiento etario interno hacia las de “mayor” edad, por tanto menos fecundas dentro de este período.

En resumen, la fecundidad entendida como procreación efectiva tiende a declinar, continuando un proceso mantenido desde hace décadas y que, a la vez, ha sido homogéneo en términos territoriales y sociales. Por lo tanto, no cabe prever recuperación alguna por parte de grupos o cohortes específicos. Como la fecundidad será muy baja y envejecida, consecuentemente el país también lo será, lo que sin duda plantea un reto para la sociedad en su conjunto.

III. La fecundidad: sus niveles y determinantes en el tiempo

1. Los niveles

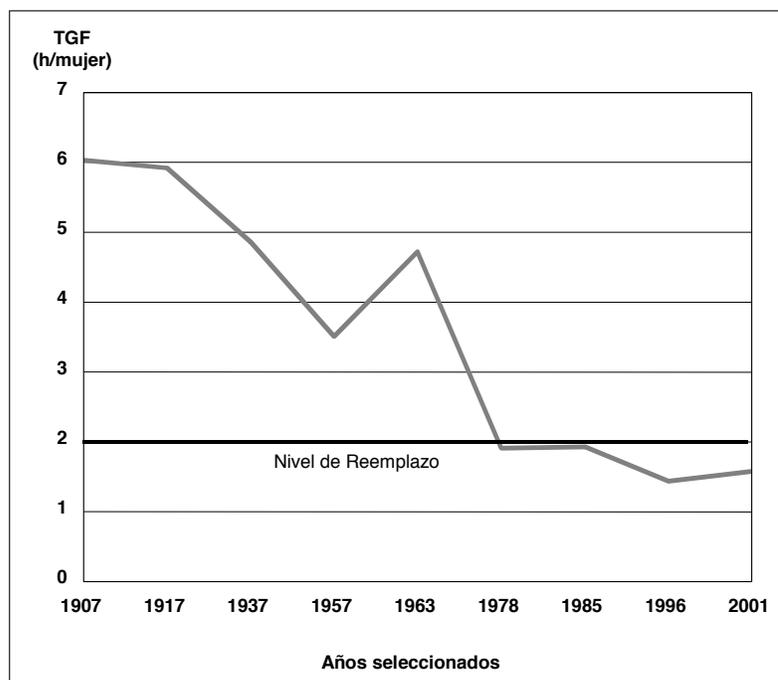
A partir de la primera década del siglo XX, la fecundidad en Cuba descendió de un nivel alto, ya que en 1907 la tasa global de fecundidad (TGF) era de 6,0 hijos por mujer y la tasa bruta de natalidad (TBN) de 47,6 nacidos vivos por 1.000 habitantes, a un nivel bajo, este último valorado a escala internacional (TGF de 1,6 y TBN de 12,4 en el 2001) (CEPDE-ONE, 2002). Esta disminución no fue continua. Hasta la primera parte de la década de 1950, la TGF declinó en forma significativa hasta llegar a 3,51 en 1953, un proceso adelantado en el tiempo con respecto a América Latina, donde se produjo décadas después.

De este valor, en lo que pudiera calificarse como una etapa de interludio demográfico, la tasa ascendió a registros relativamente altos a mediados de los años sesenta (TGF de 4,72 en 1963). Desde ese año en adelante presentó una tendencia descendente muy marcada hasta 1981, cuando la TGF fue de apenas 1,61, con disminución bajo el nivel de reemplazo a partir de 1978, año en que la TGF se situó en 1,91. Luego de 1981, la tasa volvió a ascender ligeramente, hasta llegar a una cima de 1,93 hijos por mujer en 1985 y de ahí a un mínimo, 11 años después, de 1,44 en 1996, el valor más bajo registrado hasta el momento. Los valores de la TBN para el período en cuestión reflejan una tendencia similar.

Desde ese año a la fecha, la TGF se ha mantenido en niveles bajos, oscilando entre 1,58 y 1,64. En el 2001 y 2002 fue de 1,6 hijos por mujer.

La tendencia de los años pivotes del descenso se presenta en el gráfico 1.

Gráfico 1
CUBA: COMPORTAMIENTO DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, ENTRE 1907 Y 2001. AÑOS SELECCIONADOS



Fuente: UNICEF, FNUAP, ONE y otros (1996). ONE-CEPDE (2002).

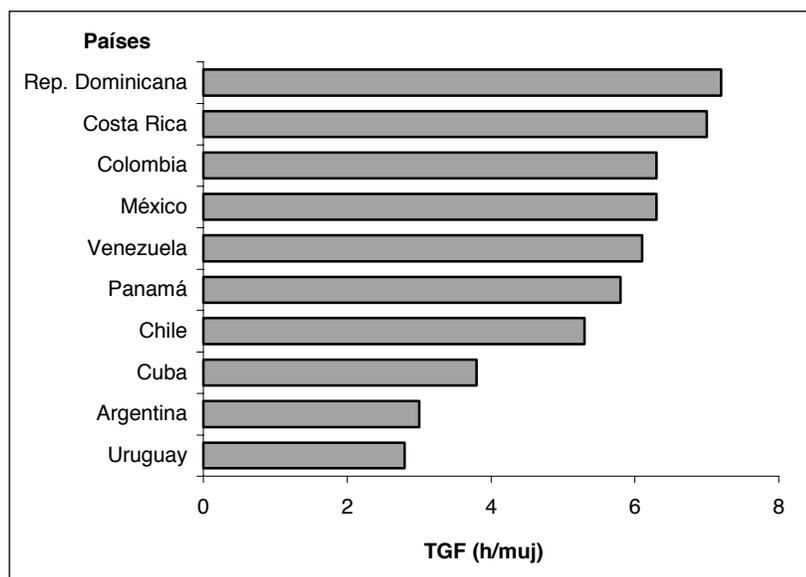
Como antecedentes de la temprana y posteriormente acelerada transición de la fecundidad en Cuba cabe precisar varios factores recogidos en la literatura sobre el tema elaborada por investigadores tanto cubanos como de otras nacionalidades (Álvarez, 1989; Behm y Alfonso, 1981; Hollerbach y Díaz-Briquets, 1983; Catasús y otros, 1987; UNICEF y otros, 1996).

2. Algunos determinantes contextuales

Como es sabido, en Cuba concluye la etapa de conflagraciones independentistas a finales del siglo XIX. Para ese entonces se estimaba que la natalidad era ligeramente superior a los 30 nacimientos por cada 1.000 habitantes, lo que se relaciona con las condiciones impuestas por las guerras de independencia. A principios del siglo pasado, el aumento del número de nacimientos, pospuestos durante el período precedente, conjuntamente con el crecimiento económico que sigue a la penetración del capital estadounidense, en especial en la industria azucarera, hacen subir el valor de esta tasa. Con posterioridad, se observa un descenso, interrumpido en la década de 1930 por un relativo estancamiento. Se ha hecho notar también (Hernández, 1984) que en este resultado influyó el significativo ingreso de inmigrantes registrado hasta esos años, que además de prácticamente duplicar la población del país, indujo importantes cambios en su estructura por sexo y edad, color de piel, nivel educacional y distribución y urbanización de la población. Es el inicio de la transición, por demás temprana en el continente, similar a la ocurrida en otros países que recibieron el impacto de flujos de inmigración parecidos en volumen y calidad.

Hacia los años cincuenta, la fecundidad continuaba en una trayectoria descendente, si bien ya menos pronunciada, que determinó que a fines de la década el valor de la TGF fuera realmente bajo (3,68 en 1955-1960) para el contexto latinoamericano (gráfico 2).

Gráfico 2
CUBA Y ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA:
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD A FINES DE LOS AÑOS CINCUENTA



Fuente: CELADE-CEPAL, 1993.

La Revolución alcanza el poder en 1959. A partir del siguiente año se produce un marcado incremento de la fecundidad, que se prolonga hasta mediados de los años sesenta. Varios son los factores que inciden en este comportamiento y varios son también los estudios en que se han identificado y analizado. En esencia, tales factores se relacionan con los efectos del comienzo de un profundo cambio social, experiencia similar a la ocurrida en otros países, que crean una mayor seguridad económica, social y política, a la vez que inducen una movilización generalizado de la mayoría de la población, la más postergada, al concretarse aspiraciones populares relacionadas con la salud, la educación, el empleo, la seguridad social y otros logros, que ya están presentes en este período.

A ello habría que agregar otros aspectos, tales como el aumento de los matrimonios y uniones, la falta de medios anticonceptivos y una mayor restricción de la práctica del aborto, que como determinantes inciden directamente en el aumento de los niveles de la fecundidad.

A partir de 1965 se registra un descenso de la fecundidad. En 1981, la TGF ya era de 1,61, valor muy bajo y cercano al que presentan los países desarrollados. En esta etapa, los factores condicionantes difieren de los mencionados hasta este momento y reflejan un comportamiento singular en el contexto latinoamericano y, en general, en el de los países en desarrollo.

La profundización y consolidación de los cambios sociales en esos años propician, entre otros avances, una transformación del papel de la mujer, al darle oportunidades de concretar sus aspiraciones e insertarse en forma activa en el plano social, incluido su acceso al trabajo fuera del hogar y a las posibilidades de superación educacional, cultural y política. Lógicamente, este es un proceso plagado de resistencias y limitaciones, en el que inciden, en mayor o menor medida, las influencias de la tradición y de la cultura presente, pero lo cierto es que ya en 1975 el 27% de la fuerza laboral del país era femenina y en los años 2000-2002 ascendía al 42% del total. La presencia de la mujer predomina en áreas básicas, como salud y educación, pero también en

actividades profesionales y técnicas, lo cual ejemplifica también la concreción de oportunidades educacionales. En la actualidad, más del 60% de los profesionales y técnicos del país son mujeres.

Por otra parte, el avance en materia de salud, que permite proveer un sistema de cobertura total al que tiene acceso toda la población en forma gratuita, hace que la vida del niño y su cuidado sean parte medular de los programas de salud; esto, a su vez, se traduce en un descenso de la mortalidad infantil, por lo que ya no resulta necesaria una fecundidad alta para reemplazar a los que mueren, a lo que se agrega la eliminación del trabajo infantil y de la explotación agrícola familiar, gracias a lo cual ya no se puede atribuir al niño valor económico alguno.

En consecuencia, todo apunta a una perspectiva de familias pequeñas, a lo cual contribuye la mayor difusión de métodos anticonceptivos y la definición de una política de despenalización respecto del aborto. En este proceso también se han mencionado como factores que propician la declinación de la fecundidad algunas condiciones materiales de vida, principalmente el déficit de viviendas y la fragilidad familiar que puede inferirse de las altas tasas de divorcios y de separación de uniones. Los estudios y análisis realizados no aportan pruebas concluyentes en este sentido, y si bien no hay duda de que inciden en el comportamiento, no son los factores determinantes.

En 1987, los resultados de la Encuesta Nacional de Fecundidad mostraban que entre los factores principales para no tener hijos declarados por las mujeres expuestas (en edad fértil, no esterilizadas y en unión en el momento de la encuesta) figuraban los siguientes:

Factores	Ponderación (porcentaje)
1. Tamaño de familia alcanzado	24
2. Edad en el momento de la investigación y posibles problemas de salud	26
3. Razones económicas	13
4. Problemas de vivienda	8
5. Resto (pérdida de vida social, edad del resto de los hijos, trabajo fuera del hogar, otros)	29

En el 2000, 13 años después, en otras investigaciones realizadas por el Ministerio de Salud Pública (Gran, 2003), se presentaban los siguientes resultados, pero en este caso con cálculos basados en el total de mujeres en edad fértil y no solamente de las expuestas, lo cual introduce algunas variaciones en la comparación, pero no en la tendencia:

Factores	Ponderación
1. Tamaño de familia alcanzado	31
2. Edad	20
3. Interrumpe desarrollo personal	13
4. Problemas de vivienda	13
5. Pareja no estable	7
6. Otras causas	15

Los factores no han variado sustancialmente, si bien en la actualidad las causas consideradas más importantes denotan menos carencias que las señaladas en 1987.

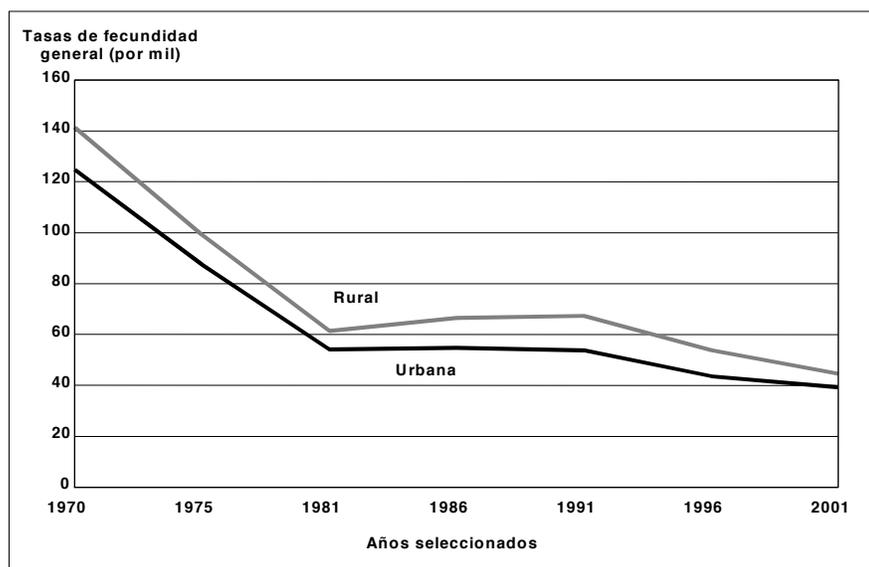
Razones como “haber alcanzado el tamaño de familia deseado”, “trabajo fuera del hogar”, “pérdida de vida social” y otras similares afloran en un contexto en el que los avances de la mujer en la vida laboral y social del país reproducen la numerosa evidencia internacional, la cual demuestra que la educación y la participación femenina en la actividad económica se asocian con la conducta reproductiva e inciden en la declinación de la fecundidad.

En 1981, según datos obtenidos del Censo de Población de ese año y posteriormente ratificados como tendencia progresiva por la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1987, alrededor del 60% de las mujeres urbanas en edades reproductivas (20-45 años), ya participaba en actividades económicas fuera del hogar, con avances que prácticamente duplicaban este valor en las zonas rurales. La fecundidad no sólo descendía, sino que también se homogeneizaba territorial y socialmente (González, 1993).

Este proceso ha continuado y entre 1970 y el 2001, la fecundidad de las mujeres rurales, ha descendido en forma más pronunciada que en el caso de las urbanas y si en el año inicial de ese período la tasa de fecundidad general (TFG) de las zonas rurales era 17 puntos mayor que en las ciudades (141,4 y 124,9, respectivamente), en el 2001 había apenas 5 puntos de diferencia (44,6 y 39,4)(gráfico 3).

Gráfico 3

TASAS DE FECUNDIDAD GENERAL, POR ZONAS URBANA Y RURAL



Fuente: CEE-INSIE (1983) Anuario Demográfico de Cuba de 1982. ONE-CEPDE, (2002a) Anuario Demográfico de Cuba del 2001, La Habana.

En este plano, las diferencias territoriales también son mínimas. El índice de dispersión de las tasas de fecundidad territoriales se ha venido reduciendo y en 2001 no había una provincia de Cuba cuya TGF fuera superior a 2,00, en tanto que la mayor dispersión con respecto a la tasa nacional era de 0,16 puntos por defecto y de 0,22 por exceso. En otras palabras, entre la tasa menor y la mayor había una diferencia de 0,38 puntos en 2001, en comparación con más de 1,12 puntos en 1970.

El factor que ha propiciado todo este descenso y homogeneización social y territorial de los niveles de fecundidad es el aumento del nivel educacional de la población, en particular de la población femenina y, sobre todo, de aquella en edad reproductiva.

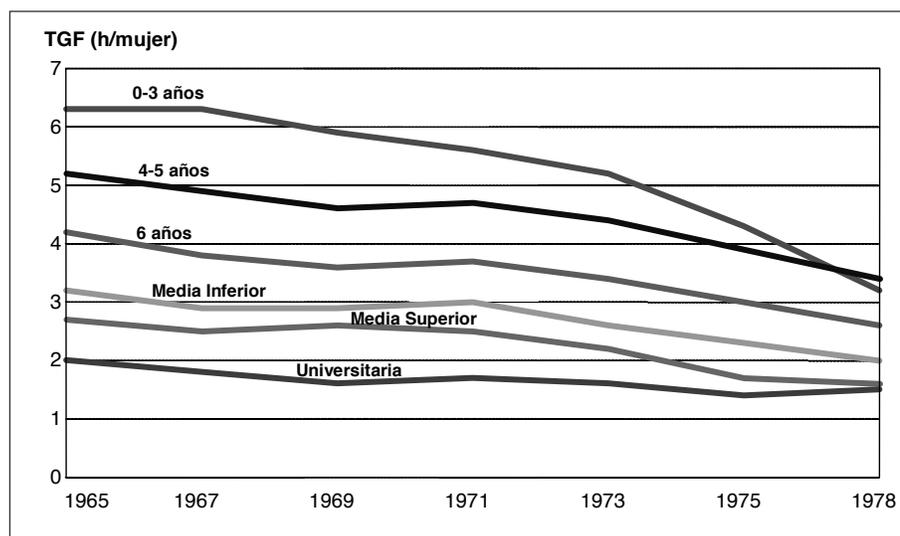
La educación es una variable inversamente proporcional a nivel de la fecundidad, como se ha reconocido y descrito repetidamente, y constituye un eje básico para explicar el curso de la fecundidad en un país y la influencia de un factor determinante contextual que le imprime un carácter definitorio.

Un breve análisis de la incidencia de esta variable en un período crucial del descenso de la fecundidad en Cuba (1964-1978), durante el cual se pasa de un nivel medianamente alto ($TGF \approx 4,0$) a uno bajo ($TGF < 2,0$), permite ilustrar este proceso y comprender su magnitud y sostenibilidad, así como su intensificación hasta el momento actual.

Para establecer tales precisiones, los trabajos patrocinados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) en la década de 1980, en el marco del proyecto “Investigación de la fecundidad por el método de los hijos propios para América Latina” (IFHIPAL) proveen un modelo vigente.

En el caso del proyecto IFHIPAL en Cuba, llevado a cabo sobre la base de la Encuesta Demográfica Nacional de 1979, los resultados para el período 1964-1978 fueron los que se muestran en el gráfico 4.

Gráfico 4
CUBA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, POR NIVEL DE EDUCACIÓN DE LA MUJER



Fuente: Behm, Hugo y Juan Carlos Alfonso (1981). CEE-CELADE, 1981.

Las tendencias ilustradas en el gráfico 4 muestran que, al comienzo del período, la educación define subpoblaciones con fecundidades marcadamente diferentes: las mujeres con educación universitaria habían llegado ya a un nivel de reemplazo, mientras que la tasa era superior a 6 hijos entre aquellas con menos de cuatro años de escolaridad. Las mayores reducciones de la fecundidad se observan a medida que la mujer asciende en términos de años de educación primaria, de modo que al llegar a la educación media inferior, la tasa ha bajado a la mitad. En el período 1964-1978, la tendencia es también diferencial. En los tramos con educación media y universitaria la fecundidad cambia escasamente, en tanto que los grupos con educación primaria se están incorporando

sostenidamente a un régimen de menor fecundidad. En el caso de las mujeres con menos instrucción, esta incorporación al descenso es más tardía, ya que sólo se produce a partir de 1966-1967.

Después de 1972, el descenso de la fecundidad se intensifica y se generaliza, incluso entre las mujeres con mayor educación. En cuanto a aquellas con menos escolaridad, el proceso es muy marcado y así se reduce rápidamente el atraso que mostraban hasta ese momento. Al final del período, la población femenina con educación media o universitaria presentaba tasas inferiores a dos hijos, con tendencia asintótica y escasa diferencia entre ellas. Hacia 1978, este grupo comprendía más del 4,8% de las mujeres en edad fértil. Aquellas con educación primaria incompleta aún muestran tasas algo superiores a tres hijos, pero en rápido descenso. Correspondía a este grupo un tercio de las mujeres de 15-49 años de edad al término del período, es decir, en 1978.

Si entre 1964 y 1978 los diferenciales de fecundidad según nivel educacional se redujeron de 4,3 a 1,7 puntos en las TGF respectivas de las menos y las más educadas, para 1987, año en que se realizó la Encuesta Nacional de Fecundidad esa diferencia era de apenas 1,3 puntos, con una ponderación absolutamente diferente, ya que en ese momento las mujeres con educación media y superior representaban más del 65%.

Para el 2001, la distribución de la fecundidad por tramos educacionales ha dejado en las categorías de “ninguno” y “primaria incompleta” un exiguo remanente de 0,79% de las mujeres con hijos tenidos en ese año (CEPDE-ONE, 2002). La TGF de 1,6 hijos por mujer corresponde en la práctica a aquellas con nivel educacional medio y superior, ya que representan el 91% del total. La fecundidad de Cuba es baja a causa de su reducido nivel en los tramos educacionales avanzados, es decir, en aquellos a los que pertenece la enorme mayoría de las mujeres en edad reproductiva.

Así ocurre en la actualidad y así continuará prospectivamente, con una tendencia a concentrarse en las mujeres con nivel educacional medio superior y superior.

No obstante, y aunque con una ponderación muy baja con respecto al total, la educación incide en la generación de diferenciales, sobre todo en el caso de los grupos más vulnerables, como por ejemplo las adolescentes.

Si bien las tasas de fecundidad en la adolescencia y la proporción de nacidos vivos de madres adolescentes han disminuido considerablemente (gráfico 5) —éste último en el contexto del envejecimiento de la población en edad reproductiva—, de acuerdo con la fase de la transición de la fecundidad en que se encuentra el país, los niveles registrados deberían ser más bajos.

En estudios realizados tanto en los años ochenta y noventa como en los primeros de la década actual (Comité Estatal de Estadísticas-Instituto de Investigaciones Estadísticas (CEE-INSIE), 1991; Ministerio de Salud Pública (MINSAP), 2000; CEPDE-ONE, 2002), se ha mostrado que en el tramo de la adolescencia se registran las principales desarticulaciones o paradojas del proceso general de la transición de la fecundidad en Cuba. En un entorno de equidad, en un segmento de los integrantes del grupo adolescente se concentran algunos rasgos de inequidad.

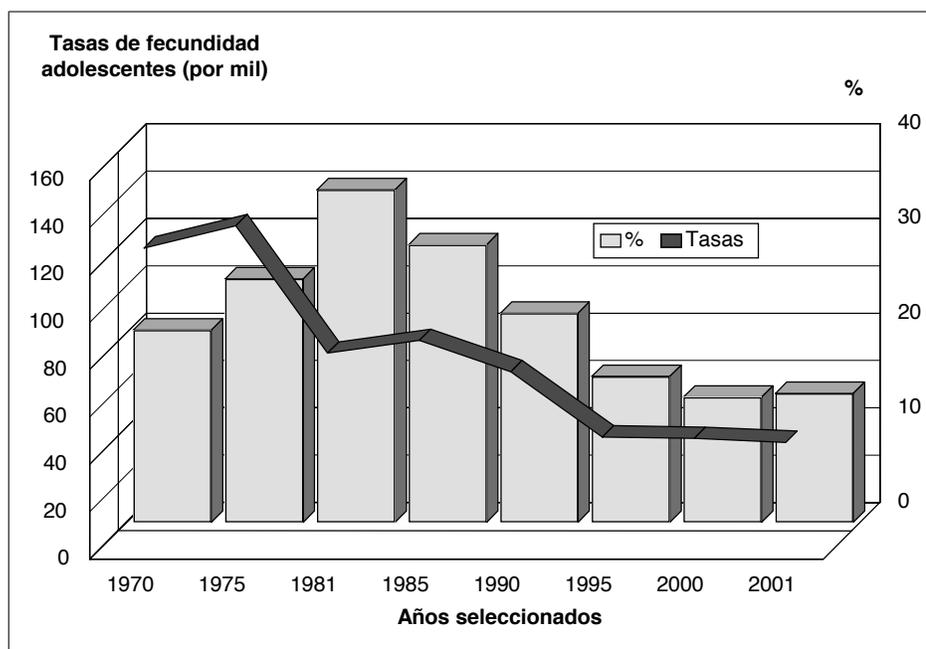
Por ejemplo, en la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1987 se constató que las adolescentes urbanas con menor nivel de instrucción, que representaban el 8% del total de este grupo de edad, tenían el 13% de sus hijos y mostraban una tasa de fecundidad muy superior al promedio de las mujeres de otros estratos sociales. En estos grupos de jóvenes se concentraba gran parte de la fecundidad diferencial que determinaba que en ese momento el grupo de mujeres de menos de 20 años de edad contribuyera con una quinta parte del total de nacidos vivos.

Similar comportamiento, aunque con ponderaciones más bajas respecto del total, se ha detectado en investigaciones más recientes, según las cuales el nivel de instrucción resulta ser la principal variable discriminante en tales resultados. En dichas investigaciones se señala que las jóvenes adolescentes enfrentan dificultades relacionadas con algunos mecanismos preventivos.

Ellas tienden a reproducir de manera intergeneracional las conductas de sus entornos familiares y sociales, entre las que destaca el inicio muy temprano de las relaciones sexuales, que conduce a embarazos precoces e hijos no deseados.

Gráfico 5

CUBA: TASAS DE FECUNDIDAD Y PROPORCIÓN DE NACIMIENTOS DE MADRES ADOLESCENTES



Fuente: CEE-INSIE (1983a). ONE-CEPDE (2002a).

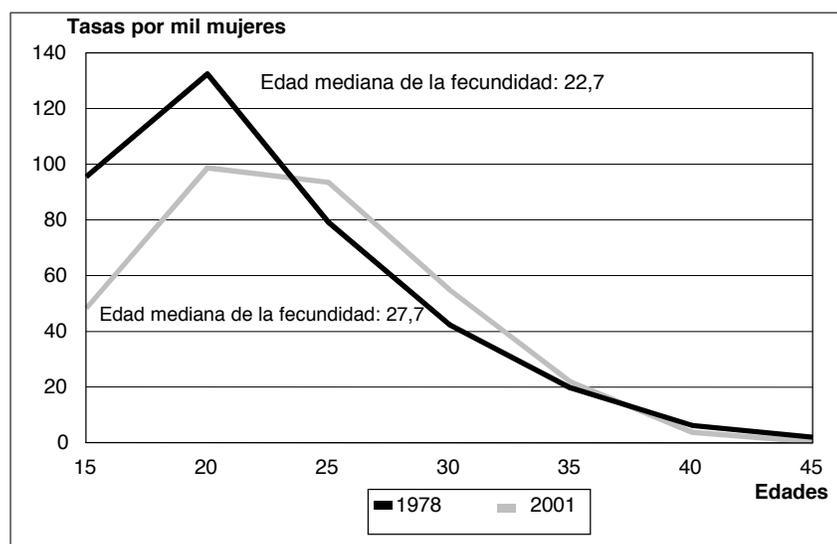
Las diferencias observadas entre la fecundidad deseada y no deseada de las adolescentes no se debe a una conducta desviada del patrón general, sino a una inequidad relativa en su incorporación a la regulación eficaz de la fecundidad no deseada, lo que ha provocado la desarticulación de estas mujeres del proceso de homogeneización de la conducta reproductiva común al resto de las cubanas (UNICEF y otros, 1996).

Este es un aspecto que, aunque atenuado y disminuido precisamente gracias a los avances de la educación en general y una mayor difusión de la educación sexual en escuelas y colegios, no deja de ser preocupante, a pesar de que la fecundidad está registrando un envejecimiento en el país e induciendo un desplazamiento evidente de la fecundidad de una cúspide temprana a una dilatada (gráfico 6).

En resumen, la fecundidad descende, se homogeneiza y, a la vez, se envejece, lo que ratifica su impacto en el patrón por edades etaria de la población y en su avanzado e intenso proceso de envejecimiento poblacional.

3. Los determinantes próximos

Como se ha señalado, la fecundidad en Cuba se situó por debajo del nivel de reemplazo en 1978. En sólo tres lustros la TGF pasó de un valor de más de 4 a menos de 2, proceso gestado en un contexto favorable, con políticas sociales de promoción de la mujer que indiscutiblemente lo intensificaron y modelaron, hasta hacer de Cuba, en la actualidad y prospectivamente, el país que registra la fecundidad más baja en América Latina.

CUBA: TASA DE FECUNDIDAD POR EDAD PARA AÑOS SELECCIONADOS. 1978 Y 2001

Fuente: CEE-INSIE (1983a). CEPDE-ONE (2002a).

En este entorno resulta sin duda importante analizar aspectos relacionados con la regulación de la fecundidad, específicamente la práctica de la anticoncepción y el recurso al aborto, entre otros factores, precisando su efecto inhibitor a través de la medición de sus determinantes próximos.

Para este análisis se dispone de fuentes que abarcan el período 1972-2000, por lo que hacen posible evaluar estos resultados en el contexto de las políticas que propiciaron la regulación de la fecundidad y que continúan vigentes hasta ahora. En ese período se realizaron en el país, a distintos niveles territoriales, ocho encuestas que permiten abordar el tema (Alfonso, Macdonald, Sosa, 1996 y Alfonso, 2002). Sobre la base de esta información puede precisarse que:

- A partir de los primeros años de la década de 1960, gracias a la prioridad otorgada a la salud de la madre y el niño y a la reorganización de los sistemas de salud, se crearon las bases para el desarrollo posterior de la planificación familiar.
- En esos años se introdujo el uso de los dispositivos intrauterinos, se comenzó la fabricación de píldoras y, a mediados de los años setenta, se iniciaron los programas de educación sexual; ya a partir de los años sesenta se garantizó que el aborto, método tradicional y de uso extensivo en el país para la regulación de la fecundidad en la primera mitad del siglo XX, estuviera disponible en adecuadas condiciones sanitarias y con cuidados médicos asegurados, a la vez que se recopilaba información sobre su práctica.
- Primero en los planes estratégicos de planificación familiar y posteriormente en los de salud reproductiva, siempre estuvo presente la norma de que toda opción en este plano debía hacerse sobre la base del derecho y la libre elección de la familia, la pareja y la mujer; también se estableció que el uso de la anticoncepción y el aborto tenía que ser una decisión consciente fundada en acciones de información, orientación y educación, utilizando las bondades y cobertura del Sistema Nacional de Salud. En este contexto, la aparición y desarrollo de la figura del médico de la familia (uno cada 120 familias) a mediados de los años ochenta, desempeñó un destacado papel.

Ya desde comienzos de la década de 1970 se empieza a constatar un amplio conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su uso. Los más difundidos y utilizados eran los dispositivos intrauterinos (DIU), así como diafragmas, preservativos, jaleas, supositorios vaginales y otros más tradicionales. En los años ochenta, las encuestas de fecundidad de la época muestran una consolidación del conocimiento sobre los métodos de anticoncepción modernos, incluidas las píldoras, lo que era consistente con su mayor disponibilidad.

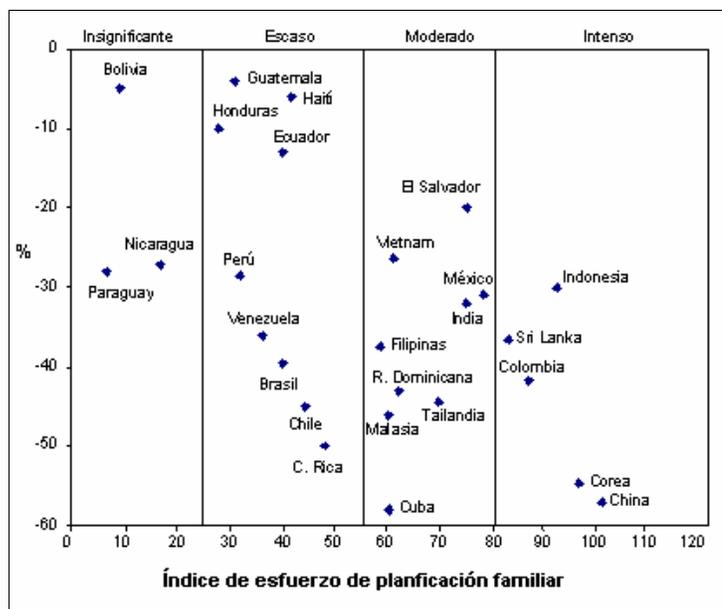
La generalización del conocimiento sobre los métodos de planificación familiar en Cuba es confirmada por los datos obtenidos en la encuesta nacional que se realizó en 1987. De las mujeres encuestadas, un 99% mencionó espontáneamente al menos un método anticonceptivo y, con ayuda, casi el 100% conocía un método eficiente como mínimo. El nivel de conocimiento sobre los métodos modernos mostró ser el más alto, entre el 96% y cerca del 100%, seguido del de los tradicionales (60% a 70%), y otros métodos químicos y el diafragma (53% al 64%).

En recientes estudios (Gran, 2002; CEPDE-ONE, 2002), se ratifican estos resultados y se constata un aumento del conocimiento del preservativo, al igual que de su uso. Más del 95% de las mujeres entrevistadas habían utilizado algún método, en su gran mayoría calificados de eficientes. Si en 1987 el 88% de las mujeres en riesgo declaraba que hacía uso de un método, en lo que va de la década actual esa proporción se eleva a 94%, con un componente muy importante, que es la homogeneización entre las zonas urbana y rural, proceso que viene registrándose desde 1987.

Ya en los años noventa se consideraba que Cuba contaba con un “eficiente Programa de Planificación Familiar” (Prada, 1992), inserto en su estrategia de salud reproductiva, que encuentra un marco propicio en una mujer y una familia educadas y, por tanto, receptivas a los objetivos propuestos.

El gráfico 7 ilustra la variación de la TGF según el nivel de desarrollo y la magnitud del esfuerzo en materia de planificación familiar, muestra que en Cuba esta variación, que es de las más altas, se ha logrado sin tener que recurrir a un esfuerzo intenso, en un período crucial del descenso de la fecundidad.

Gráfico 7
REDUCCIÓN DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGÚN INTENSIDAD DEL ESFUERZO EN MATERIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, 1960-1965 A 1980-1985. PAÍSES SELECCIONADOS



Fuente: Naciones Unidas, 1992.

Otra manera de determinar el efecto de la anticoncepción en forma más integral consiste en incluir, en conjunto, el aborto y la proporción de mujeres principalmente en unión, en otras palabras, los determinantes próximos.

Para Cuba, el efecto de esos determinantes fue evaluado en 1972 (Encuestas locales de fecundidad); en 1981 (Censo de Población y Viviendas de 1981), y en 1987 (Encuesta Nacional de Fecundidad). Para el 2000 se presenta una evaluación preliminar sobre la base del Estudio Territorial sobre Salud Reproductiva, realizado en dos provincias del país y cuyos datos están procesándose en la actualidad (cuadro 3).

Cuadro 3

CUBA: ÍNDICES DE VARIABLES INTERMEDIAS DE LA FECUNDIDAD, 1972, 1981, 1987 Y 2000

Índice	Años							
	1972		1981		1987		2000	
	Valor	Orden	Valor	Orden	Valor	Orden	Valor	Orden
Proporción de casadas	0,69	2	0,65	3	0,63	3	0,61	3
No anticoncepción	0,52	1	0,26	1	0,25	1	0,23	1
Aborto inducido	0,79	3	0,60	2	0,63	2	0,66	2
Infertilidad por parto	0,90	4	0,90	4	0,90	4	0,90	4

Fuente: Hollerbach y Díaz-Briquets, 1983; Álvarez, 1989; Catasús y Alfonso, 1996.

Entre 1972 y el 2000, la TGF en Cuba descendió de 3,77 a 1,58 hijos por mujer, una reducción de 58% que, sin duda, puede calificarse de muy intensa, si se tienen en cuenta los niveles iniciales.

Los índices obtenidos demuestran el significativo peso del uso de métodos de anticoncepción en estos resultados, práctica que en los cuatro momentos de la aplicación del modelo ocupa el primer lugar, seguida del recurso al aborto inducido en los tres últimos años y de la proporción de mujeres en unión, siendo esta última la que muestra el menor cambio relativo.

Si se tomaran los dos años extremos se tendría que si en 1972 el efecto de la proporción de casadas en la fecundidad era de un 31%, en el 2000 alcanzaba a un 39%, valor que por su comportamiento a partir de 1981 pudiera ser indicativo de un incremento de la ruptura de uniones y de una mayor frecuencia de mujeres no casadas o unidas.

El índice de no anticoncepción, por su parte, corrobora el aumento del uso de anticonceptivos, cuyo efecto inhibitorio pasa del 48% al 77%, de mayor significación que el efecto del aborto, que de un 21% sube a un 34%. Debe señalarse que entre 1987 y el 2000 la incidencia de este último en la fecundidad tuvo una pequeña declinación, lo que pudiera relacionarse con el incremento del uso de anticonceptivos y la disminución del número de abortos a raíz de la aplicación, desde el comienzo de ese período, de la técnica denominada Regulación Menstrual, según la cual se estima que un 0,67-0,70 de ellos serían abortos y el resto, irregularidades menstruales. Al igual que en otros países, la anticoncepción ha sido la principal causa de la declinación de la fecundidad en Cuba en las últimas décadas. Pudiera afirmarse que alrededor de un 60% de ese descenso es atribuible a dichas prácticas, lo que se tendría que comprobar cuando se disponga de los resultados definitivos de los estudios de salud reproductiva que actualmente se procesan.

Son evidencias de lo anterior el aumento de la utilización de métodos anticonceptivos, ya comentado, y el descenso de los indicadores referidos a la práctica del aborto inducido. En 1970 éstos eran de 36 abortos por cada 1.000 mujeres de 12 a 49 años, 32 por cada 100 partos y 24 por

cada 100 embarazadas. A partir de ese año, los valores se incrementan hasta mediados de la década de 1980, cuando se inicia un descenso prácticamente sostenido hasta los años 2001-2002 que lleva la tasa de abortos por cada 1.000 mujeres en edad fértil a 21,5, una de la más bajas reportadas, a 49,8 por cada 100 partos y a 33,2 por cada 100 embarazadas. No obstante, el nivel del aborto sigue siendo considerado alto en el país.

IV. Síntesis y análisis de los resultados

1. En el siglo XX, la fecundidad en Cuba descendió de 6,0 hijos por mujer en 1907 a 1,6 en el 2000. La mayor parte de ese descenso se concentra en las últimas cuatro décadas del siglo, cuando el proceso se intensifica en el marco de las políticas económicas y sociales impulsadas por la Revolución triunfante en 1959. Entre 1964 y 1978, período de alta significación en el descenso de la fecundidad, la TGF se redujo de 4,72 a 1,91 hijos por mujer. En los últimos 25 años la fecundidad se ha mantenido por debajo del nivel de reemplazo.
2. A juicio de algunos, el descenso de la fecundidad en Cuba ha sido uno de los más notables en los últimos años, a lo que se agrega que se ha dado en un marco de homogeneidad social y territorial. Los diferenciales según localización territorial, zonas urbana y rural y nivel educacional se han reducido sustancialmente. Ya en 1978, cuando la fecundidad se situó por debajo de los niveles de reemplazo, el diferencial entre las mujeres con mayor y menor educación era de 1,7 hijos por mujer, en comparación con 4,3 en 1964. En la actualidad es aún menor, con una ponderación según la cual más del 90% de las mujeres en edad fértil con hijos nacidos en cada año tienen educación media o superior.
3. En este período se encuentra desarticulado de este proceso de homogeneidad y equidad un segmento de las adolescentes, que presenta tasas más altas que las deseadas, aunque la fecundidad en la adolescencia también ha disminuido y sus tasas actuales oscilan en torno de 45 por 1.000, después de haber duplicado con creces ese valor en la década de 1970 y en los primeros años ochenta.
4. También como un problema aparece la práctica del aborto inducido, cuyos niveles aún no son los deseados, no obstante haber descendido; tampoco es éste el principal determinante próximo del efecto inhibitor de la fecundidad. La anticoncepción, medida en cuatro momentos del período 1972-2000 y sobre la base de diferentes fuentes, muestra que ésta duplica con largueza los efectos del aborto y de los cambios en la proporción de mujeres en unión.
5. Todos los pronósticos apuntan a que la fecundidad se mantendrá en niveles bajos, e incluso a que el número de nacidos vivos disminuirá, no solo por sus bajos niveles, sino por la disminución y envejecimiento de las mujeres en edad fértil, cuyo número decrecerá en alrededor de 600.000 entre ahora y el 2025.
En los últimos años, la fecundidad en Cuba parece trasladarse de curvas de cúspide temprana a dilatada, con desplazamiento de las edades de máxima fecundidad de 20-24 y 15-19 años a 25-29 y 30-34 años.
6. Es precisamente el envejecimiento poblacional el que resulta ser el principal impacto del descenso de la fecundidad. Según las proyecciones, en los próximos años este proceso no sólo convertirá a Cuba en el país más envejecido de América Latina y el Caribe, sino que hará que su población decrezca en términos absolutos, creando un escenario inédito en el contexto del mundo en desarrollo, para el cual la sociedad y

las políticas tendrán que desarrollar habilidades de adaptación a fin de responder a las numerosas demandas y retos que este proceso traerá consigo. Desde ya se trabaja en parte importante de esos programas.

7. Es indudable que en la contextualización e interpretación de este descenso de la fecundidad no debe dejar de señalarse, como lo confirman los estudios, el papel de la mujer y las profundas transformaciones que han experimentado sus funciones educativas y productivas, a partir de los cambios sociales iniciados a principio de la década de 1960 y que en poco más de 15 años produjeron “uno de los avances más acelerados y homogéneos en la historia demográfica contemporánea”.

Bibliografía

- Alfonso, Juan Carlos (2002), "Resultados de investigaciones en salud reproductiva", documento presentado en el Centro Nacional de Educación Sexual, La Habana.
- ___ (1999a), "Cuba: transición demográfica y envejecimiento poblacional", documento presentado en el Vigésimo Primer Congreso de la Asociación Latinoamericana de Demografía (ALAS), Concepción.
- ___ (1999b), "Familia hogar y fecundidad", *Perfil estadístico de la mujer cubana en el umbral del siglo XXI*, La Habana, Editorial Estadística.
- ___ (1999c), "Rol masculino y disminución de la fecundidad", documento presentado al Coloquio Latinoamericano sobre Varones y Sexualidad, México, D.F., El Colegio de México.
- ___ (1996), Apuntes para el estudio de la fecundidad en Cuba, La Habana, *Ediciones Sociedad Científica Cubana Para el Desarrollo de la Familia* (SOCUDEF).
- ___ (1993), "El Cambio demográfico en Cuba: implicaciones políticas y jurídicas", ponencia presentada en el Cuarto Congreso Latinoamericano de Población: La Transición Demográfica en América Latina y el Caribe, México, D.F.
- ___ (1992a), "Bases institucionales del cambio de la fecundidad. El caso de Cuba", documento presentado en la Conferencia Mundial de Poblamiento de las Américas, Veracruz, mayo.
- ___ (1992b), *La fecundidad adolescente su comportamiento en Cuba en la última década*, La Habana, Editorial Estadística.
- ___ (1985), *Evolución de la fecundidad de la mujer cubana*, La Habana, Editorial Estadística.
- ___ (1983), *Informe sobre el comportamiento de algunos indicadores de la fecundidad y la natalidad en Cuba*, La Habana, Editorial Estadística.
- Alfonso Juan Carlos, A. Macdonald y M. Sosa (1996), *Apuntes para el estudio de la fecundidad en Cuba*, Editorial Socudef, La Habana.
- Alfonso Juan Carlos, y Sheila Tozo (1985), *Evolución de la fecundidad de la mujer cubana*, Editorial Estadística, La Habana.
- Álvarez, Luisa (1989), "Determinantes próximos de la fecundidad en Cuba. Modelo de Bongaarts", *Revista cubana de administración de salud*, Ministerio de Salud Pública (MINSAP), La Habana.
- Behm, Hugo y Juan Carlos Alfonso (1981), *Cuba. El descenso de la fecundidad entre 1964 y 1978*, Comité Estatal de Estadísticas (CEE)/ CELADE, división de población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), La Habana y San José de Costa Rica, 1981.
- Catasús, Sonia y Juan Carlos Alfonso (1996), "La transición de la fecundidad en Cuba", *The Fertility Transitions in Latin America*, José Miguel Guzmán y otros (eds.), International Union for the Scientific Study of Population (Iussp), Clarendon Press, Oxford.
- Catasús, Sonia, A. Farnos, F. Gonzalez y J. Lima (1987), *La Reproducción de la población y el desarrollo Socioeconómico en Cuba*, Editorial CEDEM, La Habana.
- CEPAL-CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población) (2002), "Convocatoria", Seminario: *La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿transición o revolución?* (Santiago de Chile, 9 al 11 de junio, 2003).
- ___ (1993), "América Latina: proyecciones de población 1950-2025", *Boletín demográfico*, N° 51, Santiago de Chile.
- CEE (Comité Estatal de Estadísticas) (1991), Encuesta nacional de fecundidad de 1987. *Informe final*, La Habana Editorial Estadística.

- ___ (1983a) *Anuario Demográfico de Cuba de 1982*, La Habana, Instituto de Investigación Estadística (INSIE), Editorial Estadística.
- ___ (1983b), “La fecundidad retrospectiva y el deseo de tener hijos de las mujeres en unión matrimonial”. Encuesta demográfica nacional, 1979, La Habana, Editorial Estadística.
- CEPDE-ONE (Centro de Estudios de Población y Desarrollo-Oficina Nacional de Estadística), (2003) *Base de datos de estudios territoriales sobre salud reproductiva*, La Habana, Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE).
- ___ (2002a), *Anuario demográfico de Cuba del 2001*, La Habana, Editorial Estadística.
- ___ (2002b), *Estudios y datos sobre la población Cubana*, La Habana, Editorial Estadística.
- ___ (1999), *Cuba: proyección de la población*. Nivel nacional y provincial. Período 2005-2025, La Habana, Editorial Estadística.
- Chackiel, Juan (1979), *Hijos propios: análisis metodológico de las aplicaciones de los países del panel de América Latina*, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, División de Población de la CEPAL), Santiago de Chile.
- Cuba (1994), *Informe sobre la evolución de su población y la interrelación con el desarrollo* “Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo”, La Habana.
- González, Fernando (1993), “Mujer, trabajo y transición de la fecundidad en Cuba”, *Memorias del IV Congreso Latinoamericano de Población*, México, D.F.
- González, Fernando y Oscar Ramos (1997), *Cuba: balance demográfico estimado. 1900-1959*, La Habana, Centro de Estudios Demográficos de Cuba (CEDEM)/Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), Editorial Universitaria.
- Gran, Miriam (2002), “*Interrupción voluntaria de embarazos y anticoncepción. Dos métodos de Regulación de la Fecundidad*”, tesis, doctorado en ciencias, borrador.
- Hernández, Raúl (1984), *El proceso de la revolución demográfica en Cuba*, La Habana, Centro de Estudios Demográficos de Cuba (CEDEM), Editorial Universitaria.
- Hollerbach, Paula y Sergio Díaz-Briquets (1983), *Fertility Determinants in Cuba, Committee on Population and Demography*, National Academy Press, Washington, D.C.
- Minsap (Ministerio de Salud Pública), Dirección Nacional de Estadísticas (2000), Temas de estadísticas de salud. *Panorama de salud de los adolescentes cubanos*, Editorial Salud, La Habana.
- Naciones Unidas (2003), *World Population Prospects Report 2000*, Nueva York.
- ___ (1992), *La población del mundo a fines del siglo*, Nueva York.
- Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) (2002a), *Anuario demográfico de Cuba del 2001*, La Habana, Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE), Editorial Estadística.
- Prada, E. (1992), “La planificación familiar en América Latina y el Caribe”, Reunión de Expertos preparatoria de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- UNICEF/FNUAP/ONE/CEDEM/MINSAP y otros (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/Fondo de Población de las Naciones Unidas/Oficina Nacional de Estadísticas/Centro de Estudios Demográficos de Cuba/ Ministerio de Salud Pública) (1996), Cuba. Transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva, La Habana.

Programas y políticas nacionales que afectaron el curso de la fecundidad en el Brasil

*Ignez Helena Oliva Perpétuo*¹⁵²
*Laura Rodríguez Wong*¹⁵³

I. Introducción

La fecundidad en el Brasil, como en la mayoría de los países de América Latina, ha disminuido más rápidamente de lo que se esperaba, siendo probable que antes de 2005 se llegue al nivel de reemplazo. Se trata de una de las más intensas disminuciones observadas en tiempos modernos en países de gran tamaño poblacional, siendo considerado un proceso impresionante, por una serie de características. Primero, el inicio del descenso de la fecundidad fue simultáneo a una fase de gran crecimiento económico, y su ritmo se mantuvo (y hasta se intensificó) en períodos de crisis económica. En segundo lugar, la generalización del proceso de reducción ha alcanzado, inclusive, a los excluidos —como la población rural o los menos educados— que no habían sido afectados, por lo menos directamente, por los cambios estructurales. En tercer lugar, esta transición se ha dado en ausencia una política explícita de control del crecimiento poblacional o de planificación familiar y se ha viabilizado a través de dos métodos altamente eficaces como la anticoncepción oral y la esterilización.

¹⁵² Profesora UFMG / CEDEPLAR. Departamento de Demografía - Cedeplar/UFMG – Brasil.

¹⁵³ Investigadora OPS-Washington, Doctora en Demografía Médica, Colegio de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Universidad de Londres.

Los estudios sobre los determinantes de la fecundidad en el Brasil muestran que la transición resultó de un complejo conjunto de transformaciones económicas, sociales, culturales e institucionales, y que el Estado brasileño tuvo, directa o indirectamente, un papel de destaque en todas estas transformaciones.

Este trabajo busca describir la trayectoria de la fecundidad brasileña y discutir el papel del Estado en su descenso. Con este fin, recopila una serie de hallazgos relativos a los aspectos mencionados líneas antes destacando dos aspectos. Por un lado, la trayectoria de la fecundidad, incorporando nuevas evidencias, producto de una “re-lectura” del inicio del descenso de la fecundidad usando información sobre cohortes de mujeres en vez de datos transversales y datos recientes que señalizan la generalización de este descenso. Por otro lado, describe panorámicamente la influencia del Estado en todo este proceso en aspectos como: los cambios en las preferencias reproductivas, la demanda para regular la fecundidad, y la oferta de anticoncepción, a través de políticas y programas gubernamentales que directa o indirectamente afectaron los determinantes estructurales e institucionales de estos dominios.

De esta forma, la primera sección describe brevemente la transición de la fecundidad iniciada al final de los años sesenta; examina estimaciones de cohortes y de período y muestra evidencias recientes de la tendencia generalizada de extrema baja fecundidad. La segunda sección se detiene en dos de los aspectos más relevantes en la transición de la fecundidad brasileña: las preferencias reproductivas y la anticoncepción. Seguidamente, se considera la influencia del Estado en tres esferas. En primer lugar, acciones gubernamentales en pro del desarrollo y la modernización, discutiéndose la manera cómo estas transformaciones habrían afectado los cambios en las preferencias reproductivas y la demanda por planificación familiar. Enseguida, se revisa la interpretación de Faria (1989) sobre las políticas y programas que tuvieron consecuencias no anticipadas en la conducta reproductiva, al promover, intensificar y difundir el proceso de cambio institucional que provocó la generalización de la demanda para controlar la fecundidad. Finalmente, se documenta la evolución de la posición del Estado en relación a la planificación familiar, y se discuten las consecuencias de esta posición en términos de las condiciones de salud reproductiva de las mujeres, del patrón anticonceptivo del país, y del proceso de reducción de la fecundidad.

II. La trayectoria del descenso de la fecundidad en el Brasil

El final de los años sesenta es, sin duda, el marco del inicio de la transición de la fecundidad en el Brasil, existiendo varios estudios que, utilizando medidas transversales, así lo constatan.¹⁵⁴

Al entrar en la década de 70, la tasa global de fecundidad (TGF) se situaba en torno de 6,0, después de haber mostrado pequeña pero sostenida tendencia de descenso en las primeras décadas del siglo XX y cierta recuperación de sus niveles en determinadas zonas en los años 50 (Frias y Carvalho, 1994). A partir de entonces, se dio una abrupta disminución hasta llegar a la década de 90 con un número medio de hijos por mujer definitivamente por debajo de 3, con una reducción superior a 50% en dos décadas. En 2000, de acuerdo a datos censales, la TGF del país fue de 2,3.

Se observa en esos estudios que las cinco grandes regiones que componen el país —que son sabidamente diferentes en términos sociales, económicos y, aún, ambientales— presentaron una gran variación con relación al inicio y al ritmo de esta transición, pero, también, una fuerte tendencia de convergencia. En 1970 existía una diferencia de 3,3 hijos entre los niveles extremos —con los mayores valores para las regiones menos desarrolladas—, con tasas próximas a 8 hijos por mujer; en 2000, la diferencia persistía pero esta disminuyó en dos tercios, siendo los niveles extremos 2,1 y 3,2 (IBGE, 2002).

¹⁵⁴ Algunos de ellos son: Leite, 1980; Wong, 1983; Frias y Carvalho, 1994; Carvalho, 1997.

Esta trayectoria se puede ver mejor considerando las cohortes involucradas en este proceso y el contexto que las rodeó. El documentado descenso de la fecundidad se operó, ciertamente, en una población que experimentó cambios demográficos anteriores a la reducción de la fecundidad al mismo tiempo en que el país desarrollaba intensas políticas de crecimiento económico y modernización. Así, las cohortes que iniciaron la transición de la fecundidad, estuvieron expuestas, por ejemplo, a los efectos de la disminución de la mortalidad, tendencia que aparece desde por lo menos los años 40 para todas las regiones brasileñas. El inventario hecho por Camargo y Frias (2001) sobre la mortalidad en el Brasil, muestra que la esperanza de vida al nacer en 1935, de poco más de 40 años, habría aumentado 10 años al llegar a 1955. Dado el perfil epidemiológico de la época, dominado por enfermedades infecciosas, las mejoras se dieron, obviamente, en la niñez.

“La tasa de mortalidad infantil (MI) y de niños de entre 1-4, 5-9 y 10-14 años de edad muestran la mayor disminución desde 1940. En todos esos grupos la reducción fue por sobre el 70%, alcanzando un 90% en el grupo de entre 1-4 años de edad. La MI varió de un 150 por mil en 1940, a una cifra cercana al 47 por mil en 1991”. (Camargo y Frias, 2001, p.13).

(Traducción libre).

Esas cohortes, estuvieron, también, expuestas a una intensa migración rural-urbana y de larga distancia dirigida a los polos industriales del sur del país y cuyo auge se dio en las décadas de sesenta y setenta. El volumen de este flujo migratorio resultó en un saldo rural negativo de 13,6 millones de personas en el decenio 1960/70 y 18,1 millones en 1970/80. Si los números absolutos impresionan por su grandeza, regístrese que, proporcionalmente en relación a las poblaciones rural y urbana enumeradas al final de cada decenio este volumen representaba, respectivamente, -33% y 26%, en 1970 y -48% y 22%, en 1980. En consecuencia, el grado de urbanización de la población brasileña aumentó de 45% para 68%, entre 1960 y 1980 (Carvalho y Garcia, 2002).

En este contexto, la paridez final de las cohortes de mujeres nacidas desde la década del 40 en adelante, y cuyo mayor potencial reproductivo se dio a partir de los años sesenta, fue siempre menor que la de mujeres de las cohortes inmediatamente más viejas. El gráfico 1 elaborado a partir de las estimaciones de Horta y otros (2000), calculadas utilizando métodos indirectos, ilustra bien este comportamiento y sugiere su presencia en todo el territorio brasileño.

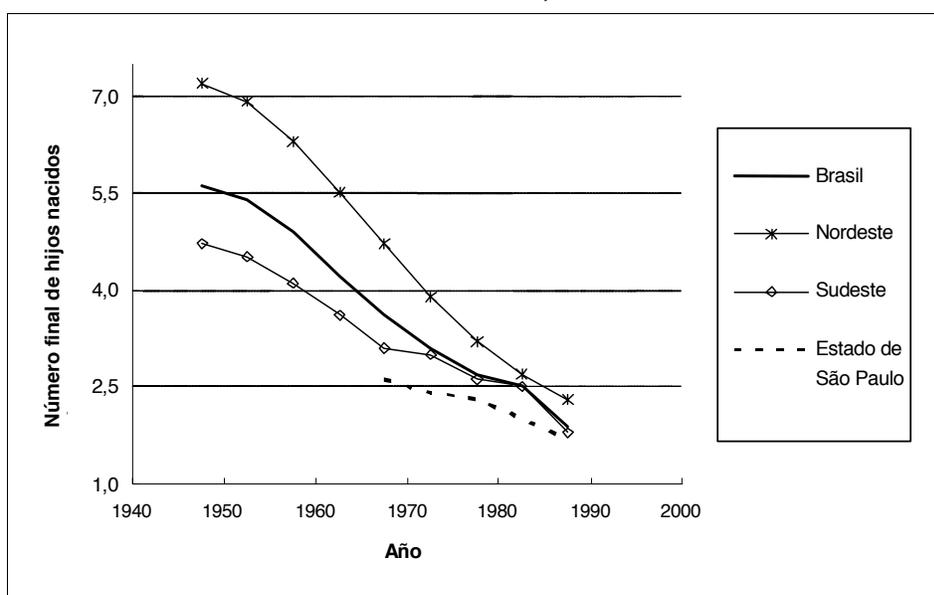
No es de extrañar que este gran descenso haya ocurrido en la región Sudeste que incluye las ciudades de São Paulo, Rio de Janeiro y Belo Horizonte y que, además, es la región más urbanizada y responsable, desde hace mucho tiempo, por una avasalladora parte del PIB. Llama la atención que esto se haya dado, también, y de forma mucho más acentuada, en el otro extremo del espectro socio-económico del país: la región Nordeste, la misma, que si bien, no se modernizó tan rápidamente como el Sudeste, ni ha alcanzado altos niveles de bienestar social, sí experimentó, en un primer momento beneficios como, por ejemplo, la disminución en los niveles de mortalidad infantil.¹⁵⁵

Dado este contexto socio-demográfico, es probable que la mayor sobrevivencia de los hijos —producto de las inversiones en saneamiento básico y otras medidas sanitarias y que se habrían sentido primero en las regiones más privilegiadas— haya sido el primer motivo para cambios en el

¹⁵⁵ Comparado con la transición de la fecundidad en los países del Tercer Mundo, el caso brasileño ha seguido, por un lado, el patrón general, en la medida que el rápido descenso de la fecundidad se inició primero en las áreas más desarrolladas (Frias y Carvalho, 1994). Por otro lado, sin embargo, una vez iniciado este proceso, su ritmo fue más acelerado en las regiones más pobres, al contrario de los hallazgos de Bongaarts y Watkins (1996) al comparar países de una misma región.

comportamiento reproductivo. Es probable también que la migración, pieza importante del proceso de industrialización y modernización del país, iniciado en los años cincuenta y que tuvo como consecuencia una gran concentración de la riqueza, haya jugado papel importante, pues al mismo tiempo que impulsó una redistribución de la población en dirección a grandes centros urbanos excluyó gran parte de ella del proceso de desarrollo. Esto trajo como consecuencia el aumento de la marginalidad social y la pauperización, lo que, principalmente en momentos de crisis económica, como se detalla posteriormente, sería un factor importante para re-dimensionar el tamaño de la familia. Además, hay evidencia de que una parte importante de este cambio en la fecundidad se debe a la migración, pues los migrantes tienen menores niveles de fecundidad cuando son comparados con aquellos que se quedaron en sus lugares de origen.¹⁵⁶

Gráfico 1
BRASIL Y REGIONES GEOGRÁFICAS SELECCIONADAS: COHORTES DE MUJERES CON EDADES 15-19 EN LOS AÑOS INDICADOS, SEGÚN NÚMERO FINAL DE HIJOS



Fuente: adaptado de Horta y otros (2001) y Estadísticas Vitales del Estado de São Paulo (Fundación SEADE).

Durante períodos más recientes, en los cuales la mortalidad (inclusive la mortalidad infantil) continuó disminuyendo fuertemente y la migración interna dio señales de contención y hasta cambios de ruta, la tendencia de disminución de la fecundidad continuó.¹⁵⁷ El gráfico anteriormente citado muestra que mujeres en la fase de mayor contribución a la fecundidad en 2000-2005 (las cohortes que iniciaron su vida reproductiva entre 1985-1989) tendrían niveles de fecundidad extremadamente bajos, alcanzando una paridez final de 1,9 hijos.¹⁵⁸

Las regiones más y menos desarrolladas mantendrían diferencias, notándose, sin embargo, para el Nordeste la continua e impresionante reducción a medida que las cohortes son más jóvenes.

¹⁵⁶ Wong y Oliveira muestran, utilizando los Censos de 1980, que los migrantes con 10 ó más años de residencia tienen en general una paridez menor vis-a-vis aquellos de igual lugar de nacimiento pero que no salieron.

¹⁵⁷ Ver Carvalho y Wong (1996), Carvalho y Garcia (2002).

¹⁵⁸ Se asume que a partir de 2000, las diversas cohortes que aún están en edades reproductivas completarían su fecundidad con tasas por edad iguales a las mostradas por cohortes inmediatamente más viejas. Así, para estimar la TGF de las cohortes con edades 15-19 en 1980, (o 35-39 en 2000) se presupone que al alcanzar la edad 40-44 presentarán las mismas tasas que las cohortes con esa misma edad en 2000.

De este modo, cualquier extrapolación para esta región, aun siendo conservadora, resultaría en una TGF inferior a 2 para las mujeres que han iniciado su vida reproductiva en los años 90 y una diferencia, en la práctica, despreciable si comparada con los niveles de las regiones líderes. En adición, estimaciones para el Estado de São Paulo utilizando estadísticas vitales sugieren, reforzando estos hallazgos, una paridez final de 1,7 para las mujeres que finalicen su fase reproductiva en 2020-2025.

Los datos para las cohortes, en otras palabras, constatan los hallazgos relativos a recientes y adicionales descensos de la fecundidad, confirmando que se trata de cambios estructurales y difícilmente reversibles. Adicionalmente, la generalización de tasas de fecundidad situadas en torno del reemplazo para los primeros años de la década de 2000, parece bastante probable, dadas las evidencias que se consideran a seguir.

En primer lugar se consideran datos recientes sobre los niveles de fecundidad según el grado de instrucción de la mujer (cuadro 1). Estos muestran efectivamente la asociación inversa esperada, con tasas más altas para mujeres menos instruidas. Para estas últimas la TGF del país como un todo sobrepasa ligeramente la media de 4 hijos por mujer.¹⁵⁹

Cuadro 1

TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD, SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO – BRASIL, REGIONES NORDESTE Y SUDESTE, DISTRITO FEDERAL Y UNIDADES DE LA FEDERACIÓN SELECCIONADAS – 2000

Años de estudio	Brasil	Regiones		Unidades federativas				
		Sudeste	Nordeste	São Paulo	Rio de Janeiro	Bahía	Pernambuco	Distrito Federal
Total	2,38	2,10	2,70	2,05	2,04	2,50	2,48	1,96
S/ instrucción o menos de 1 año (A)	4,12	3,44	4,32	3,33	3,01	4,17	4,10	2,76
1 a 3 años	3,62	3,22	3,81	3,19	3,17	3,63	3,75	3,23
4 a 7 años	2,97	2,86	3,00	2,92	2,85	2,80	2,83	2,79
8 a 10 años	2,22	2,21	1,92	2,29	2,18	1,76	1,79	2,28
11 años o más (B)	1,48	1,44	1,50	1,44	1,42	1,45	1,48	1,46
Diferencia [A-B]	2,64	2,00	2,82	1,89	1,59	2,72	2,62	1,30

Fuente: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Nota: no se incluyó la categoría "años de estudio no determinado".

Con relación a esta característica —instrucción de la mujer— importa enfatizar dos aspectos. Por un lado, nótese que, además de la diferencia poco expresiva según niveles de educación, los niveles son extremadamente bajos; con efecto, entre mujeres de 8 a 10 años de educación, la TGF promedio es de 2,2, siendo menores en la región Nordeste. Para las mujeres con 10 años o más de educación (lo que incluye aquellas que no necesariamente han concluido una carrera universitaria)

¹⁵⁹ Unido a esto, es importante tener en cuenta dos aspectos: en primer lugar, el poco peso relativo de mujeres sin instrucción: de acuerdo al Censo de 2000, ellas representan aproximadamente 8% del total de mujeres. En las regiones Sur, Sudeste y Centro-oeste, la proporción es de 5%. Únicamente en el Nordeste y Norte (esta última con muy poco peso poblacional: menos de 10% de la población brasileña), la proporción de analfabetas es superior a 10%. De este modo, aunque haya segmentos poblacionales con relativamente alta fecundidad, su pequeño volumen les quita posibilidades de influenciar en los niveles de fecundidad. En segundo lugar, son justamente estos grupos donde se han registrado las mayores reducciones.

la tasa nunca sobrepasa el valor de 1,5. Por otro lado, sabiendo que, en promedio, ha mejorado el nivel de escolaridad de la población,¹⁶⁰ es probable que este haya influenciado la continuación de la baja de la fecundidad. Sin embargo, el hecho de que aún entre las mujeres con menos instrucción se hayan registrado significativas disminuciones, indicaría la existencia de factores determinantes más relevantes que la educación en la baja de la fecundidad brasileña.

En segundo lugar, las principales ciudades metropolitanas han terminado la década de 90 con tasas en general, por debajo del nivel de reemplazo (cuadro 2). Además, ciudades como Salvador, Belén y Recife, situadas en la región Nordeste —como ya se dijo, la más pobre del país— tienen, en promedio, tasas menores que ciudades como Brasilia —la capital administrativa del país— o Curitiba —en el Sur del país—, ambas caracterizadas por altos niveles de vida.

Cuadro 2

CIUDADES METROPOLITANAS BRASILEÑAS Y DISTRITO FEDERAL: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, EDAD MEDIA DE LA FECUNDIDAD Y PROPORCIONES ACUMULADAS HASTA LAS EDADES 20 Y 35^a AÑOS SELECCIONADOS DE LA DÉCADA DE 90

Ciudades metropolitanas	TGF			Edad media	Fecundidad acumulada (%) hasta la edad:	
	1991	1995	1997		20	35
Brasil	2,85	2,60	2,50	27,1	15,3	85,2
Brasilia ^b	2,37	2,20	2,20	26,8	16,1	85,9
Fortaleza	2,30	2,58	2,13	27,3	15,1	86,7
Curitiba	2,20	2,35	2,32	26,6	17,1	89,2
Porto Alegre	2,20	2,33	2,14	27,7	14,2	85,7
Belo Horizonte	2,19	2,01	1,80	27,2	12,4	88,3
Recife	2,06	1,84	1,85	25,8	16,3	91,9
Belém	1,97	1,75	1,97	26,1	16,3	89,6
São Paulo	1,93	2,30	1,99	27,4	12,2	85,8
Rio de Janeiro	1,86	2,18	1,95	27,1	14,8	86,9
Salvador	1,78	1,90	1,80	27,0	13,7	87,2
Diferencia entre los valores extremos	0,59	0,83	0,52	1,9	4,9	6,1

Fuente: adaptado de Wong, 2001.

Datos brutos de las Encuestas de Hogares de la década de 90 – IBGE.

^a Corresponde al período 1995/2000.

^b No es área metropolitana, pero se incluye aquí por ser la capital administrativa del país.

Es importante resaltar aquí, dos peculiaridades. Por un lado, los menores niveles de fecundidad se dan, como fué observado por Wong (2001), justamente entre las ciudades donde indicadores como desempleo, analfabetismo, nivel de pobreza y concentración de la riqueza, se muestran más graves. Por otro lado, los niveles aquí presentados por ciudades, son coherentes con los datos mencionados en el párrafo anterior, en el que se constató, al mencionar las mujeres con

¹⁶⁰ El IBGE, afirma que de manera general, los censos de 1991 y 2000, demuestran que está mejoró pues se ha reducido la proporción de personas menos instruidas (19% contra 10%) lo que se refleja en el aumento de la proporción de aquellos que tienen 11 años o más de estudio (13,8% contra 19,0%) En: “Novos dados do Censo 2000 confirmam avanços na educação e revelam mudanças nas estruturas familiar e domiciliar” (<http://www.ibge.gov.br/>).

educación secundaria (que constituyen importante parcela de la población urbana), menores tasas para quienes residen en el Nordeste.

En tercer lugar, datos bastante confiables para segmentos más vulnerables de la sociedad indican tasas muy cerca al reemplazo. Este es el caso de las *favelas* localizadas en el Distrito Sanitario Oeste de Belo Horizonte,¹⁶¹ utilizadas aquí como ejemplo típico de uno de los segmentos de bajo estrato socio-económico que componen las áreas metropolitanas brasileñas. En los grupos caracterizados con “muy elevado riesgo” —que corresponden a las *favelas*— la TGF pasó de 2,4 para 2,1 en el período 1996-2000, en cuanto que, en segmentos menos vulnerables la TGF se mantuvieron en torno de 1,4 (Lana y otros, 2003).

Por último, la evolución del patrón por edad es otro importante aspecto a ser considerado en la transición de la fecundidad en el Brasil; esta permaneció prácticamente inalterada hasta 1980 a pesar de las diferencias regionales y variaciones en la transición de la TGF ya mencionados. Desde entonces, ocurrió una gran disminución en la edad media de la fecundidad, caracterizada por la persistencia de altas tasas en las edades 15-19 y disminuciones proporcionalmente mayores entre las edades más viejas con relación a las centrales, indicando, ello, substancial grado de control voluntario de la fecundidad. La tendencia de rejuvenecimiento se mantuvo a lo largo de los años 90 con una disminución de la edad media de 2,6 años si se consideran datos censales.

Este patrón de reproducción extremadamente joven, es igualmente un fenómeno generalizado y tal vez más acentuado entre la población urbana. Volviendo al cuadro 2, esto es lo que se nota en las ciudades metropolitanas, donde las mujeres con menos de 20 de años contribuyen, en promedio con más del 15% de la fecundidad y, más aún, 85% de la fecundidad se da entre las mujeres con hasta 35 años apenas. Llama atención que este perfil, marcadamente homogéneo, se de en ciudades tan diferenciadas en términos de origen, expansión y/o desarrollo socioeconómico.

La evidencia presentada con datos de Belo Horizonte sugiere que este patrón joven se debe a las tasas extremadamente altas de las mujeres menores de 25 años de las poblaciones más vulnerables. Como se observa en el gráfico 2, únicamente las mujeres menores de 20 años contribuyen con más del 20% del total de la fecundidad. Un cambio de comportamiento de estos grupos, orientado a imitar al de los grupos más privilegiados, “envejecería” la distribución por edad de la fecundidad, pues en estos, la cumbre de la curva se sitúa en la edad 30-34 años.

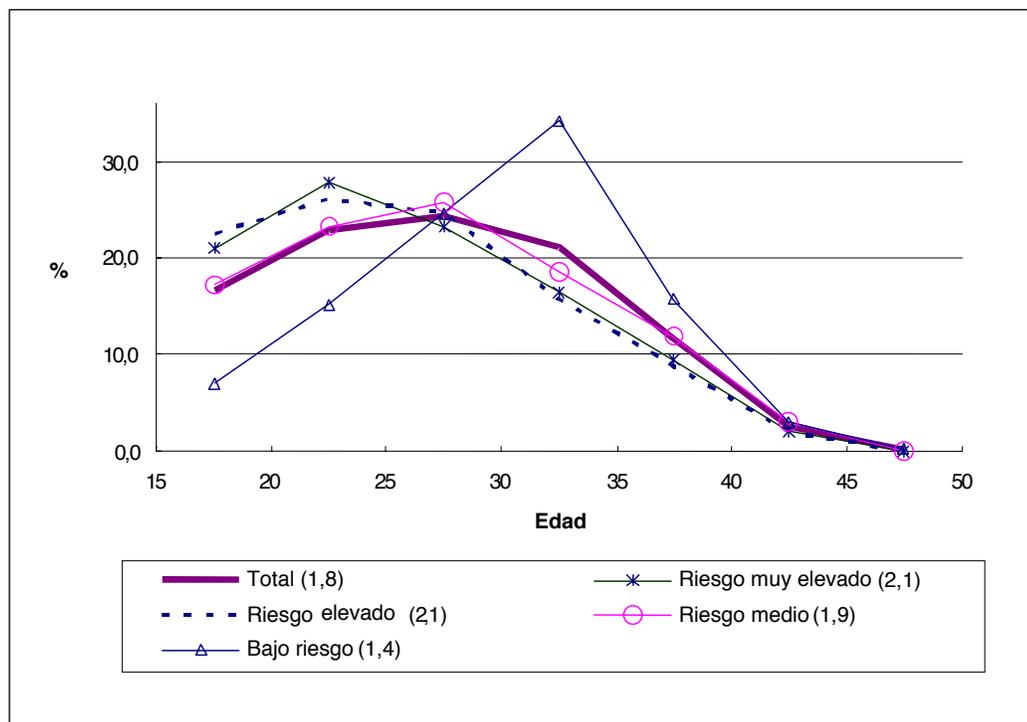
En síntesis, si bien la fecundidad corriente (o de período) comenzó a caer al finalizar los años sesenta, el comportamiento registrado por cohortes muestra que patrones orientados a un tamaño de familia menor estuvieron presentes en mujeres que entraron al período reproductivo una o dos décadas antes. A partir de los años setenta este nuevo patrón se habría reflejado en el veloz descenso registrado en los períodos siguientes.

Brasil entra al siglo XXI señalizando una fecundidad próxima al nivel de reemplazo y con una estructura por edad extremadamente joven. Se trata, aparentemente, de un perfil bastante homogéneo, considerando que se trata de una población con múltiples matices socioeconómicos y muy segmentada.

¹⁶¹ El Distrito Sanitario Oeste de Belo Horizonte posee una población de 268 mil habitantes, con buena cobertura de estadísticas continuas y un registro de aproximadamente 4,7 mil nacidos vivos en 2000.

Gráfico 2

DISTRITO OESTE DE BELO HORIZONTE (2000): DISTRIBUCIÓN RELATIVA (%) DE TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD EN POBLACIONES VULNERABLES, CON SU CORRESPONDIENTE TGF



Fuente: Lana y otros (2003).

III. El papel de la fecundidad no deseada y de la anticoncepción

La rápida disminución de la fecundidad se ha dado como respuesta a una cadena compleja de factores de diversas esferas, muchos de ellos relacionados a políticas de gobierno cuyos objetivos no estaban relacionados a la dinámica demográfica del país, por lo menos, no primordialmente. De cualquier manera, el descenso de la fecundidad se ha hecho orientado por un modelo reducido del tamaño de la familia, lo que al mismo tiempo, se viene alcanzando, gracias al acceso a medios eficaces de control de la fecundidad. Así, estos dos elementos se consideran a continuación.

1. Preferencias de fecundidad

Entre 1986 y 1996 el tamaño ideal de familia en el Brasil cayó de 2,8 para 2,3 hijos, no existiendo prácticamente variación entre subgrupos poblacionales (BEMFAM/DHS, 1997). Aproximadamente uno en cada tres niños sería no-deseado por exceder el denominado número deseado de hijos; esta proporción se constata también al evaluar lo que se conoce como fecundidad deseada (FD) y que se calcula de forma semejante a la TFM (Tasa de Fecundidad Marital), utilizando datos de período. El cuadro 3 presenta las tasas de FD para mujeres unidas y la proporción de la fecundidad no-deseada, según regiones seleccionadas y niveles de escolaridad, de acuerdo al método propuesto por Bongaarts (1990).

La TFM, utilizada como un indicador de resumen, apenas señala una media de 4,4 hijos¹⁶² y la existencia de diferenciales regionales asociados con el nivel de desarrollo. Se aproxima de 4 en el Sudeste y de 5 en el Nordeste y varía entre 5,7 y 3,2 para mujeres sin instrucción o de más altos niveles de escolaridad, respectivamente.

Cuadro 3

BRASIL, REGIONES SELECCIONADAS Y NIVEL DE ESCOLARIDAD (1995/96): TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD MARITAL POR EDAD NO DESEADA Y SU PROPORCIÓN (%), CON RELACIÓN AL TOTAL DE LA FECUNDIDAD MARITAL

Edad	Brasil	Regiones		Nivel de instrucción			
		Sudeste	Nordeste	Sin instrucción	Primaria	Secundaria	Superior
TFM	4,37	4,12	4,93	5,68	4,53	4,05	3,23
Fecundidad marital deseada							
15-19	248,72	222,06	233,44	249,87	227,84	245,86	--
20-24	163,03	151,73	158,52	214,79	164,33	146,3	--
25-29	94,57	83,86	115,47	97,21	92,67	83,34	157,94
30-34	52,77	55,04	49,93	40,68	49,94	41,85	113,97
35-39	24,4	27,39	21,7	13,62	13,53	22,01	50,63
40-44	10,2	12,99	7,15	5,05	5,04	7,78	50,09
Proporción de fecundidad no-deseada (%) con relación al total de la fecundidad marital							
15-19	17,38	20,3	27,29	32,53	26,89	---	---
20-24	31,65	32,95	38,27	37,35	31,51	36,69	---
25-29	40,05	42,44	39,61	50,97	44,63	43,85	2,36
30 o más	60,86	54,5	71,4	83,45	75,65	56,21	23,28

Fuente: adaptado de Wong y Perpétuo (2002).

(--) No calculada para evitar distorsiones muestrales.

Las diferencias de la FD al observar las tasas por edad son menos obvias si se consideran las dos regiones usadas para indicar diferentes grados de desarrollo. Las diferencias también son relativamente pequeñas según el nivel de escolaridad, si no se considera el grupo más educado que —importante señalarlo— presenta las más altas tasas de FD. La fecundidad no-deseada, en contraste, presenta grandes diferencias asociadas al nivel de desarrollo. Las mayores proporciones corresponden al Nordeste y a las mujeres con menor escolaridad. Existe, también, una relación clara y directa con la edad: más de 75% de la fecundidad de mujeres con más de 30 años e instrucción menor o igual a primaria es no-deseada. En este mismo grupo de edad, uno en cada tres nacimientos ocurridos en el Sudeste es no-deseado y en el Nordeste, 1,5 de cada 3.

Así, las mujeres brasileñas unidas, independientemente del lugar de residencia o de la escolaridad, desean menos hijos, existiendo casi una coincidencia en términos del número deseado en todos los subgrupos considerados.

¹⁶² Operacionalmente la TFM se calcula, como en el caso de la TGF, sumando las tasas de fecundidad por edad de las mujeres en unión. Así, equivale al número medio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres en unión, desde la edad de 15 años y que permanecen unidas hasta el final del período reproductivo y experimentan los mismos riesgos de fecundidad por edad de la población observada. En razón de estos presupuestos, su interpretación puede llevar a conclusiones equivocadas sobre el número medio real de hijos de las mujeres en unión. Sin embargo, el indicador es utilizado aquí por no disponer de información sobre la fecundidad no-deseada de las mujeres fuera de unión.

Las tasas para mujeres más educadas revelan grupos en los cuales la fecundidad deseada y actual ya convergió, como los de 25 años en adelante, en los que el componente no-deseado es mínimo, siendo posible, que ya existan grupos bastante selectivos con fecundidad deseada mayor o igual que la fecundidad actual.¹⁶³

2. Anticoncepción

Aun cuando no existan datos nacionales sobre anticoncepción antes de 1986, se cree que la prevalencia habría sido de aproximadamente 30% al inicio de la baja de la fecundidad.¹⁶⁴ Los resultados de las encuestas demográficas y de salud de 1986 y 1996 (Arruda y otros, 1988; Arruda y otros, 1988 y BEMFAN, DHS, 1997), permiten afirmar que durante los años siguientes, la prevalencia anticonceptiva entre brasileñas unidas y en edad reproductiva aumentó rápidamente, alcanzando 69% en 1986, y casi 80% 10 años más tarde. Apenas dos métodos —la píldora y la esterilización— han sido responsables por más de dos tercios de la anticoncepción.

En estas condiciones, el perfil que caracteriza la anticoncepción en el Brasil es la predominancia de la esterilización femenina, siendo responsable por el aumento más reciente de la prevalencia anticonceptiva, pues la proporción de usuarias de otros métodos disminuyó.¹⁶⁵ Además, la esterilización al mismo tiempo que se diseminó, se ha tornado más precoz. Entre 1986 y 1996 la edad mediana para esterilizarse cayó de 31,4 años para 28,9 años y la proporción de mujeres con más de 3 hijos, entre las esterilizadas, disminuyó de 46% para 32%.¹⁶⁶

Como era esperado, hay un gran diferencial en el uso anticonceptivo entre diferentes sectores de la población. Los grupos que presentaban la más baja prevalencia en 1986 (mujeres residentes en la Región Nordeste, en la zona rural y con menos escolaridad) presentaron crecimiento mayor, básicamente por el aumento de la esterilización (gráfico 3).¹⁶⁷ En 1996, 40% de todas las mujeres brasileñas unidas y en edad reproductiva se habían esterilizado, y en el grupo de las mujeres sin instrucción este porcentaje llegaba a 48%.¹⁶⁸ Adicionalmente, la esterilización, en la mayoría de los casos se realiza al momento del parto (74 % en 1996), y más frecuentemente, junto con el parto cesáreo (60%).

En consecuencia, este método pasó a responder por más de dos tercios de la anticoncepción en los grupos menos privilegiados, una tendencia que puede ser explicada por los modelos de difusión y es consistente con diferencias sociales en la aceptación de métodos anticonceptivos no-tradicionales y con el aumento de disponibilidad de la cirugía de esterilización, como sugieren algunos estudios.¹⁶⁹

¹⁶³ Esto no es un comportamiento inesperado en grupos sociales que se encuentran en las últimas fases de la transición de la fecundidad, como muestra Van de Kaa (2001) al desarrollar el concepto de la segunda transición demográfica. Este autor, así como Bongaarts (1998, 2001), presentan datos nacionales para Europa y América del Norte, donde la FD es, en la mayoría de los casos, mayor que la real, lo mismo se ve en países de reciente y violenta reducción de fecundidad, como Taiwán y Tailandia (Bongaarts, 2001).

¹⁶⁴ Merrick, Berquó (1982) estimaron la prevalencia contraceptiva en 25-32% para 1970, 41-47% para 1976 y 46-52% para 1980.

¹⁶⁵ Con excepción del DIU que presenta una tímida tendencia de crecimiento al alcanzar 1,1% en 1996.

¹⁶⁶ Vale notar que en el Nordeste, la tasa de esterilización de mujeres unidas de 25-29 años que tuvieron su tercer hijo alcanzaba 70% (Perpétuo, 1996).

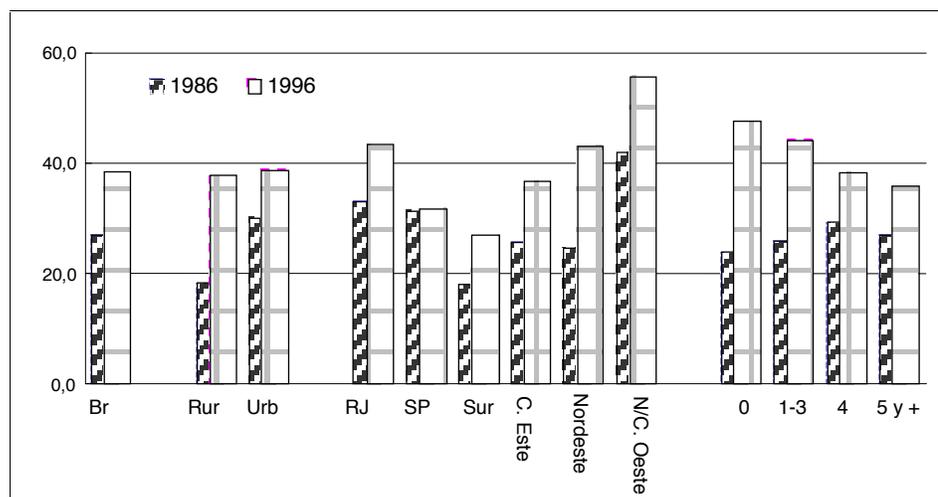
¹⁶⁷ La proporción de mujeres esterilizadas entre aquellas que tuvieron el segundo hijo en los 5 años antes de la encuesta —una medida de la incidencia de la esterilización— fue de aproximadamente 30% en todos los estratos (Perpétuo, 1995).

¹⁶⁸ São Paulo —la región más desarrollada y con fuerte movimiento en pro de la salud y derechos reproductivos— fue el único lugar donde la prevalencia de la esterilización permaneció estable en este período. El aumento de la anticoncepción fue debido a otros métodos modernos, particularmente al DIU y vasectomía, en cuanto el uso de métodos tradicionales disminuyó.

¹⁶⁹ Por ejemplo, Correa (1995), Serruya (1992), Perpétuo (1995)

Gráfico 3

BRASIL, 1986-1996: PREVALENCIA DE ESTERILIZACIÓN ENTRE MUJERES UNIDAS (15- 49 AÑOS) TOTAL. LUGAR DE RESIDENCIA, REGIONES SELECCIONADAS Y EDUCACIÓN



Fuente: Micro-datos de la DHS/Brasil de 1986 y 1996.

Resáltese un aspecto extremadamente peculiar de este *mix*: se trata, paradójicamente, de métodos asociados a diferentes patrones de preferencias reproductivas y cuyo acceso, en el Brasil, ha sido diametralmente opuesto. La píldora, típica opción de quien desea espaciar los nacimientos, ha sido siempre costeadada por la mujer (o la pareja). Esto se debe, entre otros factores, a su facilidad de uso, a su bajo costo y a su fácil acceso, pues, en el Brasil se compra el anticonceptivo oral en la farmacia sin receta médica.

La esterilización, por el contrario, es opción de quien no desea tener (más) hijos; es un procedimiento caro y hasta hace muy poco tiempo, hecha con instrumental extremadamente invasor. Finalmente, de acuerdo a las estadísticas disponibles, ha sido pagado, mayoritariamente por el sector público y a pesar de su popularidad, contradictoriamente, hasta muy recientemente y con muy pocas excepciones, era ilegal.¹⁷⁰

El mayor crecimiento del control de la fecundidad entre los estratos sociales más bajos —hecho a través de la esterilización y asociado a cambios en el patrón por edad— acabó por uniformizar el impacto de la anticoncepción sobre los niveles de fecundidad, como fue mostrado por los índices de Bongaarts, presentados en el cuadro 4.

Así, la poca diferencia de fecundidad entre los diversos grupos socioeconómicos se debe, básicamente, a los otros determinantes próximos. El papel del aborto, consecuencia del control inadecuado de la fecundidad, o ausencia del mismo, y que se cree importante, es probable que haya tenido una doble función en la definición del actual perfil reproductivo brasileño. Habría funcionado como un factor inhibitor propiamente, tal como fue definido en el marco conceptual de Bongaarts, pero también, dado su carácter ilegal y estigmatizador, como un paso previo determinante de la opción subsiguiente por la esterilización.

Los otros índices, finalmente, han tenido una pequeña influencia en la transición de la fecundidad. De hecho, cambios en el patrón de casamiento contribuyeron positivamente en los

¹⁷⁰ El argumento de que la esterilización significaba pérdida permanente de función vital la convertía en crimen de lesión corporal de acuerdo al Código Penal Brasileño de 1941. El Código de Ética Médica de 1988 solamente la permitía en casos especiales, i.e. si una futura concepción representase riesgo para la salud.

cambios de la fecundidad operados durante los años 70 (Merrick y Berquó, 1983) y la influencia de los demás índices, que siempre fue pequeña, se tornó aún menor en 1996.

En resumen, no hay dudas que la mejora del control de la fecundidad marital durante la década de 70 fue debido al aumento de la prevalencia anticonceptiva y a la substitución de métodos tradicionales por métodos modernos. La baja de la fecundidad a partir de entonces se debió casi que exclusivamente a la influencia de la esterilización que se diseminó en las regiones y grupos sociales menos privilegiados. La opción por la esterilización —en general al momento del parto— en ausencia de programas de planificación familiar y la precocidad de la decisión tendrían que ver, tal como se verá más adelante, con agentes ajenos al ámbito de la salud reproductiva.

Cuadro 4

**BRASIL, REGIONES SELECCIONADAS Y NIVEL DE ESCOLARIDAD (1986 Y 1996):
ÍNDICES DE LOS DETERMINANTES PRÓXIMOS DE LA FECUNDIDAD DE BONGAARTS^a**

	I_m			I_c			$I_a \times I_l$			TGF		
	1986	1996	Var. %	1986	1996	Var. %	1986	1996	Var. %	1986	1996	Var. %
Brasil	0,64	0,69	8	0,41	0,28	-32	0,88	0,86	-2	3,5	2,5	-28
Regiones												
Rio de Janeiro	0,61	0,59	-4	0,36	0,26	-27	0,77	0,86	12	2,6	2	-23
São Paulo	0,57	0,54	-5	0,36	0,31	-14	0,83	0,91	10	2,6	2,4	-11
Sur	0,68	0,74	8	0,32	0,23	-28	0,81	0,88	9	2,8	2,3	-15
Centro-este	0,67	0,61	-8	0,32	0,27	-15	0,92	0,92	0	3,1	2,4	-21
Nordeste	0,68	0,69	1	0,52	0,34	-34	0,91	0,87	-5	5	3,2	-36
Norte/C. Oeste	0,64	0,72	14	0,48	0,31	-35	0,86	0,76	-11	4,1	2,7	-35
Años de estudio												
Ninguno	0,81	0,86	7	0,58	0,38	-34	0,88	0,95	8	6,4	4,9	-24
1-3 años	0,84	0,82	-3	0,48	0,35	-26	0,82	0,85	4	5,1	3,8	-25
4 años	0,73	0,81	10	0,36	0,32	-13	0,77	0,73	-5	3,1	2,9	-8
5 y más	0,55	0,59	6	0,33	0,32	-4	0,9	0,78	-14	2,5	2,2	-12

Fuente: estimaciones a partir de los microdatos de la DHS/Brasil 1986 y 1996.

^a Los índices representan: I_m (Casamiento); I_c (Anticoncepción); I_a (Aborto); I_l (lactancia materna).

El índice de anticoncepción fue estimado de acuerdo con el método propuesto por Casterline y otros (1984) que considera la variación etaria de la prevalencia de uso y del *mix* de los métodos.

IV. Políticas y programas nacionales que afectan la fecundidad

El análisis del papel de políticas y programas nacionales en los cambios demográficos nos remite, en un primer momento, a explicitar el marco de referencia teórico que guía este análisis, lo que involucra definir lo que es “influencia del Estado en la fecundidad” y en seleccionar las dimensiones de tal influencia que se examinarán. Esto, a su vez, está intrínsecamente relacionado con el enfoque explicativo sobre el descenso aquí adoptado, y que tiene que ver con las metas y la naturaleza de la influencia del Estado, independientemente de sus intenciones sobre esta materia. MacNicoll (2001), al tratar de esto, sugiere que, además de los programas que buscan explícitamente alterar el rumbo de la fecundidad, existen acciones gubernamentales que la afectan. En este sentido, sugiere que habría cuatro categorías de actuación del Estado que afectan el comportamiento reproductivo: (i) programas de incentivo al control de la fecundidad; (ii) agentes de promoción de movilidad social, particularmente a través de sistemas de estratificación social y género, (iii) inversiones en infraestructura y de transferencia selectivas por edad o status familiar; (iv) agentes de cambios ideacionales. Estas categorías definen una visión de los determinantes de la

fecundidad según la cual los resultados de la fecundidad son determinados por decisiones y percepciones individuales condicionadas por un amplio espectro de características del ambiente social y económico. (MacNicoll, 2001).

Utilizando este enfoque, se argumenta aquí que, a pesar de no haber establecido metas de crecimiento poblacional, y de que las políticas y programas sobre planificación familiar adoptadas no resultaron en acciones efectivas, el papel del Estado brasileño fue fundamental para cambiar el comportamiento reproductivo del país. En primer lugar, porque las medidas sanitarias constituyeron el factor más importante en la expresiva baja de la mortalidad ocurrida en la década de 40 (Merrick, Graham, 1981; Arriaga y Davis, 1969), lo que habría sido un factor impulsador de la transición de la fecundidad. En el caso brasileño, como fue mencionado al considerar las cohortes de mujeres que entraron en la década del sesenta en edad reproductiva, su efecto en la disminución de la fecundidad se habría dado a medida que la percepción de un mayor número de hijos sobrevivientes era cada vez más clara por parte de las mujeres (o parejas). En segundo lugar, porque a través de los instrumentos de política económica, el Estado fue el agente propulsor principal de las transformaciones que son interpretadas como las causas estructurales del descenso (Carvalho y otros, 1981; Merrick y Berquó, 1983; Paiva, 1987). En tercer lugar, por que otro conjunto de políticas públicas implantadas por el gobierno federal a partir de 1964, aunque no tuviesen este propósito, fueron esenciales para acelerar el proceso de cambio socio-cultural que posibilitó la generalización de la preferencia por familias pequeñas y la reducción del costo de regular la fecundidad (Faria, 1989; Faria y Potter, 1994). Además, la acción del Estado en lo que a planificación familiar concierne, a pesar de contradictoria y poco efectiva, fue importante en la configuración del patrón anticoncepcional vigente en el país, el cual, obviamente, afecta el curso de la fecundidad (Potter, 1999).

A continuación se detalla cada una de estas tres dimensiones.

1. Políticas y acciones gubernamentales que afectaron la fecundidad vía sus determinantes estructurales

A lo largo del siglo XX, especialmente a partir de los años 50, el Brasil pasó por un profundo proceso de cambio estructural, que dio origen a la actual sociedad industrial moderna, altamente urbanizada, con alto grado de proletarización de la fuerza de trabajo y creciente participación femenina en el mercado de trabajo.

La depresión mundial de la década del 30 es el marco importante de este proceso por representar la quiebra del modelo agro-exportador y el inicio del primer gran ciclo de desarrollo de la moderna industria brasileña. Desde entonces la interferencia estatal fue fundamental para el despegue del proceso de sustitución de importaciones que elevó el grado de diversificación industrial e hizo crecer la economía, aumentando, al mismo tiempo, el desequilibrio regional y la desigualdad de ingresos, con todas sus consecuencias económicas, sociales y políticas.¹⁷¹

Posteriormente, al inicio de los años sesenta, surge una severa crisis económica, caracterizada por alto desempleo urbano, inflación maciza, incapacidad de honrar los compromisos de la deuda externa y crisis política. Este período culminó con el golpe militar de 1964, instituyendo una dictadura que permaneció hasta 1989 y dio origen a una nueva fase de la historia económica y política del país; marca, también, el inicio del rápido descenso de los niveles de la

¹⁷¹ Tal interferencia se dio fundamentalmente a través de la política de cambio, que facilitó la importación de bienes de capital e insumos esenciales y de políticas de inversión en los sectores de infraestructura que representaban puntos de estrangulamiento al proceso de industrialización, tales como energía, transportes y siderurgia, además de incentivos y subsidios cambiarios y aduaneros para la entrada de capital extranjero oficial y privado para financiar la inversión en sectores como la industria mecánica (Tavares, 1976, Prado Jr., 1976).

fecundidad. Durante este período, en que los derechos políticos fueron abolidos y los canales de manifestación cortados, la conducción de la política económica del país se hizo por un grupo de tecnócratas que promovió la reforma y modernización de la máquina administrativa y permitió que el Estado efectivamente influyese en la vida económica y social del país. De una forma absolutamente esquemática, se puede decir que la política económica adoptada buscó consolidar y estimular el proceso de industrialización, expandir y diversificar las exportaciones integrando el país a la economía mundial y a los mercados financieros internacionales, así como, capitalizar e industrializar el campo. Esto, conocido como el “modelo brasileño de desarrollo” se dio dentro de un contexto internacional favorable y propició el ‘milagro económico’ en el período 1969-1974, una fase en que la tasa de crecimiento económico anual, frecuentemente superó el 10%, pero que, también, como se dijo, aumentó la desigualdad del ingreso, la concentración de la propiedad agrícola, y provocó el mayor éxodo rural ya visto en el país.

Los autores que tratan de analizar los determinantes económicos subyacentes al descenso de la fecundidad (Carvalho y otros, 1981; Paiva, 1985 y 1987) señalan el importante papel del proceso de proletarianización en la medida en que este, no sólo destruyó las bases de control institucional de la fecundidad, sino también modificó el sistema de subsistencia basado en la producción doméstica transformándolo en un sistema monetario. En esta perspectiva, la desestabilización de los niveles de fecundidad se daría a través de tres procesos principales: la monetarización de la economía, a partir de la cual la subsistencia de la familia estaría sujeta a las variaciones de precio; la diversificación del patrón de consumo, a través del acceso a bienes industrializados (facilitado por el crédito al consumidor) y la homogeneización del mercado de trabajo no calificado, que lleva a posibilidades diferenciadas de empleo y desempleo para los diferentes miembros de la familia (Paiva, 1985 y 1987). Cabe recordar que, con el proceso de integración de los mercados, aun la población inserta en relaciones precapitalistas de producción sería afectada, vía la monetarización de la economía y la diversificación de la canasta básica de consumo. Por otro lado, la exclusión de grandes parcelas de la población del proceso de desarrollo, aliado al proceso de redistribución de la población en dirección a los grandes centros urbanos, habría traído como consecuencia el aumento de la marginalidad social y la pauperización, lo que, principalmente en momentos de crisis económica, sería un factor adicional de la disminución de la demanda de hijos (Carvalho, Wong, 1996).

2. Políticas de consecuencias no anticipadas sobre la fecundidad

Si las políticas económicas más generales promovieron los cambios estructurales referidos líneas arriba, influenciando el comportamiento reproductivo, el Estado brasileño, según la interpretación de Faria (1989), tuvo una influencia aún más poderosa, pero inadvertida, sobre la fecundidad, a través de políticas implementadas con otros objetivos. Las políticas de crédito directo al consumidor, de telecomunicaciones, de seguridad social y de atención a la salud tuvieron un papel fundamental en la institucionalización de la demanda por regulación de la fecundidad, pues, como se verá enseguida, produjeron, multiplicaron y difundieron nuevos valores, preferencias y normas de comportamiento en relación a la sexualidad y a la reproducción.

La política de crédito directo al consumidor fue parte de la estrategia de estructuración de una sociedad de consumo que buscaba estimular el proceso de acumulación a través de la incorporación al mercado de las capas más pobres de la sociedad. Tuvo un carácter selectivo, propiciando la adquisición de bienes, semi-duraderos como electrodomésticos, muebles o automóviles, no financiando bienes y servicios esenciales para la reproducción de la familia, como alimentos, alquiler, transporte colectivo, educación o medicinas. Ha contribuido a la reducción de la fecundidad, porque, en un contexto de acentuada pobreza, surgía la posibilidad, real o simbólica,

de acceso a bienes que no eran los de primera necesidad, aun cuando, esto últimos continuasen faltando en el hogar. Esto introdujo en el cotidiano de las familias de estratos sociales medio y bajo el ejercicio del “cálculo económico” sobre la evaluación del costo/beneficio de los hijos, *vis-a-vis* el costo/beneficio de la adquisición de tales bienes, al mismo tiempo que contribuía a la elevación del costo de producción de los hijos.

La política de telecomunicaciones pretendía facilitar la integración nacional y el control territorial. Movida por fuertes inversiones públicas y privadas propició la expansión de la televisión, que, gracias también al crédito directo al consumidor, se tornó conspicua en los hogares brasileños.¹⁷² Su papel fue importante no sólo por la influencia de este medio —los efectos de la “exposición en sí”—, aspecto válido en cualquier contexto, sino también y, principalmente, por las especificidades que adquirió en el Brasil.

Con relación al primer aspecto, estudios en el área de comunicación demuestran que la exposición a la televisión, independientemente de su contenido, modifica el comportamiento de los telespectadores por el simple hecho de introducir realidades exteriores en los hogares. De esta forma, la TV amplía el campo, en el seno del cual, valores y comportamientos socialmente aceptables son definidos, provocando un cambio en la percepción de los “delimitadores de comportamiento apropiado, según lugar, sexo, posición en la sociedad y en la estructura de la familia” (Faria, 1989, p.85). Esto tiene gran impacto en el comportamiento femenino, provocando una erosión en la autoridad masculina, un cambio en la moral sexual, en la división entre lo ‘público’ y lo ‘privado’, entre sexualidad y reproducción; dimensiones sobre las cuales descansa el régimen de fecundidad elevada. En lo particular, las especificidades asumidas por la TV brasileña, así como, la idiosincrasia de la sociedad brasileña, serían responsables por su gran importancia (Faria, Potter, 1994). La primera de ellas tiene que ver con la profunda influencia como canal de información y entretenimiento por excelencia, debido la poca tradición de comunicación escrita que tiene el país. En segundo lugar, porque la televisión brasileña desarrolló un género particular, que se tornó central en su programación —la telenovela—, cuyo contenido se centra fuertemente en temas relacionados al estilo de vida, valores familiares, sexualidad, comportamiento reproductivo, que, frecuentemente se abordan de una manera no tradicional y difunde “nuevos contenidos de conciencia”. Es frecuente, por ejemplo, la imagen de familia con pocos hijos, relaciones interpersonales igualitarias, alto patrón de consumo, inestabilidad conyugal, arreglos familiares no convencionales. En tercer lugar, su alta calidad técnica y artística concede altísimo realismo y atracción a estas novelas, lo que potencia sobremanera su impacto sobre el público.

En resumen, la televisión en el Brasil ha tenido una importante influencia en la institucionalización de la regulación de la fecundidad al promover el ideal de familia pequeña, el culto a la juventud y a la belleza, la separación de la actividad sexual de la actividad reproductiva y al promover el consumo. Si esto fue un argumento utilizado para explicar el descenso de la fecundidad en los años 90, como observaron Carvalho y Wong (1996), continua vigente al entrar a los años 2000.

La política de seguridad social, a su vez, propició una gran expansión de la población asegurada debido a la incorporación progresiva de nuevos segmentos de trabajadores urbanos en un primer momento, y rurales, después. De esta forma a mediados de la década de los años 80, cerca del 60% de la PEA contribuía activamente a la seguridad social (Faria 1989, p.80), lo que aseguraba el derecho a pensiones, jubilaciones, auxilios en caso de enfermedad, accidente, invalidez y maternidad, así como el acceso a asistencia médica. Esta última, debe esclarecerse, de mejor calidad que la prestada por el Ministerio de Salud, lo que representó un estímulo adicional a la inscripción y expansión del sistema de seguridad, contribuyendo a la institucionalización de la demanda por regulación de la fecundidad, básicamente por tres mecanismos. En primer lugar, porque instituyó el derecho a la jubilación como

¹⁷² Actualmente, casi la totalidad de viviendas urbanas brasileñas poseen o tienen acceso a una televisión, lo mismo ocurre en el área rural donde 65% de las viviendas tiene un aparato de TV (Datos de la Encuesta Nacional de Hogares de 2001- IBGE).

una dimensión básica de ciudadanía. En segundo lugar, porque transfirió del ámbito de la familia y/o comunidad para el Estado la responsabilidad por el apoyo en la vejez y en situaciones adversas como enfermedad, viudez, accidente. Ambas ayudaron a redefinir el tránsito de derechos y deberes entre padres e hijos, haciendo desaparecer las motivaciones e incentivos que sustentaban la preferencia por una familia numerosa como garantía de apoyo para la vejez y situaciones de riesgo. En tercer lugar, porque el aumento de la cobertura de seguridad social representó la expansión de la exposición a los servicios médicos, lo que también es un determinante institucional importante de la demanda por regulación de la fecundidad, como veremos a continuación.

La política de atención a la salud implementada por el régimen militar proporcionó una gran expansión de la cobertura de servicios, como consecuencia de la asociación que se estableció entre la asistencia médica y la inscripción en la seguridad social, como ya fue referido. Además, tornó hegemónico un modelo asistencial que privilegiaba la medicina curativa, en detrimento de la medicina preventiva, y favoreció el crecimiento de la medicina privada, financiada con recursos públicos, en torno de la cual se estructuró todo el sistema de salud. Como consecuencia del aumento del personal médico y paramédico y del aumento de personas atendidas por este servicio, la política de salud potenció y aceleró la medicalización de la sociedad brasileña¹⁷³ y facilitó profundamente la institucionalización de la demanda por regulación de la fecundidad por una serie de motivos. En primer lugar, a partir de la medicalización, aspectos como la sexualidad, la reproducción y el parto, pasaron a ser regidos por la autoridad médica y no más por autoridades tradicionales (religiosa, paterna y marital). En segundo lugar, la población pasó a incorporar valores de la subcultura médica, tales como, la posibilidad, legitimidad y, aún, deseo de interferencia externa en los procesos biológicos; la importancia de los cuidados de la salud y el cuerpo; la creencia en la eficacia de los medicamentos y procedimientos quirúrgicos. Finalmente, la medicalización consagró la posibilidad de separar sexo y reproducción, logrando secularizar las normas que rigen el comportamiento sexual y reproductivo, legitimar el uso de la moderna tecnología reproductiva, aumentar el costo de criar hijos al establecer nuevos parámetros para el cuidado de los mismos (Faria, 1989, p.90).¹⁷⁴ Adicionalmente, la expansión de los servicios de salud, aquí incluida la red de farmacias, significó una mayor disponibilidad y difusión de los medios anticonceptivos, lo que, como fue referido, repercutió fundamentalmente en la popularización del uso de la píldora, el recurso a la esterilización y el uso (y abuso) del aborto provocado (Faria, 1989; Potter, 1999).

3. Políticas y programas en lo que a planificación familiar concierne

Si a través de efectos indirectos del conjunto de políticas hasta aquí discutidas, el Estado brasileño influyó profundamente el curso de la fecundidad, su papel directo en la diseminación de la anticoncepción que, como vimos, fue el determinante próximo más importante del descenso, fue irrisorio.

De hecho, en contraste con lo ocurrido en otros países en desarrollo, el gobierno brasileño nunca adoptó políticas para reducir la fecundidad ni implementó un programa nacional de planificación familiar que proporcionase acceso a la anticoncepción. Al contrario, hasta por lo menos el final de la década de 60, prevaleció una posición claramente pro-natalista bajo el argumento de un crecimiento poblacional vigoroso para mantener altas tasas de crecimiento

¹⁷³ Medicalización es el proceso por el cual aumenta la "exposición de la población a la subcultura médica y la inclusión progresiva de nuevas esferas de comportamiento social en el ámbito del control y de la autoridad médica" (Faria 1989: p.90).

¹⁷⁴ Cavenaghi y Potter (2000) constataron la asociación entre disminución de la fecundidad y expansión del sistema público de salud, lo que, al parecer, es evidencia adicional del papel de la medicalización del proceso de reproducción.

económico y garantizar la soberanía nacional, por medio de la ocupación de los espacios vacíos en las regiones amazónica y central (planalto central) del país.¹⁷⁵

Recién al inicio de los años 70 se aprecian cambios en la postura pro-natalista, al asumir la planificación familiar como una cuestión de “responsabilidad familiar” o “paternidad consciente” (Canesqui, 1985). Este cambio de posición parece relacionarse con el inicio del fin del apogeo del milagro económico, el pesimismo ocasionado por la crisis del petróleo, y el fracaso de los programas de colonización; se manifestó al mundo en la Conferencia de Población de Bucarest de 1974, donde la delegación brasileña reconoció, por primera vez, que todas las parejas deberían tener libertad para planificar su familia, siendo responsabilidad del Estado asegurarles el acceso a informaciones y métodos anticonceptivos (Martine, Faria, 1986; Mundigo, 1987).

En el plano interno, esta posición pro-planificación familiar fue incorporada al II Plan Nacional de Desarrollo (1975-1979), que admitía que la tasa de crecimiento de la población comprometía el aumento del ingreso *per capita* y los niveles de empleo y proclamaba como política demográfica la posición expresa en Bucarest. Actividades de planificación familiar integraban el elenco de acciones contempladas en el Programa de Salud Materno-infantil (1975), el Programa de Prevención del Embarazo de Alto Riesgo (1977), el Programa de Paternidad Responsable (1978), sin que, por eso, fuesen efectivamente implementadas, tanto por falta casi absoluta de recursos operacionales y presupuestarios, cuanto por la resistencia de sectores políticos tanto de derecha como de izquierda, inclusive del movimiento feminista.¹⁷⁶

Al iniciarse la década del 80 gran parte de la resistencia a la actuación del poder público en programas de asistencia anticonceptiva había desaparecido. Como observan Martine y Faria (1986, p.21):

“El apoyo a programas de planificación familiar y control de natalidad se difundió, tornándose tema corriente entre los sectores dominantes. Paralelamente al proceso de democratización se constató que el acceso a informaciones técnicas de planificación familiar era una importante demanda de los movimientos populares, especialmente en las mujeres de las grandes ciudades, lo que hizo que los grupos pro-natalistas ligados a partidos de oposición perdieran apoyo.”

La constatación de esta demanda y el reconocimiento de que la ausencia del sector público en la práctica anticonceptiva comprometía la salud de las mujeres (Berquó, 1993, 1995), abrió camino para que la planificación familiar fuese colocada en un nuevo contexto: el de salud y derechos reproductivos. Esto desencadenó la discusión sobre la forma más adecuada del Estado de asumir la asistencia a la salud reproductiva, y culminó con la elaboración, en el Ministerio de la Salud y bajo fuerte influencia del movimiento feminista, del Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PAISM), en 1983 (Correa, 1993). Este programa contempla actividades básicas de prevención, diagnóstico y terapéutica donde la planificación familiar aparece en el contexto de servicios para garantizar, vía la salud, el derecho a la opción en cuanto a tener hijos, equidad social, información y acceso a los medios de control de la fecundidad.

En esta época el Ministerio de la Salud disponía de una red que operaba directamente por el sector público y propiciaba el acceso a los servicios de salud para los segmentos más pobres de la población. Parte substancial de la asistencia médica se hacía a través del sistema de seguridad

¹⁷⁵ La evolución de la política y programas de gobierno que afectan la fecundidad puede ser seguida a partir, por ejemplo, de los estudios de Canesqui (1983); Martine, Faria (1986), Mundigo (1987); Correa (1993).

¹⁷⁶ Es interesante notar a este respecto que apenas en 1979, fue aprobada una ley que, finalmente, permitía el anuncio de medios para evitar el embarazo, acción que hasta entonces, era considerada crimen. (Martine, Faria 1986).

social operada por el sector privado y cubría, principalmente, a las camadas medias urbanas. En este contexto, con la incorporación del PAISM al Ministerio de Prevención y Asistencia Social (MPAS) en 1986, se abrió la posibilidad de ampliar la cobertura de tales servicios.

La efectiva implementación del PAISM, sin embargo, debería adoptar una serie de medidas, como la modificación de la legislación vigente en cuanto a la producción y comercialización de ciertos métodos anticonceptivos, elaboración de normas técnicas, el entrenamiento de recursos humanos, equipamiento de unidades de salud para la atención ginecológica, confección de material informativo, etc. Esto demandaba, por un lado, importantes recursos financieros y por otro la activación de la ‘máquina’ del sistema de salud, lo que de hecho, por problemas políticos, administrativos y financieros, por lo menos hasta inicios del 90, aún no había llegado a suceder.¹⁷⁷

En 1996, finalmente es aprobada una Ley sobre Planificación Familiar (Ley N° 9263) por el Congreso Nacional, que, entre otras medidas, legalizó la esterilización voluntaria, permitiendo que sea oficialmente realizada por el sistema público de salud. La implementación de esta ley, entretanto, está aún lejos de ser completa y ha sido motivo de muchas frustraciones, tanto del lado de la oferta como de la demanda, y sus efectos están aún siendo evaluados.

La ley permite esterilizar mujeres jóvenes (a partir de 25 años) o con pocos hijos, exigiendo que se les ofrezca, antes, información sobre los otros métodos y sobre los riesgos de la esterilización. En atención a la salud reproductiva, no permite la esterilización durante el parto y exige un plazo de 60 días entre la manifestación de la intención de esterilizarse y la cirugía. En atención a los derechos reproductivos, estos criterios buscan estimular el uso de métodos reversibles, desincentivar la esterilización pero, asegurar, también, el acceso pleno a la esterilización.

En la práctica, estudios que evalúan la implementación de esta ley (Luiz, Citelli, 2000; Berquó, Cavenaghi, 2002) verifican que, a pesar de la protesta por movimientos de vanguardia para su pleno cumplimiento, los médicos exigen criterios más rigurosos (como tener más de 25 años y más de dos 2 hijos) como una forma de restringir el acceso, sea por creer que la ley es muy permisiva o para contener una demanda que sobrepasa la capacidad operacional.

Es probable que, si persiste la demanda precoz —debido a la consolidada “cultura de la esterilización”— y aumenta la presión por la expansión de la oferta, aumente la prevalencia de la esterilización. En este único caso, el Estado habrá interferido directamente en la trayectoria de la fecundidad, reforzando su rumbo a niveles extremadamente bajos, y disminuyendo aún más la posibilidad fluctuaciones o reversiones.

V. Consideraciones finales

Los datos aquí presentados muestran que, si bien la fecundidad brasileña comenzó a caer al finalizar los años sesenta, patrones orientados a un tamaño de familia menor estuvieron presentes entre las mujeres que entraron al período reproductivo una o dos décadas antes. A partir de los años setenta esto se reflejó en el veloz descenso registrado en los períodos siguientes. Así es que el Brasil entra al siglo XXI con una fecundidad próxima al nivel de reemplazo y con una estructura por edad extremadamente joven y con, aparentemente, un perfil bastante homogéneo, considerando que se trata de una población con múltiples matices socio económicos y muy segmentada.

El descenso de la fecundidad se ha dado orientado por un modelo reducido del tamaño de la familia, lo que se viene alcanzando gracias al uso de medios eficaces de control de la fecundidad.

¹⁷⁷ Según evaluaciones realizadas por Costa (1992), el grado de cobertura de la asistencia anticonceptiva era inferior a 10% en más de la mitad de las 14 secretarías estaduais de salud entrevistadas y apenas 3 de 16 secretarías municipales ofrecían servicios que alcanzaban más de 40% de las mujeres en edad fértil.

Las mujeres brasileñas unidas, independientemente del lugar de residencia o de la escolaridad, desean menos hijos, existiendo casi una coincidencia en términos del número deseado en todos los subgrupos considerados. La prevalencia anticonceptiva aumentó rápidamente, básicamente por la diseminación de métodos modernos.

El Estado brasileño tuvo una influencia fundamental en la transición la fecundidad. Por un lado, porque políticas y programas gubernamentales en diferentes dominios promovieron, intensificaron y difundieron transformaciones estructurales y socioculturales que posibilitaron el establecimiento y la generalización de la preferencia por familias pequeñas, y la institucionalización de la demanda por regulación de la fecundidad. Por otro lado, porque estas mismas políticas y programas, en el vacío dejado por la falta de una política pública de planificación familiar, configuraron el patrón de oferta de métodos anticonceptivos en el país —privada, no reglamentada y (hasta) ilegal— lo que llevó a un patrón de uso que penaliza a las mujeres: (i) la popularización de la píldora, adquirida sin prescripción médica, con la consecuente alta tasa de falla y efectos colaterales; (ii) el incentivo a los procedimientos medicalizados como la esterilización, asociada a partos cesáreos, subsidiada por la máquina estatal y muy frecuentemente ilegal; (iii) y el aborto, como última alternativa, realizada en condiciones sanitarias que el status socioeconómico de la mujer (o la pareja) le permite comprar.

Así es que, si el proceso de descenso de la fecundidad en el Brasil, a pesar de ser sorprendente e impresionante por su magnitud y rapidez, no es un caso *sui generis*, dado que descensos semejantes y con similar perfil ocurrieron en otros países. Lo que lo hace singular y es motivo de reflexión es que aunque el Estado no haya pretendido interferir en el curso de la fecundidad, tuvo una influencia marcada en el proceso de descenso, tanto por el efecto no anticipado de medidas gubernamentales que tenían otros objetivos, como por la propia ausencia de una actuación efectiva en el campo de la planificación familiar.

Finalmente, el Estado brasileño, al final, ha contribuido a una baja significativa de la fecundidad acentuándola tal vez, aún más. No ha contribuido, sin embargo, a garantizar la salud y los derechos reproductivos. Así, cualquier estudio comparativo que tenga por finalidad evaluar el papel de las políticas y programas que afectan la fecundidad debería considerar con atención el caso brasileño.

VI. Agradecimiento

Agradecemos enormemente las opiniones y sugerencias de nuestro colega José Alberto M. de Carvalho. Asumimos, no obstante, la responsabilidad por todos los errores e incoherencias que permanecen.

Bibliografía

- Arriaga, E. E., K. Davis (1969), The pattern of mortality change in Latin America. *Demography*, 6 (3).
- Arruda, J. M., L. Morris, E. Ferraz, H. A. Goldberg (1988), Tendências recentes da fecundidade e do planejamento familiar na região Nordeste: 1980-1986. In: *Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 1988, Olinda (PE). *Anais*. Belo Horizonte: ABEP, 1988. v. 4.
- Arruda, J. M., N. Rutemberg, L. Morris, E. Ferraz (1986), *Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil planejamento familiar: PNSMIPF-Brasil*, Rio de Janeiro: BEMFAM; IDR.
- BEMFAM/DHS (1997), *Brasil: Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996*. Rio de Janeiro: BEMFAM; Macro Internacional.
- Berquó, E. (1995), *A saúde das mulheres na “década perdida”*. São Paulo, Mimeo.
- (1993), Brasil, Um Caso Exemplar-anticoncepção e parto cirúrgicos-à espera de uma ação exemplar. *Estudos Feministas*. Vol.1, N° 2.

- Berquó, E., S. Cavenaghi (2002), Direitos Reprodutivos de Mulheres e Homens Face à Nova Legislação sobre Esterilização Voluntária. XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, Ouro Preto. Disponible en: http://www.abep.org.br/gt_gen_st43_berquo_texto.pdf.
- Bongaarts, J. (2001), Fertility and reproductive preferences in post-transitional societies. In: Bulatao, R. A., Casterline, J. R. (Ed.). Global fertility transition. New York: Population Council. (*Population and Development Review*, v.27, suppl., 2001).
- ___ (1990), The measurement of wanted fertility. *Population and Development Review*, v.16, n.3.
- ___ (1978), A framework for analyzing fertility determinants. *Population and Development Review*, v.4, n.1.
- Bongaarts, J., S. Watkins (1996), Social interactions and contemporary fertility transitions. *Population and Development Review*, v.22, n.4.
- Brasil (1996), Ministério da Saúde. *Resolução INAMPS n.132: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*.
- ___ (1983), Ministério da Saúde. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases para uma prática educativa*. Brasília: MS/INAM (documento preliminar).
- Camargo, A. B., L. A. M. Frias (2001), Some aspects of the Brazilian mortality: the XX century and perspectives. In: *International Union for The Scientific Study of Population*. General Conference, 2001, Salvador, (BA). *Proceedings*. Paris: IUSSP, 2001. (Available on CD-ROM).
- Canesqui, A. M. (1985), Planejamento familiar nos planos governamentais. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v.2, n.2.
- Carvalho, J. A. M. (1997/1998), Demographic dynamics in Brazil: recent trends and perspectives. *Brazilian Journal of Population Studies*, v.1.
- Carvalho, J. A. M., R. A. Garcia (2002), *Estimativas decenais e quinquenais de saldos migratórios e taxas líquidas de migração do Brasil, por situação de domicílio, sexo e idade, segundo Unidade da Federação e Macrorregião, entre 1960 e 1990, e estimativas de emigrantes internacionais do período 1985/1990*. Disponible en: <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/migracao/Estimativas%20saldos%20migratorios.pdf>.
- Carvalho, J. A. M., P. T. Paiva, D. Sawyer, et al (1981), *A recente queda de fecundidade na Brasil: evidências e interpretação*, Belo Horizonte, CEDEPLAR (Monografia, 12).
- Carvalho, J. A. M., L. R. de Wong (1996), Causes and consequences of the fertility decline in Brazil. In: Guzman, J. M. et al (eds.). *The fertility transition in Latin America*. Oxford: Oxford University Press.
- Casterline, J.B. y otros (1984), "The proximate determinants of fertility". *World Fertility Survey Comparative Studies*, N. 39. Vooburg, Netherlands: International Statistical Institute.
- Cavenaghi S. y J. Potter (2000), A spatial-temporal analysis of fertility transition and the health care delivery system in Brazil. XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP. Disponible en: http://www.abep.org.br/rept17_1.pdf.
- Cleland, J. (2001), The effects of improved survival on fertility: a reassessment. *Population Development Review*, v.27, suppl.
- Correa, S. M. (1995), *Não exatamente uma escolha: viver diferentemente*. 6 p. (Edición brasileña de Vivre autrement, Dacar: ENDA).
- ___ (1993), PAISM: uma história sem fim. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v.10, n.1/2.
- Costa, A. M. (1992), *O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher que precisa ser resgatada*. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução.
- Faria, V. E. (1989), Políticas de governo e regulação da fecundidade: consequências não antecipadas e efeitos perversos. In. *Ciências sociais hoje: anuário de antropologia, política e sociologia*. São Paulo: ANPOCS; Vértice.
- Faria, V. E., J. E. Potter (1994), *Television, telenovelas, and fertility change in northeast Brazil*. (Paper submitted to IUSSP Seminar on Values and Fertility Change, Sion, Switzerland).
- ___ (1990), *Development, government, policy, and fertility regulation in Brazil*. Austin: University of Texas (Texas Population Research Paper; 12.02).
- Fonseca Sobrinho, D. (1993), *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, FNUAP.
- Frias, L. A. y J. A. M. Carvalho (1994), Fecundidade nas regiões brasileiras a partir de 1903: uma tentativa de reconstrução do passado através das gerações. *Anais IX Encontro de Estudos Populacionais*, Caxambu, v.II.
- Horta y otros (2000), Recomposição da fecundidade por geração para Brasil e regiões: atualização e revisão. XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP. Disponible en: http://www.abep.org.br/rept10_1.pdf.
- IBGE (2002), *Resultados preliminares do Censo Demográfico de 2000*. Disponible en: <http://www1.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/08052002fecundidad.shtm>.

- La Croix, J. S, A. Mason, Abe Santiago (2003), Population and Globalization. In: *Asia-Pacific Population Police. East-West Center N. 64.*, Enero-2003 –Population and Health Studies–. Honolulu.
- Lana, R. C. S., P. A. Evangelista, I. H. O. Perpétuo, M. C. M. Almeida (2003), *Diferenciais intra urbanos no padrão reprodutivo da mulher: uma questão instigante*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; UFMG/CEDEPLAR (en prensa).
- Leite da M. V. (1980), Níveis e tendências da mortalidade e da fecundidade no Brasil a partir de 1940. Em: *Anais - II Encontro –Aguas De São Pedro– V. I.*
- Luiz, O. C., M. T. Citelli (2000), *Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de São Paulo: organização e oferta de serviços, 1999*. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução (mimeo).
- Martine, G. (1998), Brazil's fertility decline, 1965-95: a fresh look at key factors. In: Martine, G., Das Gupta, M., Chen, L. C. (Ed.). *Reproductive change in India and Brazil*. Oxford: Oxford University, p.169-207.
- Martine, G., V. Faria (1986), Contexto social da política e da pesquisa em população no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v.3, n.1.
- McNicoll, G (2001), Government and fertility in transitional and post-transitional societies. *Population Development Review*, A supplement to v.27.
- Merrick, T. W., E. S. Berquó (1983), *The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility*. Washington, D.C: National Academy of Science.
- Merrick, T., W. Y. Graham (1981), *População e desenvolvimento econômico no Brasil: de 1800 até a atualidade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Mundigo, A. (1987), Os casos de China e Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v.4, n.1.
- Paiva, P. T. A. (1987), O processo de proletarianização e a transição da fecundidade no Brasil. *Revista Brasileira de Economia*, v.41, n.1.
- (1985), “O processo de proletarianização como fator de desestabilização dos níveis de fecundidade no Brasil”. In: Miró, C. y otros *Transição da fecundidade: análises e perspectivas*. SP, CLACSO, (Representación de la población y desarrollo, 5).
- Perpétuo, I. H. O. (1998), Contraconcepção e declínio da fecundidade na Região Nordeste, 1980-1996. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, v.15, n.1.
- (1995), *Esterilização feminina: a experiência da região nordeste, 1980-91*. 138 p. Tese (Doutorado em demografia) Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Potter, J. E. (1999), The persistence of outmoded contraceptive regimes: the cases of Mexico and Brazil. *Population Development Review*, v.25, n.4.
- Prado Jr., C. (1976), *História econômica do Brasil*. 19 ed. São Paulo: Brasiliense.
- Ribeiro, T. L., J. A. M. Carvalho y L. R. Wong (1996), Migração de retorno: Algumas possibilidades de mensuração. In: *Anais - X Encontro - Caxambu*. II Volume.
- Serruya, S. (1992), Ligaçao de trompas e imaginário feminino. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 8, 1992, Brasília (DF). *Anais*. São Paulo: ABEP, v. 2.
- Tavares, M. C. (1976), *Da substituição de importações ao capitalismo financeiro: ensaios sobre economia brasileira*. 5 ed. Rio de Janeiro: Zahar.
- Van de Kaa, D. (2001), Postmodern fertility preferences: from changing value orientation to new behavior. In: Bulatão, R. A., Casterline, J. R. (Eds.). *Global fertility transition*. New York: Population Council. (Population and Development Review, v.27, suppl., 2001).
- Westley S. B. y R. D. Retherford (2000), New Survey Measures fertility and family planning trends in India. In: *Asia-Pacific Population Police*. N. 55-October, 2000. East –West Center, Population and Health Studies-. Honolulu.
- Wong, L. R. (1983), Níveis e Tendências da fecundidade nas diversas regiões do Brasil. Aplicação do método dos filhos próprios ao Censo de 1970. In: *Informe Demográfico - São Paulo*, Fundação SEADE, Nº 9.
- Wong, L. R. e J. Oliveira (1984), Níveis e diferenciais de fecundidade para o Brasil segundo os dados censitários de 1980. In: *Anais IV Encontro Nacional de Estudos Populacionais – ABEP*.
- Wong, L. L. R. (2001), *Below replacement fertility levels in the Brazilian metropolitan cities: 1991-2010*. (Presented in Population American Association, Annual Meeting, 2001; Poster session n. 2).
- Wong, L. L. R., I. H. O. Perpétuo (2002), Perspectivas de uma fecundidade abaixo do nível de reposição: algumas evidencias para o Brasil. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 13, Ouro Preto (MG). *Anais*. Belo Horizonte: ABEP, 2002. (Disponível em CD-ROM).

Bolivia: programas y políticas nacionales que afectan la fecundidad

René Pereira Morató¹⁷⁸

I. Antecedentes

Bolivia, en el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2001 registró una población de 8.274.325 habitantes, en razón de un incremento de 28.9% en relación al anterior Censo realizado en el año 1992.

En la relación población-espacio, Bolivia presenta una densidad bruta de 7,5 habitantes por kilómetro cuadrado, indicador que solamente toma en cuenta la extensión territorial, sin cualificar las características de esta como, por ejemplo, el grado de erosión, la presencia de masas de agua, salares, lagos, ríos, etc.

La población boliviana ha estado creciendo a una mayor intensidad que en el anterior período censal. En efecto, la tasa de crecimiento demográfico promedio anual fue 2,74% entre los años 1992 y 2001.

Bolivia tiene una estructura poblacional joven, ya que la edad mediana fue de 20 años. Ello se corrobora con una razón de dependencia alta: el 77,4% de población dependiente recae sobre el

¹⁷⁸ Secretario Ejecutivo. Consejo de Población para el Desarrollo Sostenible (CODEPO), Bolivia.

22,6% en edad de trabajar. Se trata de una pirámide poblacional de base ancha, con importantes presiones a la inversión pública, especialmente en los sectores de salud y educación. Las mujeres en edad fértil, alcanzaron cerca un cuarto de la población boliviana.

El proceso de urbanización se ha intensificado de manera creciente en el tiempo, ya que el 62,4% de la población boliviana reside en ciudades. Esta situación es el resultado de acumulados mecanismos de transferencia de población rural, principalmente aymara y quechua hacia las ciudades principales, con implicaciones significativas de una desruralización en las zonas de origen.

Más de la mitad de la población boliviana es pobre (59%), según el último censo nacional. Ello queda reflejado evidentemente en la alta tasa de mortalidad infantil de 66 niñas y niños muertos por mil nacidos vivos. Esta situación, explicaría, por qué el país tiene un nivel de tan alta fecundidad y, apunta en base a la experiencia de los países, que los descensos de los niveles de fecundidad son precedidos por aquellos de la mortalidad.

Según estimaciones presentadas por PRB para el año 2002,¹⁷⁹ la tasa global de fecundidad mundial fue 2,8 hijos, indicador influido por los niveles de fecundidad de los países pobres que presentaron 3,1 hijos promedio por mujer, mientras que los países que pertenecen a las regiones más desarrolladas tuvieron en promedio 1,6 hijos.

Una mirada de este indicador por las grandes regiones muestra que la tasa global de fecundidad de América Latina y el Caribe de 2,7 hijos es muy parecida al nivel que presenta el mundo en su conjunto (2,8 hijos).

Bolivia que geográficamente se ubica en la región latinoamericana, tiene 1,4 hijos más que la región a la que pertenece. Ello apunta a la característica de la heterogeneidad y por tanto, pone en tela de juicio lo apropiado o no de referirnos a “la” región, cuando se observan tantas disimilitudes.

Estimaciones del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2001, ha dado una tasa global de fecundidad de 4,4 hijos, alejándose del promedio mundial e incluso del que presentan países pertenecientes a las regiones menos desarrolladas.

El indicador del país difiere enormemente del de América Latina y el Caribe, asemejándose mucho más al de África, como se puede observar en el cuadro del cuadro 1.

Cuadro 1
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD EN EL MUNDO,
REGIONES MÁS Y MENOS DESARROLLADAS

Regiones más y menos desarrolladas	TGF
Mundo	2,8
Regiones más desarrolladas	1,6
Regiones menos desarrolladas	3,1
África	5,2
América del Norte	2,1
América Latina y el Caribe	2,7
Asia	2,6
Europa	1,4
Oceanía	2,5
Bolivia	4,4

Fuente: Population Reference Bureau – 2002 Cuadro de la población Mundial.

¹⁷⁹ Population Referente Bureau, Cuadro de la Población Mundial, 2002.

II. Evolución de la fecundidad en Bolivia

De acuerdo a evidencias censales, la transición de la fecundidad en Bolivia habría comenzado a mediados de la década de los setenta registrando los descensos más significativos durante el período 1980-1990, hasta alcanzar un nivel de 4,4 hijos por mujer, en el Censo 2001 (cuadro 2). Este hecho, tiene sus correlatos con una menor concentración de población en los grupos de edad más jóvenes, sobretodo niños(as) de 0 a 4 años, con relación a censos anteriores, y la reducción de las tasas de mortalidad infantil. Ello permite suponer que Bolivia estaría pasando de una fase de transición incipiente, hacia una fase de transición moderada de la fecundidad.

Cuadro 2
BOLIVIA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD PARA EL TOTAL, URBANO Y RURAL, SEGÚN CENSOS DE 1976, 1992 Y 2001 Y ENDSA 1989, 1994 Y 1998

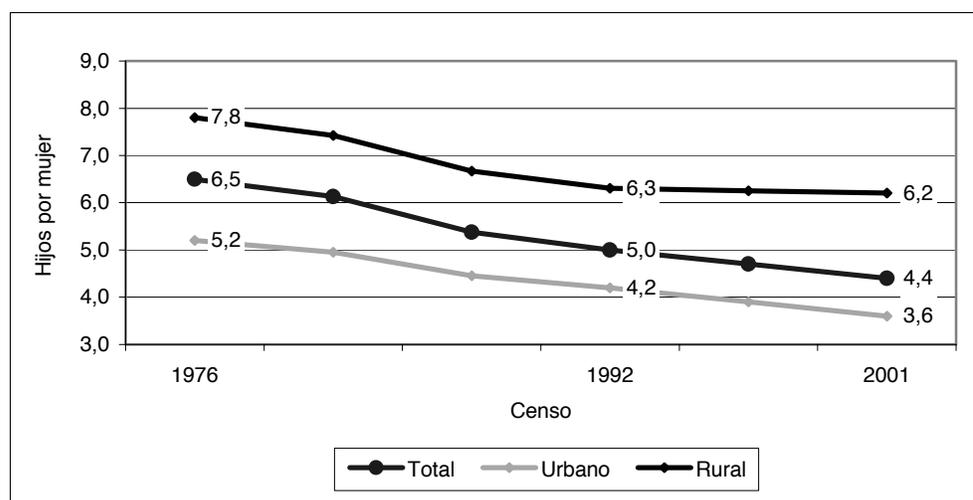
	Censo 1976	ENDSA 1989	Censo 1992	ENDSA 1994	ENDSA 1998	Censo 2001
Bolivia	6,5	4,9	5,0	4,8	4,2	4,4
Urbano	5,2	4,0	4,2	3,8	3,3	3,7
Rural	7,8	6,4	6,3	6,3	6,4	6,1

Fuente: INE. ENDSA: Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

Según estimaciones realizadas a partir de los tres últimos censos, se observa que el ritmo de descenso mantiene una tendencia casi constante entre los períodos intercensales, presentando una reducción de aproximadamente un 32 por ciento, lo cual se traduce en una reducción de alrededor de dos hijos, desde 1976 hasta el año 2001.

Según área de residencia, la disminución de la fecundidad en contextos urbanos se encuentra próxima al 31 por ciento, presentando un comportamiento semejante a la tendencia nacional (gráfico 1). En el área rural la reducción de la fecundidad ha sido más lenta y presenta un valor cercano al 21 por ciento.

Gráfico 1
BOLIVIA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR ÁREA, CENSOS 1976, 1992 Y 2001



Fuente: INE, Censo Nacional de Población.

De acuerdo con esta tendencia, se prevé que la fecundidad continuará descendiendo en el país, sin embargo se observan brechas según área de residencia, las cuales son bastante significativas puesto que se observó el año 2001 una diferencia de 2,6 hijos entre las mujeres del área rural respecto a las mujeres que residen en área urbana y en el año 1992, la brecha fue de 2,1 hijos.

En efecto, la fecundidad nacional promedio muestra un descenso de más de un tercio entre los tres últimos períodos censales. No obstante, las desigualdades entre el campo y la ciudad se reflejan también en este indicador, ya que en el año 1976, la sobre fecundidad rural respecto a la urbana era de aproximadamente un 33,3% y en el año 2001, la brecha se ha hecho más significativa en 41%.

Por tanto, como en muchos países del mundo, la fecundidad del país se halla descendiendo, pero la desigualdad entre el campo y la ciudad se ha profundizado, porque la actual diferencia de 2,6 hijos registrada el año 2001 es la misma que el país tenía en el año 1976. Es decir, que después de 26 años, en Bolivia persiste la inequidad entre la población rural y la urbana, colocando en la agenda del debate los derechos sexuales y reproductivos de todos los individuos y parejas.

III. Heterogeneidad departamental

En el ámbito departamental, (cuadro 3) Tarija, La Paz, Oruro y Santa Cruz presentan tasas por debajo del promedio del país, Cochabamba registra un comportamiento semejante al promedio nacional; mientras que los departamentos de Pando, Potosí, Beni y Chuquisaca presentan valores por encima del mismo.

Las brechas existentes entre la fecundidad urbana y rural a nivel departamental, presentan una acentuación de las diferencias existentes en el proceso de transición sobre todo entre 1992 y 2001; mientras en algunos departamentos la brecha ha ido estrechándose en la mayoría de los casos el mayor ritmo de descenso de la tasa global de fecundidad del área urbana, ha provocado que la brecha se vaya ampliando alcanzando en algunos departamentos niveles similares a los observados en 1976.

Las mayores brechas entre contextos urbanos y rurales se encuentran en el departamento de Chuquisaca. En el caso de Potosí, se evidencia que la brecha entre contextos se ha ido agudizando, por las elevadas tasas de fecundidad especialmente en el área rural.

IV. Heterogeneidad municipal

El país, desde el año 1994, mediante ley N° 1551 tiene una estructura descentralizada y por tanto reconoce el proceso de la participación popular en procura de mejorar la calidad de vida de las mujeres y hombres, mediante una más justa distribución y mejor administración de los recursos públicos.

Es natural que se tenga que efectuar una lectura obligatoria de la tasa global de fecundidad a niveles municipales.

Debido a la heterogeneidad en las características socioeconómicas de los municipios, se aprecia un mayor ritmo de disminución en los departamentos de Santa Cruz, Pando, Tarija, y principalmente en los municipios capitales de cada departamento.

Los niveles más elevados o bolsones de alta fecundidad, con tasas por encima de los 6,5 hijos por mujer, se concentran en mayor medida en los municipios de la parte central del país, específicamente en el norte de Potosí, la región norte y oeste de Chuquisaca, la parte este y oeste del departamento de Cochabamba, así como la región del sur de Beni. Muchos de estos municipios

presentan niveles elevados de pobreza, con brechas bastante significativas en relación a los municipios con menor fecundidad.

Cuadro 3

**BOLIVIA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR DEPARTAMENTO,
SEGÚN CENSOS DE 1976, 1992 Y 2001**

Departamento	Censo 1976	Censo 1992	Censo 2001	Departamento	Censo 1976	Censo 1992	Censo 2001
Chuquisaca	7,5	6,0	5,2	Potosí	7,2	6,1	5,7
Urbano	5,0	4,5	3,4	Urbano	6,7	5,3	4,0
Rural	8,1	6,8	6,7	Rural	7,4	6,4	6,8
Ciudad de Sucre	4,8	4,1		Ciudad de Potosí	6,3	5,3	
La Paz	6,0	4,2	4,0	Tarija	6,8	5,2	3,9
Urbano	4,6	3,6	3,5	Urbano	5,1	4,2	3,4
Rural	7,5	5,7	5,6	Rural	8,1	6,7	5,1
Ciudad de La Paz	4,1	3,0		Ciudad de Tarija	4,8	3,7	
Ciudad de El Alto	5,4	4,5					
Cochabamba	6,9	5,0	4,4	Santa Cruz	6,6	5,1	4,2
Urbano	5,2	4,0	3,4	Urbano	5,4	4,5	3,8
Rural	8,0	6,2	6,3	Rural	8,1	5,6	6,2
Ciudad de Cochabamba	4,8	3,7		Ciudad de Santa Cruz	5,0	4,1	
Oruro	6,6	5,0	4,2	Beni	7,7	6,4	5,4
Urbano	5,8	4,4	3,7	Urbano	6,3	5,6	4,7
Rural	7,7	6,3	5,2	Rural	9,0	7,9	7,2
Ciudad de Oruro	5,5	4,2		Ciudad de Trinidad	5,4	4,8	
Pando	8,3	6,8	5,7				
Urbano	5,3	4,5	4,1				
Rural	8,7	7,9	7,1				

De los 314 municipios que tiene el país, sólo 18% presentaron un nivel de fecundidad menor al promedio nacional. Es decir, 257 municipios se encontraron con niveles superiores a 4,4 hijos en promedio.

Según grado de urbanización, en las ciudades de 10.000 habitantes y más, se advierte una reducción de aproximadamente 2 hijos por mujer, constituyendo un descenso significativo de la fecundidad. Ello es consistente con la literatura que destaca el factor urbanización y la modernidad asociada, como explicativo de los descensos en la fecundidad.

Las mujeres que hablan sólo castellano, presentan tasas globales de fecundidad más bajas, con relación a las mujeres que hablan solo idiomas nativos. Las mujeres que hablan solo quechua, han tenido descensos de medio hijo aproximadamente, constituyendo el grupo lingüístico de mayor fecundidad. Eso ilustra el peso de la etnicidad, la cultura y la exclusión social en la persistencia de los niveles altos.

V. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos modernos

Dado que la anticoncepción es el principal determinante explicativo de los cambios en la fecundidad, es un imperativo determinar los niveles de conocimiento y uso de la población boliviana.

El conocimiento de los métodos anticonceptivos de la población boliviana es relativamente alto; hasta 1998, más de tres cuartas partes de la población conocía al menos algún método moderno (cuadro 4). Observando el comportamiento de esta variable por área urbana y rural, se puede establecer las diferencias con una brecha de casi un 30 por ciento. Los departamentos de Potosí y Chuquisaca son los que presentan los porcentajes más bajos de conocimiento.

Cuadro 4

BOLIVIA: PORCENTAJE DE CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Contexto	1989		1994		1998	
	Conocimiento	Uso	Conocimiento	Uso	Conocimiento	Uso
Urbano	81,5	17,9	91,7	25,3	95,7	32,3
Rural	50,3	5,2	54,9	6,9	67,5	11,3
Bolivia	67,5	12,2	76,7	17,8	86,2	25,2

Fuente: INE. Bolivia: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud.

La tendencia histórica del uso de métodos anticonceptivos, desde la primera medición de la ENDSA¹⁸⁰ —de un 12,2 por ciento de mujeres en unión usaban al menos un método moderno en 1989 a un 25,2 por ciento en 1998— indica un crecimiento de un poco más del 10 por ciento en nueve años. Este crecimiento se concentra fundamentalmente en el área urbana (más de un tercio de las mujeres urbanas y menos del 12% de mujeres rurales) y en los departamentos del Oriente: Santa Cruz, Beni y Pando. La excepción se encuentra en Tarija y le sigue Cochabamba.

Un cambio muy importante ha surgido en el tipo de método anticonceptivo utilizado. En las ENDSA de 1989 y 1994 era mayor el porcentaje de mujeres en unión que empleaba método tradicional en comparación con los modernos; la ENDSA de 1998 muestra que el panorama se ha invertido.

VI. Políticas nacionales en materia de fecundidad

Bolivia no tiene políticas explícitas tendientes a la reducción de la fecundidad, pero sí se contemplan medidas anticonceptivas en el marco estratégico de la salud sexual y reproductiva, con la finalidad de contribuir al bienestar y al cumplimiento de los derechos de las mujeres, las parejas y los individuos.

En el imaginario de los bolivianos, Bolivia es un país de gran extensión territorial (1.098.581 Km. cuadrados) y poca población, por lo tanto, sería un contra sentido, perseguir, como política explícita, la reducción del número de hijos como objetivo de una política de población.

Hoy día el debate no se centra como en el pasado en la cantidad de los habitantes sino en la calidad de éstos, especialmente de cara a la estrategia nacional de la competitividad y transformación productiva con equidad. Pero indudablemente que la incorporación de una política oficial que contemple la oferta anticonceptiva a la población no fue tarea fácil. Entre las lecciones aprendidas se debe destacar el equívoco de haber querido impulsar esta medida de oferta anticonceptiva, desde el abordaje “poblacional”, cuando lo adecuado fue hacerlo desde el ámbito de la salud, particularmente de las mujeres y de los niños. Fue muy aleccionador corroborar mediante un estudio, lo que la literatura lo da como un dato recurrente y es el correlato de

¹⁸⁰ Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

embarazos tempranos, seguidos, numerosos y tardíos con las graves implicaciones para las madres y los niños. Es pues importante, documentar esta experiencia.

A principios de la década de los noventa, una pregunta central fue la que aglutinó a instituciones estatales, agencias de cooperación y de la sociedad civil: **¿Qué podemos hacer para ayudar a los problemas de las mujeres y de los niños?** Se constituyó en una verdadera apuesta por el bienestar de estos dos grupos poblacionales que evidenciaban altas tasas de mortalidad materna e infantil. Pero lo que desearía recalcar es que en esta pregunta, la variable “dependiente” no estuvo alrededor de las consabidas preocupaciones por los niveles de la fecundidad sino por los temas de la supervivencia y el bienestar.

Y desde ese evento histórico se instauró el Comité Nacional de Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva con sus respectivos subcomités (Servicios, Capacitación, Investigación e Información, Educación y Capacitación) y, prácticamente durante toda esa década ha permitido no sólo la continuidad de esta política sino su consolidación en los distintos gobiernos que perdura hasta la actualidad. Aunque no podemos hablar en términos definitivos, es posible que este mecanismo interinstitucional haya permitido el tránsito de una política de gobierno a una política de Estado.

No obstante, a juzgar por los actuales indicadores de fecundidad y las enormes brechas observadas entre contextos urbano-rurales y grupos sociales, Bolivia parece estar muy lejos de alcanzar la meta propuesta para el año 2014, en la CIPD, 1994: “todas las personas en edad apropiada deberían tener acceso a servicios de salud reproductiva de calidad”.

No obstante, este proceso se ha visto acompañado por diferentes políticas a través del tiempo. Por tanto, lo que viene a continuación es una reseña de las principales políticas sectoriales en esta materia.

El “**Plan Nacional de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna**”, en el gobierno del Lic. Jaime Paz Zamora (1989-1992) planteó estrategias de salud reproductiva dirigidas a las mujeres en edad fértil así como a adolescentes, para evitar embarazos no deseados y garantizar intervalos intergenésicos adecuados mediante programas de educación sexual y servicios de anticoncepción.

El año 1990, se establece el **Programa Nacional de Salud de la Mujer**, superando conceptualmente al binomio madre-niño y subrayando el tema de los derechos de la mujer. Se organiza el **Comité Nacional de Coordinación en Salud Reproductiva** con la participación del Estado, Agencias de Cooperación Internacional, las ONG, gracias al cual no sólo se han coordinado actividades para hacerlas más eficientes y se han impulsado iniciativas a través de los Subcomités, sino que incluso ha permitido la continuidad de esta política en la transición gubernamental Paz Zamora (1989-1993) y Gonzalo Sánchez de Lozada (1993-1997).

En este contexto se lanzó el **Plan Vida para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Perinatal** (1993) el cual identificó la mortalidad materna como uno de los problemas más graves. Por ello "la política del Plan es permitir el acceso sin restricciones a los servicios de atención materna, planificación familiar y detección del cáncer cérvico-uterino, a todas las mujeres que lo necesiten" (Plan Vida. Resumen Ejecutivo, 1992).

En la gestión gubernamental del Lic. Gonzalo Sánchez de Lozada, se establecen reformas de la segunda generación, entre las que se debe resaltar la Participación Popular y la Reforma Educativa. También propuso las siguientes medidas tendientes a mejorar la salud de la población boliviana:

El **Seguro Nacional de Maternidad y Niñez**, (1996), fue diseñado para ampliar las coberturas y eliminar las barreras económicas de acceso a los servicios públicos de salud en la

atención de embarazo, parto y patologías más importantes del menor de 5 años. Subvenciona acciones de salud reproductiva como la atención pre y posnatal y el parto gratuito. El Seguro destinó recursos existentes de la Coparticipación Tributaria (32%), del Tesoro General de la Nación (35%), créditos del BID y del Banco Mundial (25%), recursos propios de las prefecturas y la canalización de recursos de la cooperación externa (8%) hacia la atención de las poblaciones consideradas más vulnerables: mujeres en edad fértil y niños/as menores de 5 años (SNS, 1997).

Un acápite especial se merece la **Declaración de Principios sobre Población y Desarrollo Sostenible**, que oficialmente Bolivia llevó a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994 y que posteriormente fue suscrita por el presidente de la República. Propuso el respeto a las decisiones sobre sexualidad y fecundidad de las mujeres y el reconocimiento del aborto como un problema de salud pública.

En la gestión gubernamental del Gral. Hugo Bánzer Suarez (1997-2002), se estableció el **Plan Estratégico de Salud (PES)**, que reconoce la importancia de las acciones en salud sexual y reproductiva como elementos fundamentales para reducir la mortalidad materna. Las prestaciones del Seguro Básico de Salud contemplan la atención pre y posnatal, parto institucional y hemorragias de la primera mitad del embarazo.

Como una medida complementaria al PES se diseñó el **Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (1999-2002)** que tiene el objetivo de mejorar el estado actual de la salud sexual y reproductiva de la población de adolescentes, mujeres y varones, así como también el nivel de la oferta integral de servicios para estos grupos poblacionales, respetando las diferencias y particularidades regionales, culturales, de género y generacionales.

Amplia la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva a control pre y posnatal, atención del parto, acceso a información y métodos anticonceptivos, detección temprana y tratamiento de cáncer cérvico-uterino y mamario, prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA, aplicación del toxoide tetánico, lactancia materna, educación sexual, nutrición y prevención de anemias nutricionales promoviendo servicios con calidad de atención que incorporen enfoque de género.

Este importante documento se enmarca en compromisos internacionales que había asumido el Estado boliviano en las reuniones internacionales de El Cairo y Beijing y de leyes nacionales que habían producido cambios profundos en el accionar del Sector Salud. Se incorpora:

- Promoción de la sexualidad responsable e igualdad entre hombres y mujeres
- Atención a las necesidades de los adolescentes
- Participación de los varones
- Atención a las tendencias demográficas y a la morbimortalidad materna e infantil (accesibilidad a los servicios, lactancia materna, maternidad sin riesgo)
- Atención a las necesidades de personas de edad, poblaciones indígenas y discapacitados
- Derechos sexuales y reproductivos (accesibilidad a la anticoncepción, derechos humanos, embarazos no deseados, salud sexual)
- Prevención y tratamiento de ETS/VIH/SIDA
- Violencia contra la mujer, violencia sexual

El Seguro Básico de Salud. (D.S. 25265, diciembre 1998) se basa en un paquete ampliado de servicios básicos de salud destinados a niños/as, mujeres y la población en general y tiene el propósito de reducir la mortalidad infantil y materna a través de 66 prestaciones ofrecidas en la red de servicios del Ministerio de Salud y Previsión Social y la Caja Nacional de Salud.

Finalmente la gestión gubernamental del Lic. Gonzalo Sánchez de Lozada ha propuesto varios cambios estructurales entre los que se encuentra la “Nueva Política de Salud” que define las áreas de intervención a cargo de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y mediante los servicios de atención médica a cargo de los Directorios Locales de Salud (DILOS).

Los objetivos prioritarios de la Nueva Política de Salud son la atención gratuita integral en todas las patologías de las mujeres embarazadas y la atención, también gratuita, a todos los menores de cinco años. Estas atenciones incluyen cirugías, pruebas diagnósticas y medicamentos en todos los niveles de atención. Para cumplir estos objetivos, el Gobierno ha aprobado el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Este no cubre a mujeres en edad fértil no embarazadas, a adolescentes y hombres en general

La Nueva Política de Salud menciona prioritariamente al Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva como elemento que atraviesa transversalmente a todos los programas y que es un elemento para optimizar las prestaciones del SUMI. Se indica que el Programa debe enfrentar al aborto provocado, producto de embarazos no deseados, aspectos educativos para el cambio de conductas en adolescentes, jóvenes y adultos, reducción de la violencia intrafamiliar, accesibilidad a los servicios, entre otros.

Los servicios de atención médica a cargo de los DILOS deberán estructurarse sobre la base de la organización de redes de atención médica y redes sociales.

De esta forma, se pretende lograr que la población obtenga una atención integral en salud y elimine toda forma de exclusión a través de políticas concretas que incluyan disminuir en forma acelerada la morbilidad materna e infantil; incorporar el programa de salud sexual y reproductiva en un concepto de seguro sostenible; el acceso universal al medicamento; la extensión de coberturas; el fortalecimiento de seguros públicos y el seguro universal de salud (Ministerio de Salud y Previsión Social, 2003).

Dos son las líneas estratégicas para alcanzar la meta señalada: la implementación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)¹⁸¹ y la implementación de un Nuevo Modelo Sanitario.¹⁸²

Mediante estas disposiciones se otorgan prestaciones a toda mujer embarazada y hasta seis meses después del parto y a todo niño menor de cinco años, en forma obligatoria en todos los servicios pertenecientes al sector público, incluyendo los de la seguridad social

La idea es que a través de promover la participación popular en los procesos de planificación, participa la comunidad y se genera el control social, asimismo se profundiza la descentralización y se generan procesos de reforma de salud.

¹⁸¹ El Seguro Universal Materno Infantil tiene carácter universal, integral y gratuito, otorga prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y del sistema de Seguridad Social a mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y a los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. El financiamiento de este seguro tiene tres fuentes, los recursos del Tesoro General de la Nación, transferidos a las prefecturas de los departamentos que cubren el pago de recursos humano, el 10% de los recursos de la participación popular (coparticipación tributaria municipal) que cubre los insumos, servicios y medicamentos esenciales y los recursos de la cuenta especial del Diálogo 2000 cuando los recursos de la participación popular sean insuficientes (Ley N° 2426 La Paz , 21 de noviembre de 2002. Gaceta Oficial de Bolivia, 28 de noviembre de 2002).

¹⁸² Se modifica la estructura del sistema público de salud a través de la creación de Redes de Servicios de Salud conformadas por los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de acuerdo a criterios de accesibilidad y resolución. Para la gestión local de salud y la implementación del SUMI se crean los Directorios Locales de Salud (DILOS) conformados por: el alcalde municipal o su representante quien lo preside; un representante del Comité de Vigilancia Municipal y un representante del Servicio Departamental de Salud de la Prefectura del departamento correspondiente (Ley N° 2426 La Paz , 21 de noviembre de 2002. Gaceta Oficial de Bolivia, 28 de noviembre de 2002).

VII. Implicaciones para políticas públicas

En el contexto nacional se presentan varios desafíos, los cuales se presentan a continuación:

1. Mejorar la condición social de la mujer constituye un reto que debe enfrentarse a través de la educación, las oportunidades de trabajo, la educación y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. A muchas de ellas se les niega la oportunidad de participar en la toma de decisiones sobre puntos centrales de sus vidas tales como decisiones sobre la reproducción, el matrimonio y la educación. Una mujer que participa activamente en el proceso de toma de decisiones especialmente en lo referido a su propia fecundidad, está en mejor posición para ejercer sus derechos.
2. Implementar programas adecuados que mejoren la salud, la educación y la vida laboral, parece ser una forma de que se reduzcan las diferencias existentes entre los niveles de fecundidad del país, especialmente en municipios de alta ruralidad.
3. Fortalecer las actividades orientadas a lograr una participación más igualitaria de la pareja en las decisiones relativas a la planificación de la familia, alentando que hombres y mujeres asuman su responsabilidad en las decisiones y prácticas relativas al comportamiento sexual y reproductivo.
4. Apoyar sistemas de seguimiento y evaluación de las políticas, programas y proyectos dirigidos a beneficiar a la mujer, con la participación activa de representantes de organismos públicos y no gubernamentales, así como del sector social y académico.
5. Fortalecer el funcionamiento de las instancias de coordinación entre el Ministerio de Salud, el Viceministerio de Asuntos de la Mujer, el Ministerio de Desarrollo Sostenible y Plan, y el Ministerio de Educación, para la implementación de los ejes transversales relacionados con el enfoque de género, interculturalidad y generacional.
6. Una de las medidas importantes del actual Gobierno ha sido el lanzamiento del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), que ofrece varios servicios de manera gratuita. En este sentido, es importante el apoyo a los programas de salud reproductiva mediante una mejor coordinación, para la integración y servicios descentralizados; el fortalecimiento de los recursos humanos; la mejora de la calidad de atención; la discusión de temas legales regulatorios y sociales.
7. Promover la organización, movilización y participación de la comunidad y los municipios, para el desarrollo del SUMI, lo cual constituye una línea de acción estratégica fundamental. Esta estructura resulta necesaria para innovar la gestión de servicios y programas bajo modalidades de gestión compartida en la perspectiva de la sostenibilidad.
8. Las acciones institucionales en salud sexual y reproductiva, deben tener un carácter integral y multisectorial, dirigido a atender las necesidades de hombres y mujeres. Por lo tanto el componente de servicios se debe complementar en el marco del pleno respeto a las libertades individuales, la diversidad cultural y étnica del país con acciones de carácter socioeconómico, de educación información y comunicación.
9. El paquete esencial de servicios de salud reproductiva deberá incluir acciones de orientación, así como de información, educación y comunicación sobre sexualidad y salud reproductiva, paternidad responsable y otras intervenciones encaminadas a promover prácticas de salud en la persona, el hogar y la comunidad.

10. Es necesario mejorar la calidad de esos servicios, proporcionar mayor información y ampliar las coberturas. Así como promover un enfoque integral de la salud sexual y reproductiva que permita un cambio de orientación, a fin de responder a las necesidades e intereses de los individuos y las parejas en los ámbitos de la salud, la sexualidad, la anticoncepción y la reproducción.
11. Asegurar el acceso de la mujer a los servicios de atención en salud en general y de salud reproductiva en particular, considerando sus necesidades cambiantes en todas las etapas de su ciclo de vida, y redoblando las acciones en salud dirigidas a la población que habita en municipios rurales, aislados o de población dispersa.
12. Atender las necesidades de los(as) adolescentes, satisfaciendo sus necesidades de acceso a la educación el empleo y brindando orientación y servicios de salud sexual reproductiva de calidad, ya que muchas adolescentes embarazadas carecen de información y educación sexual y no tienen acceso a servicios de salud reproductiva, asimismo que acarrear serias secuelas personales, familiares y sociales.
13. Posibilitar que los municipios se sensibilicen acerca de la importancia de las acciones en salud e incorporen en sus planes operativos acciones relacionadas a su resolución.

Bibliografía

- Alarcón Mondonio, Mercedes (2003), *Reseña de las Políticas de Salud*, Archivo Electrónico, La Paz.
- Ariñez, Alfredo, Franz Calan y José del Barco (2003), *Informe Final de Consultoría Evaluación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999-2002*, Ministerio de Salud y Previsión Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Unidad de Atención a las Personas, La Paz, abril de 2003.
- De la Galvez Murillo, Alberto y Berta Pooley (2000), *Salud Reproductiva en, ¿Dónde estamos el 2000? Remontando la pobreza. Ocho cimas a la vez*, Naciones Unidas, La Paz-Bolivia.
- De la Quintana, Claudia (2003), *Políticas nacionales en salud sexual y reproductiva. Proyecto de Tesis de grado*, La Paz.
- García, Franklin y Jorge Medrano (2001), *Niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad. Censo Nacional de Población y Vivienda, INE-Secretaría Técnica del Consejo de Población para el Desarrollo Sostenible*. La Paz (documento por imprimirse).
- Gómez-Sánchez Molina, A. Federico (2002), *Análisis y perspectivas de políticas de salud y una aproximación diagnóstica. Documento de Trabajo. Primera Consulta Interinstitucional sobre Políticas de Salud en Bolivia*. La Paz-Bolivia, agosto 2002, Sociedad Canadiense para la Salud Internacional, Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional.
- Ministerio de Salud y Previsión Social, UNFPA y Unidad de Atención a las personas (2003), *Informe Final de Consultoría Evaluación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 1999-2002*, La Paz, abril 2003.

Anexo

El siguiente esquema contiene información sobre las políticas gubernamentales y líneas estratégicas de acción desde la década del 90 hasta la fecha.

**POLÍTICAS GUBERNAMENTALES Y LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS EN SALUD.
1989 - 2007**

Gestión gubernamental	Políticas gubernamentales	Líneas estratégicas de acción
Paz Zamora 1989-1993	Plan Nacional de Salud - Reducción de la morbimortalidad - Reordenamiento institucional - Modelo Sanitario	- Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna - Descentralización - Gestión Social
Sánchez de Lozada 1993-1997	Plan de Todos - Participación Popular - Descentralización - Reforma en Salud	- Nuevo Modelo Sanitario - Seguro Nacional de Maternidad y Niñez - Seguro Nacional de Vejez
Bánzer Suarez 1997-2002	Plan de Acción - Oportunidad - Equidad - Institucionalidad - Dignidad - Reforma del Sistema de Salud	- Plan Estratégico de Salud (PES) - Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - Seguro Básico de Salud
Sánchez de Lozada 2002 - 2007	Plan Bolivia - Atención Primaria en Salud - Descentralización - Gestión Compartida - Participación Popular - Inclusión social - Ordenamiento de la Cooperación Internacional	- Nuevo Modelo Sanitario - Seguro Universal de Maternidad y Niñez (SUMI).

Fuente: Claudia De la Quintana en base a documentos e informes de gestión, 2003.

Instrumentos de la Política de Salud - Período 1993-2003

La visión del cambio en salud- noviembre 1993 o Versión Estratégica que orienta la Política Nacional de Salud

El Diagnóstico orienta los objetivos estratégicos identificado, como problemas:

- Ineficacia de las intervenciones actuales en salud.
- Los servicios no llegan a todo el país.
- Los servicios prestados son fragmentados e incompletos.
- No se cuenta con un régimen financiero sostenible que posibilite el acceso generalizado.
- No hay adaptación de la salud a la heterogeneidad del país.
- Se tiene un sesgo urbano y no responde a las condiciones de pobreza del país.
- No cuenta con controles ni participación de la comunidad.

Visión

La constitución del nuevo Sistema Nacional de Salud, que sea nacional en cobertura y que quede establecido y operando de manera eficaz y eficiente a partir del 1996.

Sistema Nacional de Salud descentralizado que articule los subsectores público, de la seguridad social y el sector privado incluyendo las ONG y desarrollando sistemas locales de salud.

Objetivos estratégicos

- Que las intervenciones logren mejorar de manera rápida y sostenible la actual situación de salud.
- Que las nuevas redes de servicios posibiliten el acceso universal a los servicios.
- Que exista integralidad en los servicios mediante la articulación de niveles y subsectores.
- Que se desarrolle un régimen financiero menos vulnerable y menos dependiente de la cooperación internacional.
- Que el financiamiento y la prestación de servicios respondan con equidad y solidaridad a la diversidad regional étnica y cultural del país.
- Que los servicios respondan al perfil epidemiológico nacional y la salud constituya condición y resultado del desarrollo integral.
- Que la participación popular sea el motor de cambio.

Políticas

El ejercicio del derecho a la salud: se refiere a la búsqueda del acceso universal con características de calidad, oportunidad, racionalidad y continuidad, sin excluir las prioridades.

Transformación y desarrollo sostenible del sistema de salud: se espera una estructuración de un Sistema Nacional descentralizado y participativo, articulando los sub-intervenciones-regionales unificadas.

Participación Popular como motor del cambio: busca la participación directa de la población en el diseño, ejecución, seguimiento y control del programa de salud, en todos los niveles.

Salud, como condición y resultado del desarrollo integral, junto a la nutrición, educación, agua y saneamiento básico y al mismo tiempo una consecuencia del mismo.

Desarrollo de la solidaridad nacional en salud: se visualiza su revalorización y mecanismos que permitan desarrollarla –un seguro nacional de salud– con esquemas de financiamiento.

Cambio acelerado y sostenido de la situación de salud, con seis objetivos: reducción de la mortalidad materno infantil, mejoramiento del estado nutricional, reducción de la morbimortalidad por enfermedades infecto contagiosas, aumento del acceso a servicios de agua y saneamiento básico, reducción de los factores de riesgo individual y ambiental, mejoramiento de los conocimientos de las familias sobre promoción, prevención y auto cuidado de la salud.

PLAN VIDA

Plan Vida para la reducción acelerada de la mortalidad materna, perinatal y del niño menor de 5 años (1994-1997)

Este plan tenía como meta reducir, en un período de cuatro años la mortalidad materna en un 50%, la mortalidad perinatal en un 30%, la mortalidad en niños menores de un año en un 50% y la mortalidad en niños menores de cinco años en un 50%. "La política del Plan fue permitir el acceso sin restricciones a los servicios de atención materna, planificación familiar y detección del cáncer cérvico-uterino, a todas las mujeres que lo necesiten".

En el sistema de salud, el diseño de servicios de salud reproductiva considera a la mujer como sujeto y objeto de su accionar. La oferta de servicios incluye actividades relativas a brindar información, educación y comunicación sexual y de pareja; enfoque de riesgo reproductivo; tratamiento de carencias nutricionales, enfermedades ginecológicas, enfermedades por transmisión sexual, prevención del SIDA, planificación familiar; tecnología anticonceptiva y manejo de la infertilidad (Secretaría Nacional de Salud, 1993).

En la práctica el resultado ha sido la exclusión del varón, deliberadamente y por incumplimiento. De hecho al enfatizar la atención al binomio madre-niño..."los programas excluyeron al hombre, pero también a la mujer misma, para dar prioridad a la embarazada a la madre de familia; Se excluyeron también a las mujeres sexualmente activas que no eran madres, a las solteras, a las no embarazadas y a las adolescentes..." (Trone, 1993:35).

Plan Vida - Plan Nacional para la Reducción Acelerada en la Mortalidad Materna, Perinatal y del Niño. Bolivia, 1994-1997

Diagnóstico

Está orientado a la salud reproductiva y del niño y se expresa problemas tales como:

- Insuficiencia cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención materno-infantil.
- Bajo nivel educativo de la mujer, ninguna participación en las decisiones en salud.
- Deficiente demanda de salud reproductiva y salud infantil por factores culturales, económicos, accesibilidad geográfica, baja calidad de atención y elevado costo de los servicios y medicamentos.
- Insuficiente capacitación del personal institución y comunitario.
- Debilidad del sistema gerencial de facilitar la atención.

Visión

Reducir la mortalidad materna en 50% en plazo de cuatro años y al mismo tiempo reducir la mortalidad perinatal en 30%; disminuir en 50% el número de muertes de niños menores de un año y en 50% el número de muertes de menores de 5 años.

Objetivos estratégicos

- Haber desarrollado capacidad gerencial y técnica operativa en el personal.
- Haber incrementado el acceso a los servicios de salud y nutrición.
- Haber articulado los esfuerzos y recursos comunitarios.
- Haber desarrollado un proceso de educación popular dirigido a individuos, comunidad, organizada, usuarios y proveedores de servicios.
- Haber desarrollado un sistema de vigilancia, monitoreo y evaluación de actividades del plan.

Políticas

- Vigilancia y monitoreo de la situación de salud para el análisis práctico de la mortalidad materna y de la niñez; información para la acción.
- Regulación de los servicios de salud en base al modelo de cuidado materno, perinatal integral y de atención normalizada con criterio de riesgo.
- Comunicación social en salud con educación e información.
- Gestión financiera de los servicios de salud.

NUEVO MODELO SANITARIO – SISTEMA PUBLICO DE SALUD – Febrero 1996

Pone en vigencia el Sistema Público de Salud Descentralizado y Participativo (SPS).

Visión

Alcanzar niveles de equidad, calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud, así como solidaridad y universalidad en el acceso y la cobertura de la población.

Objetivos estratégicos

- Definir prioridades que rigen el modelo de atención en salud.
- Definir y establecer la organización de los servicios de salud.
- Definir y establecer la estructura de la gestión sectorial y gestión compartida con participación popular.

Políticas

- De las prioridades se orienta a: a) salud materno infantil, b) nutrición, c) control de enfermedades transmisibles por vectores, d) control de enfermedades crónicas, e) prevención y control de ETS cólera y SIDA, f) salud mental, g) atención primaria con énfasis en la promoción y prevención.
- De la organización, se orienta a la constitución de la Red de los niveles de atención y del sistema de referencia.
- De la gestión sectorial, orienta y define la administración de políticas, planes y programas en la prestación de servicios en las diferentes instancias.
- De la gestión compartida con participación popular, se orienta a la conformación de directorios en diferentes niveles locales hospitalarios y de organizaciones con convenios en salud.
- De los recursos humanos, se orienta a la administración a cargo de las prefecturas.

PRINCIPIOS Y PILARES DE LA TRANSFORMACIÓN EN SALUD – 1994

Constituye una articulación de los avances que se realizaron, con la propuesta de la Reforma del Sector Salud. Por la importancia del documento es precedente al Seguro Nacional de Maternidad y Niñez.

Diagnóstico

Se presenta la situación que se resumen en:

- El 95% de los hogares rurales y el 51% de los hogares urbanos es pobre (Censo).
- Las causas de la mortalidad en niños menores de cinco años son: 36% diarreas, 28,5% infecciones respiratorias (ENDSA 89).
- El 35% de las muertes maternas se debe a falta de atención oportuna y adecuada de la maternidad.
- Mayor riesgo de muerte en mujeres adolescentes debido a partos no deseados (ENDSA 89).
- Mayor riesgo de muerte en mujeres añosas con muchos hijos y poco tiempo entre embarazos.
- La desnutrición se concentra en el grupo de 6 a 35 meses.

- El 30% no tiene acceso a servicios de salud.
- El 14% demanda servicios a las Cajas.

Visión

Se tiene previsto para 1997 una mejora de la situación de salud: más niños vivos, menos mujeres muertas, mejor nutrición y menos enfermos.

Objetivos estratégicos

El ejercicio del derecho a la salud por parte de la población es:

- Gestionar su atención.
- Participar en el control de los servicios.
- Construir un sistema solidario.

El ejercicio del derecho a la salud por parte del estado es:

- Seguridad alimentaria, saneamiento.
- Acceso universal a servicios integrales.
- Cambiar el sistema y adecuarlo a las exigencias.
- Priorizar a los más necesitados.
- Ofrecer calidad y permanencia.

Políticas

- Reforma de la salud, la ley de la reforma, seguro universal de salud (SUS), mejor conducción y desarrollo de subsistemas.
- Participación Popular, Sistemas Locales de Salud (SILOS).
- Cobertura Integral, Planes y Programas.
- Financiamiento, Fondo Común Central, Fondo Común Municipal.

Plan Nacional de Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra la Mujer- 1994

Se crearon instancias para su implementación, tales como las Brigadas de Protección a la Familia, los Servicios Legales Integrales y las Defensorías de la Niñez y la Adolescencia. Se conocen y comparten las iniciativas y esfuerzos generados desde el Estado y coordinados por los/as actores/as involucrados/as en los procesos de ejecución, así como las leyes y los instrumentos responsables de su implementación como los SLI, y Brigadas de Protección a la Familia. Sin embargo, estas instancias no llegan a todos los municipios debido a que funcionan con presupuestos pequeños y con poca capacidad técnica. Se han desarrollado, además, acciones de sensibilización a la sociedad en su conjunto y de capacitación a funcionarios de manera continua. Las dificultades que se mencionan están relacionadas con la falta de coordinación de esfuerzos entre instancias para realizar un trabajo integral entre sectores y actores, dando seguimiento a los casos de violencia y recuperando el sentido político y no puramente asistencial. Hace falta voluntad política para asignar presupuesto a las instancias responsables de implementar la ley y programas sobre violencia.

SEGURO NACIONAL DE MATERNIDAD Y NIÑEZ - MAYO 1996

Diseñado para ampliar las coberturas y eliminar las barreras económicas de acceso a los servicios públicos de salud en la atención de embarazo, parto y patologías más importantes del menor de 5 años. Es un instrumento operativo de la salud materno infantil.

Visión

- Otorgar asistencia médica a la mujer y al niño.
- Objetivos estratégicos.
- Otorgar prestaciones de maternidad (paquete materno).
- Otorgar prestaciones al recién nacido y menores de cinco años (paquete infantil).

Políticas

- De financiamiento: a) Recursos TGN personal, crédito externo, b) Contraparte municipal el 3% del 90% de los recursos de coparticipación tributaria.
- De servicio de las prestaciones: se dará en la Red de Servicios por todos los Centros de la Salud Pública y la Seguridad Social.
- De la Administración de la Gestión: se dará por los Directorios Locales de Salud, con modalidades de pago y compensación.
- Insumos: según costos establecidos.

Plan Vida- Plan Nacional para la Reducción Acelerada en la Mortalidad Materna, Perinatal y del Niño Bolivia, 1994-1997

El seguro Nacional de Vejez, 1996 (Decreto Supremo 24355)

Destinado a brindar atención ambulatoria, hospitalaria, exámenes de laboratorio y de gabinete, medicamentos y rehabilitación a todas las personas mayores de 65 años de edad que no estuvieran afiliados a algún sistema de seguro a corto plazo.

Plan Estratégico de Salud (PES) 1997-2002

Propone la creación de un modelo de salud a través de la implementación de la Reforma en Salud y la formulación y ejecución del Plan Estratégico de Salud. Promueve la constitución de un Sistema Boliviano de Salud que tenga acceso universal y se base en la atención primaria, la medicina familiar y comunitaria, el escudo epidemiológico, el seguro básico, la promoción de municipios saludables. Estas líneas de acción deben estar encaminadas por procesos de participación y control social. Tiene líneas de acción intersectoriales con municipios saludables, interculturalidad, género, educación y promoción para la salud, interacción con fondos de desarrollo y gobiernos departamentales (De la Quintana, Claudia: p.6).

Plan Estratégico de salud de lucha contra la pobreza- Medicina familiar y comunitaria-1997-2002

Parte de la nueva Ley de Organización del Poder Ejecutivo (LOPE), que establece e identifica como funciones las relacionadas con el rol rector, la normatización y el control de las acciones de salud en los entes gestores públicos y privados.

Diagnóstico

El Plan es publicado en abril de 1978, en el marco de los siguientes indicadores, en relación con los problemas del sistema de salud:

- Deficiencia de la oferta y calidad de los servicios.
- Bajo nivel del gasto público en el sector.
- Falta de integralidad y coordinación de los prestadores de servicios.
- Ineficiente uso de los recursos existentes.

Características del actual sistema de salud como limitantes y demandas:

- Falta de personal calificado en el primer nivel de atención.

- Irracionalidad de la gestión.
- Falta de recursos económicos, especialmente del primer nivel.
- Falta de calidad y calidez de las prestaciones.
- Accesibilidad geográfica, económica y cultural limitadas.
- Deficiencias en la carrera sanitaria.
- Bajos salarios y pocos incentivos.
- Pocos recursos para el control y vigilancia epidemiológica.
- Uso inadecuado de los recursos de la cooperación internacional.
- Corrupción.

Visión

El Ministerio de Salud y Previsión Social, en una alianza estratégica de los bolivianos en su lucha contra la pobreza, tiene la siguiente visión:

- Se constituye en rector del Sistema Boliviano de Salud, accesible, eficiente, de calidad y calidez, sostenible y con múltiples prestadores de servicios.
- Promueve la vida, la familia, la seguridad humana y los hábitos saludables.
- Se fortalece en sus roles normativo, regulador, modulador, evaluador y fiscalizador.
- Contribuye al ingreso de Bolivia al próximo milenio con dignidad, equidad, solidaridad y justicia social.

Objetivos estratégicos

Con una libre interpretación del objetivo estratégico se pueden identificar los cambios:

- Construir:
 - El sistema Boliviano de Salud, con acceso universal, en base a la atención primaria, a través de la medicina familiar y comunitaria.
 - El escudo epidemiológico.
 - El seguro básico de salud.
 - El seguro de corto plazo.
 - La promoción de municipios saludables.
 - La carrera sanitaria con: participación y control social, en un proceso de reforma, que culmine con la Ley de la salud, convirtiendo las políticas del sector, real y efectivamente en políticas del Estado.

Políticas

Se identificaron como cursos de acción las siguientes líneas de estratégicas:

- Estratégica-técnica (Modelo económico financiero; modelo de gestión, administración y jurisdicción territorial; modelo de atención).
- Políticas intersectoriales (Municipio saludable; enfoque intercultural y de género, educación y promoción de la salud, interacción con los fondos de desarrollo y gobiernos municipales).
- Políticas de gestión social (movilización, participación, control, información y comunicación social).
- Política Jurídica (Ley de Salud).

Plan Nacional del Programa Nacional de Atención Integral a la Mujer y la Salud Sexual y Reproductiva (1998)

Amplía la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva al control pre y posnatal, atención del parto, acceso a información y métodos anticonceptivos, detección y tratamiento de cáncer cérvico uterino, mamario y ETS, consejería; promueve servicios con calidad de atención que incorporen enfoque de género y promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1997-2002 (Promulgado en abril de 1999)

Es instrumento de política y orientación programática del sector salud y tiene el objetivo de: mejorar el estado actual de la salud sexual y reproductiva de la población adolescente, mujeres y varones, así como también el nivel de la oferta integral de servicios para estos grupos poblacionales, respetando las diferencias y particularidades regionales, culturales, de género y generacionales. A partir de identificar ciertos problemas prioritarios de la población establece una oferta programática y considera, como un principio básico, la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre mujeres y varones.

Seguro Básico de Salud (D.S. 25265-1998)

Se basa en un paquete ampliado de servicios básicos de salud destinado a niños/as, la mujer y la población en general y tiene el propósito de reducir la mortalidad infantil y materna a través de 66 prestaciones ofertadas en la red de servicios del Ministerio de Salud y Previsión Social y la Caja Nacional de Salud.

MESAS DE DIÁLOGO Y JUBILEO

Mesas de Diálogo y Jubileo – Foro Nacional Jubileo 200

Diagnóstico

Se identificaron los siguientes macroproblemas:

- Pobreza urbana y condiciones precarias de habitabilidad.
- Deficiente funcionamiento y no universalidad del seguro básico.
- Débil sistema de salud.
- Inadecuada política de recursos humanos.
- Inaccesibilidad a medicamentos e insumos.
- Sistema mal administrado.
- La política no es operativa en ningún nivel.
- Politización en la contratación de recursos humanos.
- La característica socioeconómica cultural del área rural es diferente al urbano.

La siguiente demanda social:

- Promoción y prevención de la salud.
- Acceso al agua y saneamiento básico.
- Nutrición y producción agropecuaria.
- Prevención y educación a través de Atención Primaria de Salud.
- Seguro Básico de Salud, Seguro Médico Gratuito de Vejez y Seguro Único de Salud.
- Recursos humanos institucionalizados.
- Red integrada de servicios insuficientes y adecuada con infraestructura, equipamiento e insumos.
- Implementación y funcionalidad de los Consensos Municipales de Salud.

Visión

Salud para todos. Las soluciones como objetivos estratégicos serían:

- Garantizar condiciones mínimas de habitabilidad (programas de vivienda, control, preservación ambiental).
- Sistema de seguro universal, solidario, sostenible (cálculo de riesgo, costos, calidad, suministros).
- Conformación de un sistema de salud integrado descentralizado (medicina tradicional, redes).
- Elaborar e implementar una política de recursos humanos (formación, carrera, distribución, reglamentación).
- Política de medicamentos (farmacias populares, subsidio, vademécum, comercio internacional).
- Considera la educación en salud como pilar fundamental para lograr la participación de la población en la defensa de sus derechos de servicio integral de salud.

Políticas sugeridas

- Salud con visión integral e intersectorial.
- Enfoque pluricultural, generacional y de género.
- Incremento de la asignación al presupuesto de salud.
- Publicación y difusión del presupuesto de salud: ministerios, municipios y sector privado.
- Programa de difusión de las políticas de salud permanentes y asistemáticas.
- Participación de la sociedad civil en la evaluación y seguimiento del plan estratégico de salud.
- Evaluación de las políticas en un espacio intersectorial.
- Publicación permanente de los resultados de seguimiento y evaluación.
- Coordinación intersectorial.
- Creación de instancias o espacios de concertación intersectorial.
- Integración y participación de la comunidad.

Programas sugeridos

- Educación en Salud-promoción y prevención de la salud en la currícula escolar.
- Agua y saneamiento básico agua segura.
- Nutrición y producción agropecuaria incentivo a la producción, uso de alimentos locales.
- Prevención y educación a través de atención primaria de salud, recursos comunitarios capacitados, adecuación de programas a nivel local distrital.
- Seguro básico de salud, seguro médico gratuito de vejez y seguro único de salud, evaluación, difusión, concientización al municipio, ampliación de cobertura, grupos vulnerables, planificación en salud, estudio del Seguro Único de Salud, repensar en los recursos asignados a los seguros.
- Institucionalización de los recursos humanos, carrera sanitaria, evaluación, redistribución, capacitación, motivación, reclutamiento de responsables populares de salud (RPS).
- Red integrada de servicios suficientes y adecuado con infraestructura, equipamiento e insumos, evaluación, implementación de proyectos de infraestructura, equipamiento e insumos, funcionalidad, sub-sistema de mantenimiento, sub-sistemas administrativos financieros, contables, calidad de los servicios, farmacias populares, incorporación de RPS, atención tradicional y convencional, medicina natural.
- Implementación y funcionalidad de los consejos municipales de salud, fortalecimiento, incorporación participativa y coherente en los planes municipales PDM y POA.

DIÁLOGO 2000

Diagnóstico

Demanda social acordada, emergente del Diálogo 2000:

- Políticas de institucionalización y redistribución de los recursos humanos.
- Transferencia de los recursos humanos a los gobiernos municipales con recursos económicos.
- Ampliación y mejoramiento el seguro básico de salud y el seguro de vejez.
- Firma de convenios entre gobiernos municipales y caja nacional de salud.
- Red de servicios de salud, priorizando las postas y los centros de salud, de primer nivel y segundo nivel de forma integral.
- Lógica sectorial en la administración sanitaria sobre la base de territorialización municipal.

Visión

Municipalización de los servicios de salud.

Objetivos

- Mayor asignación de ítems.
- Mayor capacitación de recursos humanos.
- Mayor remuneración de los recursos humanos.
- Construcción y dotación de equipamiento de hospitales, postas o centro de salud.
- Control de vectores: servicios o programas de control y prevención de enfermedades transmisibles (chagas, malaria y enfermedades tropicales).
- Programa de información y educación en la área de nutrición, educación sobre el uso de agua e higiene y educación reproductiva.

Políticas

Acciones en salud a nivel nacional:

- Institucionalización, desconcentración y redistribución de los recursos humanos.
- Transferencia de los recursos humanos a los gobiernos municipales con recursos económicos.
- Ampliación y mejoramiento del seguro básico de salud y el seguro de vejez.
- Red de servicios de salud, priorizando las postas y los centros de salud, de primer y segundo nivel, de forma integral.
- Lógica sectorial en la administración sanitaria sobre la base de territorialización municipal.

Lineamientos políticos propuestos en las elecciones por los partidos de gobierno

Lineamientos políticos propuestos por el movimiento nacionalista revolucionario –MNR

- Seguro de salud ampliado y mejorado para madres y niños.
- Bono de salud-subsidio a la demanda, carnet de salud.
- Superintendencia, gestión de los programas.
- Política de nutrición.
- Política de medicamentos.
- Política de salud mental, potenciamiento de la calidad de los recursos humanos.

Lineamientos políticos propuestos por el Movimiento de la Izquierda Revolucionaria-MIR

- Sistema boliviano de salud – MSPS rector.
- Seguro universal – progresivo.
- Escudo epidemiológico.

- Salud ambiental-desastres.
- Creación del vale de salud, subsidio a la oferta.
- Política de recursos humanos, carrera sanitaria.
- Tecnología médica.
- Medicamentos esenciales, producción.

Compatibilización de ambas propuesta en salud

- Sistema de salud único plural.
- Seguro universal para madres y niñas y niños.
 - Paquete completo maternoinfantil.
 - Paquete nutricional.
 - Paquete de salud mental desarrollo de la inteligencia, cuidado emocional.
- Política de medicamentos.
 - Garantía.
 - Producción de medicamentos esenciales.
- Escudo de la vida.
 - Salud ambiental.
 - Vigilancia y control epidemiológicos.
- Política Financiera.
 - Subsidio a la demanda.
 - Subsidio a la oferta.
- Superintendencia de salud.
- Tecnológica médica.

PLAN BOLIVIA

Desarrollar políticas orientadas a hacer efectivo el seguro universal de salud, con el propósito de garantizar el bienestar de los niños ancianos y madres de todo el país.

Resumen

Se han identificado tres políticas de Estado, es decir políticas que están presente de manera permanente en los planes que son:

- La atención primaria de salud.
- La intersectorialidad.
- La gestión de salud junto a la comunidad.

Infelizmente estas políticas no se han cristalizado en la realidad y emergente de esta situación se ha presentado un nuevo contexto que se expresa en la insatisfacción fundamentalmente de la población excluida, no otra cosa expresan los resultados de últimas elecciones.

El reemplazo de la población en el Uruguay, un fenómeno ausente en la agenda estatal

Carmen Varela Petito¹⁸³

I. Introducción

El Uruguay es un país que se ha caracterizado por la ausencia de reflexión en torno a los temas demográficos. Los temas relacionados con la población —su número, su reproducción, su crecimiento, su evolución— sólo en ocasiones puntuales han ocupado la agenda de intereses prioritarios del Estado y de las fuerzas políticas. Como consecuencia, las políticas de población han estado ausentes del escenario político, del país durante buena parte de su historia reciente. Sin embargo, cabe aclarar que, en las diferentes etapas históricas, hubo grupos de opinión interesados en el tema. En la segunda mitad del siglo XX esta preocupación surge en particular, desde los ámbitos del movimiento feminista y vinculados a las cuestiones relacionadas con la reproducción.

En lo que se refiere al tema que nos ocupa —la reproducción— ha sido muy escasa la preocupación de los actores políticos y del Estado, tanto con relación a la promoción de medidas para enfrentar el temprano y paulatino descenso de la natalidad (que en el corto plazo podía comprometer el nivel de reemplazo de la población), como a programas que pusieran a disposición de las mujeres métodos para el

¹⁸³ Investigadora/Docente Programa de Población. Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

control de su reproducción; más ausentes, todavía, estuvieron los planes que contemplaran una idea más integral y humanitaria sobre la reproducción y la sexualidad de mujeres y varones, como son las políticas y los programas de salud reproductiva y sexualidad. Los únicos antecedentes previos importantes, como se señalará *infra*, se dieron en un caso por un breve período en la década del 30 (despenalización del aborto) y en otro mediante la creación del Régimen de Asignaciones Familiares de 1943, el cual fue absolutamente desvirtuado con el transcurso del tiempo y el advenimiento de una muy prolongada crisis económica, política y social.

Los movimientos organizados de mujeres y, más recientemente, la bancada femenina de la Cámara de Representantes del Poder Legislativo, serán los que en los años posteriores a la recuperación democrática de 1985 pondrán nuevamente el tema sobre la mesa y propondrán leyes y medidas que conduzcan al Estado y a sus instituciones a implementar programas y normativas que posibiliten, a mujeres y varones, tener acceso a servicios que les permitan tener una salud sexual y reproductiva adecuada.

Este objetivo fue parcialmente alcanzado a partir de mediados de la década de los noventa. Recién entonces Uruguay consigue implementar proyectos y programas que, desde distintas instituciones del Estado, se ocupan de la salud reproductiva y sexual de la población. Estos seguramente van a tener efectos sobre la fecundidad de las mujeres en la medida en que logren mantenerse en el tiempo. Sobre ellos haremos un desarrollo especial más adelante.

Un hito importante muy reciente lo constituye el proyecto de ley presentado por la citada bancada femenina de la Cámara de Representantes, proyecto sobre salud reproductiva y sexualidad que entre sus artículos propone despenalizar nuevamente el aborto. Este proyecto cuenta con media sanción otorgada a finales del año 2002.

Por último cabe acotar que aún cuando la discusión sobre los temas relacionados con la salud reproductiva ha integrado la agenda de debate parlamentario y trascendido a otros ámbitos de la sociedad, la preocupación por los bajos niveles de la fecundidad, que llegarán rápidamente a niveles inferiores al nivel de reemplazo y los efectos de ésta sobre el envejecimiento de la población, siguen estando ausentes de la reflexión sobre el país.

II. Uruguay: reproducción en descenso, respuestas políticas escasas

La falta de reflexión sobre los aspectos demográficos plantea varias interrogantes: ¿Cuáles son las razones por las cuáles los temas de población han sido objeto de un bajo interés por parte tanto del Estado como de los actores políticos concretos? Concretamente en lo que respecta a la fecundidad, (como se mencionó anteriormente), un país que ha presentado históricamente una baja natalidad que compromete el nivel de reemplazo y que incrementa el envejecimiento de la población, unido esto a las oleadas emigratorias de las últimas décadas, ¿cómo explica la falta de políticas y programas al respecto?

¿Se vincula esto con una concepción asumida por el Estado uruguayo (y consentida por la sociedad civil) de no-intervención en aspectos que forman parte del interés y el derecho individual de las personas, o son otras razones las que explican estas ausencias en la agenda oficial y estas carencias en la acción estatal?

Se podría decir que el Estado no ha tenido conciencia de que la dinámica de la población uruguaya sea un problema, y que esta no ha entrado en la categorización de “problema” porque el tema no se ha visualizado como una amenaza social, y/o económica. En particular, en lo que refiere a los niveles de la fecundidad, ésta tampoco fue visualizada como problema sino que, por el

contrario, fue señalado como una ventaja comparativa con relación a la mayoría de los países de América Latina, donde las altas tasas de fecundidad constituían una amenaza pendiente para el desarrollo y el crecimiento económico, ya que favorecían el incremento de la población y la reproducción de la pobreza.

Las clases gobernantes y hasta los organismos internacionales no consideraron (salvo las excepciones que se mencionaron anteriormente y que serán desarrolladas más adelante) prioritario ni necesario ocuparse de los temas vinculados a los procesos y características demográficas del país. Cabe recordar que Uruguay es un país con una clase media extendida, con diferencias sociales, étnicas y religiosas poco visibles, relativamente homogéneo, fuertemente urbanizado, con una cobertura educativa importante y con pautas reproductivas que se caracterizaron por una limitación temprana del número de hijos por mujer.

¿Cuándo es que el Estado pasa a ocuparse de los temas vinculados a la fecundidad y por tanto implementa programas de salud reproductiva y sexualidad?. Es a partir de que visualiza ciertos fenómenos demográficos emergentes como una “amenaza” desde el punto de vista social. Estos fenómenos son el incremento de la fecundidad adolescente (básicamente visualizada como “problema de la pobreza”) y la reproducción de la población en condiciones carenciadas (Varela, 1999; Calvo, 2000).

Los primeros programas de salud reproductiva y sexualidad surgen a partir de 1996. Diversos factores, externos e internos, se conjugan para facilitar su aparición. Entre los de carácter externo tenemos: a) las repercusiones de la Conferencia Mundial para la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994), donde el gobierno uruguayo se comprometió a implementar medidas que posibiliten el acceso de la población a servicios de salud reproductiva y sexualidad;¹⁸⁴ b) el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

En el plano interno, por su parte, es necesario considerar: a) las presiones de la propia sociedad civil, crecientemente organizada y representada en estos temas en especial por las ONGs feministas; b) el nuevo interés del gobierno municipal de Montevideo, que a partir de 1990 pasa a manos de fuerzas de izquierda, más atentas a las demandas de las organizaciones sociales; c) y, en especial, el reciente accionar conjunto de las mujeres legisladoras de los distintos partidos políticos que llegan a ocupar cargos en la Cámara de Representantes, las cuales forman una red de mujeres parlamentarias que promueve y lleva adelante una serie de proyectos de ley relacionados con los temas de género.

Algunos de dichos proyectos ya han sido sancionados por ambas Cámaras (ley sobre violencia doméstica, ley de día libre para realización del Papanicolau, ley de acompañamiento del parto por parte del padre) y una media sanción de la ley de salud reproductiva, cuyo artículo 4 incluye nuevamente la despenalización del aborto. Es importante aquí señalar que la articulación del trabajo de la bancada femenina de la Cámara de Representantes ocurre más allá de los partidos políticos que dichas diputadas integran, ya que la preocupación por los derechos de las mujeres es un elemento que atraviesa horizontalmente al grupo.¹⁸⁵

Aunque es recién a fines del siglo XX, que el Estado uruguayo inicia programas que incluyen a la salud reproductiva en el sistema general de salud, se pueden rastrear algunos antecedentes de medidas que fueron discutidas durante las primeras décadas del siglo pasado y que reflejaban la preocupación por el descenso de la natalidad y por el aborto en condiciones inseguras.

¹⁸⁴ En el Programa de Acción de la CIPD se insta a todos los países a velar porque todas las personas, de acuerdo a su edad, tengan a su alcance, a través de los sistemas de atención primaria, servicios de salud reproductiva, incluyendo servicios de maternidad segura, salud sexual, planificación familiar y VIH/SIDA, lo antes posible y no más tarde del año 2015.

¹⁸⁵ Entrevistas en profundidad a legisladoras de los diferentes partidos políticos.

El primer antecedente fue de gran importancia. En diciembre de 1933, a muy pocos meses de la instauración de la dictadura de Gabriel Terra, se aprueba a “tapas cerradas” un nuevo Código Penal. Este instituyó entre su articulado disposiciones por las cuales “se despenalizó el aborto y se admitía la eutanasia, llamada homicidio por piedad” (Sapriza, 2002). Apenas aprobadas dichas normas incluidas en el Código Penal, los sectores conservadores comenzaron a movilizarse en su contra y se produjo un intenso debate donde juristas, médicos, políticos y diversos personeros del catolicismo confrontaron sus ideas y propuestas, hasta que (en 1938) la presión ejercida logró penalizar nuevamente el aborto. Dice Sapriza que:

“Cuando este debate llegó a la discusión parlamentaria, se produjo algo singular: se convirtió en un tema político. (...) La reproducción fue investida de su verdadera dimensión política. Nunca antes quedó tan en evidencia que población, política y razones de estado estaban en un mismo paquete. Y que las mujeres, en su calidad de reproductoras de la especie eran consideradas como una simple función de esas variables” (Sapriza, 2002: p.1).

Señala la misma autora que en momentos en que se daba la consolidación de una sociedad de clases medias, el modelo de familia propio a la “modernidad” que se pretendía, suponía un “nuevo rol para la mujer, con menos hijos a los que debía atender”, y al matrimonio tardío, la utilización del *coitus interruptus* y la generalización del uso del condón, se agregó el aborto “como principal regulador de los nacimientos”, hecho que de todos modos ya estaba presente en la sociedad antes de 1934 pese a las sanciones previstas en el anterior Código Penal de 1889.

La nueva penalización de 1938 demostró que en ese primer tercio del siglo XX el “*tener menos hijos se insinuaba como una meta a lograr, pero no se legitimaba el deseo propio de las mujeres. Ellas fueron destinatarias de un discurso contradictorio, en el que el Estado y los médicos tuvieron una incidencia decisiva.*” (Sapriza, 2002, p.4). El triunfo conservador de 1938 fue una expresión de ello, aunque no logró ni eliminar las prácticas abortivas ni, mucho menos, garantizar la salud de los centenares de miles de mujeres que desde entonces se siguieron sometiendo a las mismas prácticas.

El otro antecedente importante en cuanto a políticas demográficas ocurrido en el Uruguay es el amparado por la Ley de Asignaciones Familiares votada en 1943. El objetivo central de esta Ley fue atender a diversos aspectos de la seguridad social del trabajador. Nuevamente aquí hay una conjunción de causas externas e internas que posibilitan la creación de este sistema. Pero en este caso, rompiendo con lo que era un poco el perfil “avanzado” de la legislación social del Uruguay respecto al resto del continente, las causas externas fueron determinantes de la puesta en marcha de este sistema, que llegó a cubrir la casi totalidad de la población trabajadora a una escala nacional.

El sistema fue aprobado en 1943, pero existía ya una serie de compromisos internacionales asumidos por el país que obligaban en ese sentido: a) el Convenio N°26 de la OIT, aprobado en Ginebra en 1928, por la cual Uruguay se comprometió a fijar salario mínimo e implantar Consejos de Salarios; b) la Conferencia Panamericana de Lima, también de 1928, en la que participó activamente el Uruguay, recomendaba “el establecimiento de subsidios familiares” por encima de las retribuciones personales de los asalariados, recomendación que recién en 1936 diputados católicos recogerían en una primera iniciativa;¹⁸⁶ c) el Segundo Congreso Americano de Eugenesia,

¹⁸⁶ A la primera iniciativa de Regules y Tarabal se sumaron, posteriormente, otras elaboradas por Casas Araújo en 1937, Frugoni en 1941 y el propio Poder Ejecutivo, sin que se lograra alcanzar acuerdos. Finalmente, en marzo de 1943 el Poder Ejecutivo presentó a consideración un proyecto que incluía: Consejos de Salarios, salario legal base, salario rural, salario doméstico asignaciones familiares. Inmediatamente después comenzó la discusión acerca de la conveniencia de separar el familiares de la legislación sobre salarios, criterio que finalmente fue adoptado con la Ley N° 10.449 de 12 de noviembre de 1943.

de Buenos Aires, en 1934, precisó el principio de la asignación familiar; d) y la Conferencia de la OIT de Nueva York, de 1941, donde nuevamente se planteó la necesidad del salario mínimo asociado a la asignación familiar. Sumado a estos compromisos, otras conferencias internacionales (la Carta del Atlántico (1941) o las Conferencias del Trabajo, en Santiago (1936 y 1942), en La Habana (1939) y en Lima (1940), habían fijado las pautas para que los Estados americanos instituyesen sistemas de seguridad social que contemplasen los aspectos relativos a salario mínimo, asignación familiar y “las medidas de asistencia destinadas a asegurar el bienestar de los niños” a cargo de sus padres. (Cardozo y Foladori, 1970).

Cuando Uruguay aprobó su Ley de Asignaciones Familiares, ya Chile (en 1937) lo había hecho en América del Sur, así como numerosos otros países a lo largo y ancho del planeta. Esos mismos ejemplos externos, entre los cuales se destacaban los de Francia, Bélgica, Nueva Zelanda y Chile,¹⁸⁷ habrían de ser citados en el Senado, donde se destacó el atraso que, a nivel continental, llevaba Uruguay en esta materia (Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, Año 1943, pág. 308, cit. por Cardozo y Foladori, 1970).

Entre las causas internas que estuvieron en la base de la creación del sistema de asignaciones familiares, por su parte, se destacaba la preocupación por combatir el bajo índice de natalidad que ya era evidente, promoviendo medidas que alentarán a las familias a tener un número mayor de hijos. Fueron también muy importante las conclusiones a que llegó la investigación parlamentaria de 1940, por la cual se había hecho un análisis de la situación que a nivel nacional tenían varios puntos básicos: vivienda, salario, ambiente de trabajo, protección industrial y desequilibrio entre el capital y el trabajo. El panorama que quedó a la vista de los legisladores fue desolador:

“los obreros habitaban en viviendas inconvenientes, misérrimas, y donde su ubicación era inadecuada (...) los salarios eran insuficientes a nivel del punto de vista familiar e individual y no alcanzaban para mantener una familia de pocos hijos: además se generalizaba un sistema de trabajo que agotaba al obrero y donde el trabajo femenino era remunerado en forma muy inferior con relación al obrero varón. Justamente en este aspecto, la Comisión recomendó (...) la implantación de un régimen de asignaciones familiares, que permitiera a los obreros solventar los gastos de familia, con régimen legal de las Cajas de Compensación...” (Cardozo y Foladori, 1970, p.128).

Cuando el proyecto de creación de la ley es tratado por la Comisión de Legislación Social retoma el planteo del Congreso argentino en relación con la preocupación por el descenso del número de hijos, que afectaba no solo a la familia sino a la sociedad. Allí se planteaba “...la necesidad de realizar una política de premios a las familias numerosas y de mejor reparto de la riqueza pública, aunque sea por estos medios modestos de las asignaciones familiares”. (Cardozo y Foladori, 1970).

Las conclusiones para Uruguay eran que: a) la natalidad decrecía con ritmo veloz; la mortalidad decrecía con ritmo lento; b) era mayor la mortalidad de hijos naturales que de hijos legítimos, especialmente en los niños, en un país que tenía enorme porcentaje de hijos naturales; c) el crecimiento vegetativo disminuía asombrosamente. En el quinquenio 1881-1885 era de 24,48 por mil, en 1935 era de 11,15 por mil; d) la nupcialidad se había quedado estacionaria; e) la misma cantidad proporcional de matrimonios tendía, cada vez más, a ser menos fecunda; f) por último, “si bien el descenso de la natalidad es menos acentuado entre nosotros que en muchos países del viejo

¹⁸⁷ También ya habían legislado sobre seguro de maternidad Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Haití, México, Panamá, Perú y Venezuela.

mundo, estamos cerca de seguir su camino y no debemos de dejar de buscar eficientes medios que corrijan fundamentalmente la dirección que llevamos” (Cardozo y Foladori, 1970).

A conclusiones similares se llegaba también a partir de los resultados del trabajo de los doctores Narancio y Capurro Calamet, quienes en su libro “Historia y análisis estadístico de la población en Uruguay” revelaban el peligro de que la mortalidad superara a la natalidad. (cit. Por Sapriza, 2002).

Asimismo, la Comisión de Legislación Social del parlamento uruguayo compartía estas preocupaciones según consignan Cardozo y Foladori:

“Parece esa la tarea urgente en el país. De lo contrario manteniendo una curva de desnatalidad creciente con ritmo rápido, una curva de mortalidad decreciendo con ritmo lento, una nupcialidad estacionaria y un movimiento vegetativo cada vez menor, llegaremos al momento en que dejen de nacer hijos y en que el país entra rápidamente en el proceso de desintegración”. (Cardozo y Foladori, 1970, p.131).

Cabe acotar que los temas señalados como presentes en las preocupaciones expresadas por los legisladores, cuando se trató el tema del descenso de la natalidad (nupcialidad, legitimidad, etc.) fueron también recogidos en el proyecto de ley que finalmente se aprobó. Otro aspecto central de las mismas fue el relacionado con la necesidad de combatir la morbilidad y mortalidad infantil, que según Berro tenía “aristas quizás más aterradoras que el de la propia desnatalidad”: en 1940 y 1941 en los ingresados a la enseñanza escolar y pre-escolar de la Institución Larrañaga, “encontramos en los ingresados un porcentaje de 71% de nutrición normal o casi normal, y el 20% de desnutridos indiscutibles”, habiéndose agravado las cifras para finales del año siguiente (53,5% contra 46,5% respectivamente) (Cardozo y Foladori, 1970).

El régimen de asignaciones familiares nació en la órbita paraestatal. Su dirección estaba a cargo de un Consejo Central de Asignaciones Familiares, integrado por un representante del Poder Ejecutivo, tres de los patrones y otros tantos de los obreros. Una red de cajas por rama de actividad, con una dirección también tripartita, administraba los aspectos relacionados con cada gremio concreto (textiles, frigoríficos, construcción, transporte, comercio, etc.). La cobertura nacional estaba suministrada por cajas departamentales que eran subsidiarias de las respectivas cajas por rama instaladas en Montevideo, dependiendo del tipo de actividades que se desarrollasen en cada municipio. Tenía autonomía estatal, se sostenía con los aportes obreros y patronales y el ingreso a la función administrativa era por riguroso concurso, lejos del clientelismo que afectó a otros organismos vinculados a la seguridad social. A los servicios de asignación familiar y hogar constituido se agregó todo un sistema de atención materno-infantil integral mediante la utilización de varios sanatorios adquiridos para tal fin.

La evolución del régimen de asignaciones familiares ocurrida a partir de la dictadura y posdictadura, y que, a mi entender, acentúa y forma parte de la pérdida definitiva del Estado de Bienestar en Uruguay, puede ser —para algunos sectores sociales— un efecto que profundiza la racionalidad de un número reducido de hijos por mujer.

Esta evolución regresiva lleva a que la población beneficiaria y los montos por asignación familiar se reduzcan de manera importante en los últimos años. Estos cambios le hacen perder a la ley uno de sus objetivos iniciales, el de incentivar la natalidad, que era acorde con el espíritu natalista que profesaron sus impulsores.

Actualmente los funcionarios son empleados públicos. En la dictadura el sistema fue absorbido por el Banco de Previsión Social. Perdió autonomía, no hay representación patronal ni

obrero por rama (la representatividad se da a nivel del Directorio del BPS, incluyendo en consecuencia también a los pasivos). Y, lo que es más importante, en la posdictadura se fue perdiendo cada vez más el espíritu de la asignación, reduciéndose drásticamente los montos asignados y el número de los atributarios (beneficiarios) del régimen.

De este modo, como resultado de estos procesos, a través de la restauración de la penalización del aborto en 1938 y de la progresiva disolución de los efectos del régimen de asignaciones familiares, el Estado fue siendo crecientemente omiso en la aplicación de normas y medidas que atendiesen a la salud reproductiva y sexual de la población.

Será recién después de la recuperación democrática y como consecuencia del accionar de las fuerzas externas e internas anteriormente mencionadas que estos temas volverán a ocupar la atención de actores políticos y sociales y se comenzará a instrumentar políticas y programas al respecto.

III. El escenario de la fecundidad

En el contexto latinoamericano, Uruguay, presenta una trayectoria demográfica denominada “atípica” debido al inicio temprano de la transición demográfica y que, hoy en día lo posiciona en una fase avanzada, vale decir con natalidad y mortalidad moderada o baja. Argentina y Uruguay han sido los países que han mantenido estos indicadores bajos por un período más prolongado y que, por lo tanto han tenido un crecimiento y una estructura de edades similares a los de los países desarrollados, los que difieren del contexto general de América Latina. (BID/CEPAL/CELADE, 1996).

La reconstrucción del proceso histórico que explica el comportamiento demográfico “atípico” del Uruguay en el contexto de América Latina es complejo. Las evidencias disponibles permiten visualizar, como principales factores de incidencia, a) el impacto cultural de la inmigración europea sobre un territorio escasamente poblado, b) la incorporación temprana al modelo occidental, c) unido todo ello a una urbanización temprana que hoy día asciende al 91% de la población sea urbana (Barrán y Nahum, 1979; Pellegrino y Pollero, 1998).

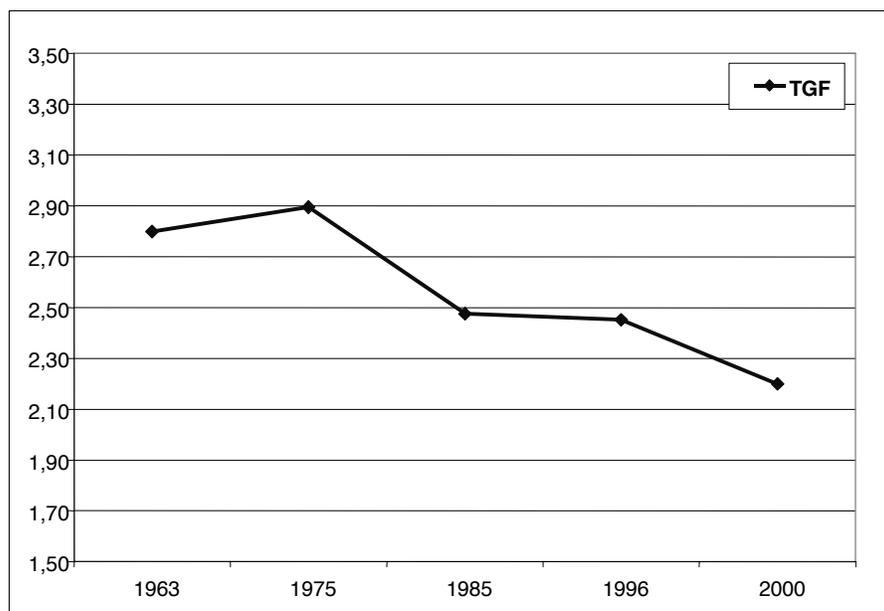
Las características demográficas señaladas para Uruguay se inician mucho antes que en el resto del continente: hacia fines del siglo XIX la mortalidad y la fecundidad mostraban una tendencia descendente. Ello determinó que en los años 60 el país tuviese una tasa global de fecundidad de 2,8 hijos por mujer y una tasa bruta de mortalidad de 10 por mil, lo que implicaba un lento crecimiento y un progresivo envejecimiento de la población. (Pellegrino et. al., 1995, Pollero, 1994).

Es relevante destacar que la tendencia de la dinámica demográfica señalada para Uruguay y Argentina, que los ha ubicado como países “avanzados” ante la realidad general del resto de países de América Latina, se ve fuertemente desacelerada en las últimas décadas. Esos países fueron sufriendo una etapa de rezago y fuerte deterioro social y económico donde lo demográfico no se queda atrás. Paredes señala que:

“A pesar de estas características, por las cuales se suele ubicar a Argentina y Uruguay entre los países latinoamericanos de transición demográfica avanzada, los indicadores actuales muestran un cierto rezago en relación con otros que han alcanzado mejores niveles de esperanza de vida y de mortalidad infantil, como es el caso de Cuba y Chile” (Paredes, 2003, en prensa).

Sin embargo la fecundidad de nuestro país, a lo largo de la segunda mitad del siglo XX e inicios del siglo XXI, continúa con un lento y paulatino descenso, alcanzando en el año 2000 una tasa global de fecundidad (TGF) de 2,2 hijos por mujer,¹⁸⁸ valores que están muy próximos a comprometer el reemplazo de la población (gráfico 1).

Gráfico 1
URUGUAY: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, 1963 - 2000



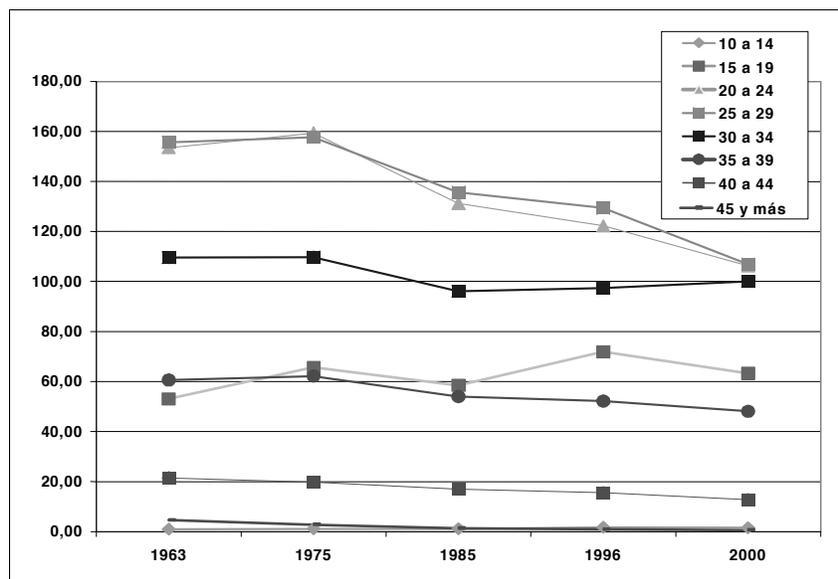
Fuente: elaboración propia a partir de estadísticas vitales, censos de población y proyecciones de población, programa de población – Facultad de Ciencias Sociales.

Las tendencias observadas presentan diferencias importantes al considerar el comportamiento reproductivo según grupos de edades. La evolución de las tasas específicas por edades de fecundidad entre 1963 y el año 2000 plantea tres fenómenos relevantes:

- incremento de la fecundidad adolescente (10 a 19 años), de 53 por mil a 76 por mil entre 1963 y 1996 con un posterior descenso alcanzando en el 2000 los 65 por mil;
- recuperación y leve incremento de la fecundidad en las mujeres adultas (30 a 34 y 35 a 39 años), de 92 por mil en 1996 a 100 por mil en el año 2000;
- y un descenso importante y sostenido de la fecundidad en las edades tradicionalmente cúspides de la fecundidad (20 a 29 años): de tasas del orden del 155 por mil en 1963 se pasa a 106 por mil en el año 2000 (gráfico 2).

¹⁸⁸ A partir de 1997 la tasa global de fecundidad se estima en base a proyecciones de población, por lo que se debe tener en cuenta que no están considerados los efectos de la emigración (fenómeno relevante en los últimos años) sobre el stock de población en edades reproductivas. Los años restantes se calculan a partir de datos censales.

Gráfico 2
URUGUAY: TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR EDADES, 1963-2000
 (Por mil)



Fuente: elaboración propia a partir de estadísticas vitales, censos de población y proyecciones de población, programa de población – Facultad de Ciencias Sociales.

La tendencia de la fecundidad adolescente es un fenómeno emergente en el país y que desdibuja las diferencias nacionales establecidas con el resto de América Latina, cuya tasa promedio es de 80 por mil. Sin embargo y para el caso de las adolescentes tardías (15 a 19 años), luego de alcanzar su valor más elevado en 1997 (74,24 por mil), comienza una serie de oscilaciones con una tendencia leve al descenso. Esto podría explicarse en parte por la intervención focalizada de los programas en salud reproductiva y sexualidad, implementados a partir de 1996, desde distintas instituciones del Estado (Intendencia Municipal de Montevideo y Ministerio de Salud Pública).

La tendencia —leve pero sostenida— a la recuperación y ascenso de la fecundidad de las mujeres adultas (30-34 y 35-39 años) está señalando, a su vez, un atraso en el calendario de la reproducción de las mujeres uruguayas, y probablemente corresponda más a mujeres de sectores medios y altos de la sociedad que a los sectores bajos. Esta manifestación apenas se visualizaba en el período intercensal 1985-1996 (Varela, 1999) y se acentúa en el período 1997-2000.

Por último, el descenso de la reproducción en las edades cúspides de la fecundidad (20 a 29 años) complementa un escenario que hace pensar en transformaciones relevantes respecto del comportamiento reproductivo de las mujeres en el Uruguay. El índice de variación de la tasa específica por edades de la fecundidad entre 1963 y 2000 marca un descenso del 30%. En un trabajo anterior ya se mostraba la presencia de este fenómeno a través de los últimos cuatro censos de población del país (para el período 1963-1996 el índice alcanzaba -20%) (Varela, 1999).

En suma, el escenario de la fecundidad en el país, desde mediados del siglo XX a la actualidad, aparece con una tendencia lenta al descenso en términos globales, comprometiendo el reemplazo futuro de la población y con transformaciones en las tasas específicas de fecundidad en los distintos grupos de edad. Ello se traduce en cambios respecto al momento en que las mujeres uruguayas estarían teniendo sus hijos durante su ciclo de vida fértil. Estos momentos aparecen vinculados con la adolescencia y la edad adulta y revelan modificaciones en las pautas de comportamiento reproductivo. Todo esto se relaciona con el proyecto de vida de las mujeres y el

lugar que ocupa la maternidad, donde unas (las adolescentes), optan por una maternidad temprana y otras (las adultas), optan por una maternidad tardía. La opción por una u otra alternativa correría paralelamente al entorno socioeconómico en que unas y otras se ubican (Varela, 1999).

Ahora bien, ¿cuáles son los indicadores demográficos que se articulan a las tendencias que presenta la fecundidad?. Entre 1975 y el 2000 el descenso de la nupcialidad es muy relevante. Paredes señala que a través del indicador sintético de nupcialidad¹⁸⁹ se registra una caída del 50%, este descenso, no implica una disminución de uniones sino que hay un incremento de las uniones libres, en particular en las generaciones más jóvenes y en especial en las adolescentes entre 15 y 19 años, cohorte en la cual en el año 1996 las uniones libres alcanzan casi el 50% de las uniones totales, mientras que para el grupo etario siguiente disminuyen al 28%¹⁹⁰ (Paredes, 2003, en prensa).

Otro hecho a desatacar es un aumento de la tasa de divorcio: según el indicador coyuntural de divorcialidad (ICD), en la década del 50 diez de cada cien matrimonios eran disueltos por divorcio. Esta cifra prácticamente se triplica cuarenta años después (Cabella, 1998).

Por último, hay un aumento de los llamados hijos “ilegítimos”. Este concepto impone y reconoce como legal el matrimonio civil y por lo tanto califica como legítimos sólo aquellos niños que nacen en una pareja “legalmente unida”, es decir, que haya celebrado un matrimonio civil. Esto implica en cierta forma que el reconocimiento social de ese niño no pasa por la responsabilidad y el deseo de asumir o no ese hijo por parte de la madre y el padre, sino por la legalidad otorgada a la unión de ambos (Paredes y Varela, 2001).

“Varios factores pueden incidir en el aumento de este tipo de nacimientos, que van desde las dificultades legales que tienen los padres separados que aún no han culminado un trámite de divorcio para reconocer un hijo de otra unión hasta las madres adolescentes que asumen a menudo solas el “costo” de la maternidad. En cualquier caso, es necesario recordar que no necesariamente esta “ilegitimidad” supone la no paternidad, sino que puede obedecer muchas veces a las dificultades de los procedimientos legales para asumir y registrar correctamente los nuevos patrones de comportamiento social y demográfico” (Paredes, 2003, en prensa).

La “ilegitimidad”, para el caso de las adolescentes y como demostramos en un trabajo anterior, por lo general presenta una mayor vulnerabilidad para la madre y el hijo, en el entendido que la gran mayoría de las madres que se declaran en unión libre carecen de pareja (Varela, 1999).

1. Algunas especificidades de la reproducción

A la luz de las condicionantes socioeconómicas, el comportamiento reproductivo no es homogéneo y la reproducción, en tanto hecho social, se vincula con las condiciones sociales, culturales y económicas en donde se realiza esa reproducción.

En este sentido presentamos a continuación las diferencias existentes según el Censo de Población y Viviendas de 1996 en la paridez¹⁹¹ de las mujeres, según se encuentren en condiciones

¹⁸⁹ Indicador sintético de nupcialidad toma en cuenta la estructura de edades de la población.

¹⁹⁰ Se destaca que por tratarse de datos transversales no se puede evaluar si esta condición de unión es transitoria o pasará a ser definitiva como un comportamiento generacional específico. (Paredes 2003).

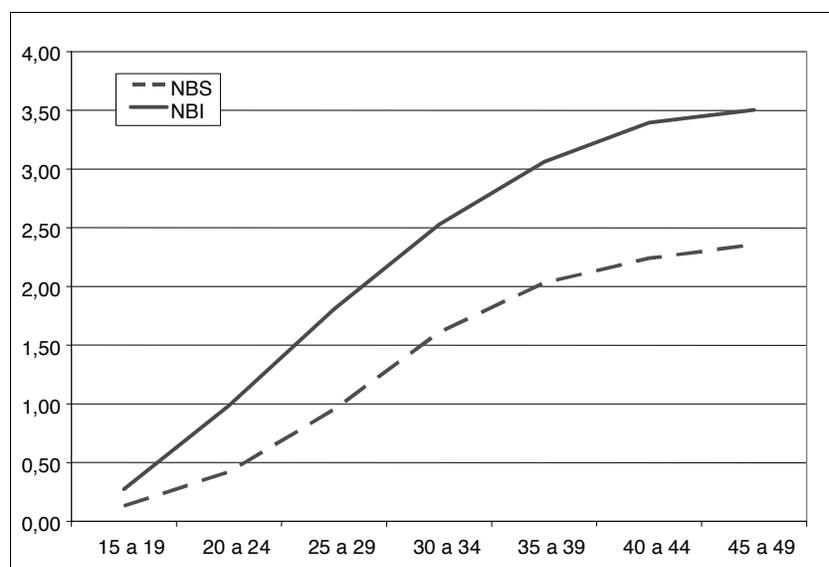
¹⁹¹ La paridez es un indicador que muestra el total de hijos tenidos vivos hasta la edad que tiene la mujer en el momento de ser encuestada.

de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)¹⁹² o Satisfechas (NBS), prestando especial interés en la paridez final (mujeres entre 45 y 49 años), dado que implica el final de la etapa reproductiva y por lo tanto refleja la historia reproductiva acumulada y se asimila a la tasa global de fecundidad (cuando la fecundidad ha tenido pocas variaciones). El indicador general de carencias básicas¹⁹³ se utiliza para mostrar la incidencia que tienen las condiciones sociales de vida carentes sobre el comportamiento reproductivo de las mujeres.

Al respecto, el gráfico 3 muestra como en 1996 las mujeres al final de su período fértil (45 a 49 años) con necesidades básicas insatisfechas, tienen una paridez más elevada (3,50 hijos por mujer) que las que tienen sus necesidades básicas satisfechas (2,36 hijos por mujer). El fenómeno es similar cuando miramos el promedio de hijos tenidos por las mujeres en las distintas edades. Las adolescentes, las jóvenes, las adultas y las mujeres maduras con necesidades básicas insatisfechas tienen un promedio de hijos más elevado que las mujeres de igual rango etáreo con necesidades básicas satisfechas. Este fenómeno pone de manifiesto que la reproducción por encima del reemplazo tiene lugar en los sectores sociales más desprotegidos de la sociedad, y que las adolescentes ocupan un lugar clave en el mantenimiento de esta situación.

Gráfico 3

URUGUAY: PARIDEZ POR NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI) Y NECESIDADES BÁSICAS SATISFECHAS (NBS), 1996



Fuente: elaboración propia a partir de estadísticas vitales, censos de población y proyecciones de población, programa de población – Facultad de Ciencias Sociales

¹⁹² “Con el término necesidades básicas insatisfechas nos referimos al conjunto de requerimientos psicofísicos y culturales cuya satisfacción constituye una condición mínima necesaria para el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos en una sociedad específica” (DGEC, 1990). Los indicadores que se utilizan son: indicador de carencia en medios de calefacción, indicador de carencia básica en salud, indicador de carencia básica en condiciones de la vivienda, indicador de carencia básica en abastecimiento de agua, indicador de carencia básica en disponibilidad de alumbrado eléctrico, indicador de carencia básica en evacuación de excretas, indicador de carencia básica en habitaciones para dormir (hacinamiento).

¹⁹³ El indicador general de carencias básicas considera carente a toda persona residente en un hogar particular que tenga al menos una de las carencias básicas insatisfechas.

Este fenómeno se refleja en el trabajo realizado por Calvo sobre NBI en el Uruguay (en base a datos censales de 1996), donde queda claro que la población carenciada es un fenómeno creciente en el país, lo que indicaría que las tendencias a la reproducción de la pobreza son evidentes. Calvo plantea que:

“Desde una perspectiva demográfica, la situación del país en términos de población con NBI es alarmante. Suman más de 1.200.000 las personas con al menos una carencia crítica, esto es, 38,7% de la población total del país en 1996...Esa cifra se eleva al 47% cuando se considera a la población con menos de quince años de edad, y sobrepasa el 51% cuando se tienen en cuenta a los niños menores de cinco años. La relación entre la edad de las personas y la insatisfacción de las necesidades básicas es clara: cuanto más jóvenes, más pobres”. (Calvo, 2000, p.11).

Las pirámides de la población con NBI y NBS son una clara manifestación de la situación señalada y de la reproducción de la pobreza. Ellas reflejan claramente una distribución desigual de la pobreza y diferentes estadios de la transición demográfica. La pirámide de población en situación de NBI de forma triangular se vincula con un estadio poco avanzado de la transición demográfica (alta mortalidad y alta natalidad) y a altas tasas de crecimiento poblacional. Calvo plantea en su trabajo que:

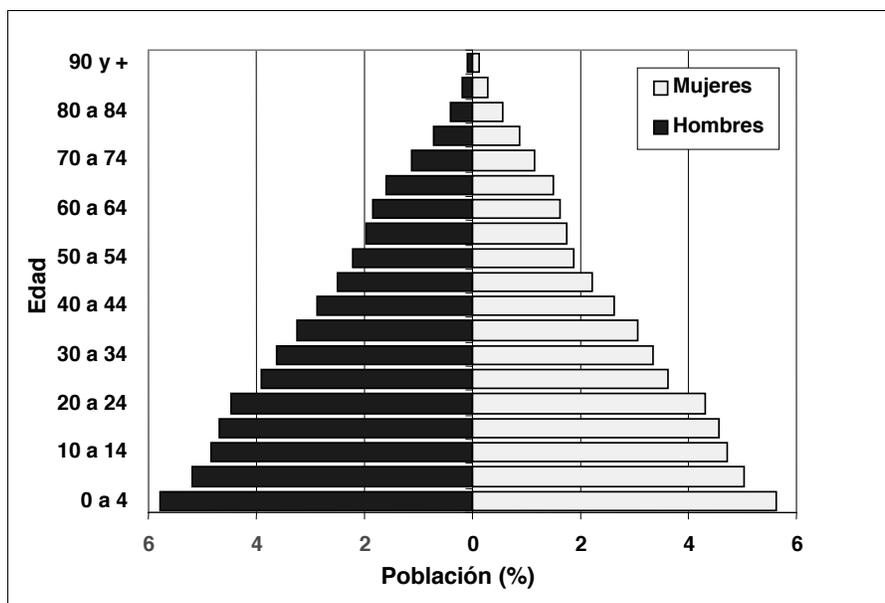
“...la evidencia apunta a abonar las tesis que sustentan que en Uruguay, el crecimiento demográfico se procesa con mayor ritmo e intensidad en los sectores pobres de la población. Un comentario realizado con respecto a la situación chilena parece igualmente válido para la realidad uruguaya: "el hecho que los hogares pobres son de mayor tamaño y se componen de forma marcada por jóvenes y niños con respecto a los no pobres, tiene un significado de gran importancia. En la base de esta situación está, a nivel microsocio, un patrón reproductivo que les es distintivo a las personas que forman parte de los hogares pobres y que se asocia directamente con una nupcialidad y fecundidad tempranas, así como con una mayor mortalidad. Al mismo tiempo, a nivel macrosocio, estas poblaciones experimentan un mayor crecimiento demográfico natural, y tienden a conformarse en forma eminentemente juvenil". (FNUAP, 1994, p.24, cit. Por Calvo, 2000, p.16).

En resumen, podemos decir que el Uruguay presenta un escenario demográfico actual que se caracteriza por: a) una TGF que se encuentra próxima al reemplazo; b); un incremento de la fecundidad adolescente; c) un descenso de la fecundidad en las edades cúspides; d) un cierto retraso en el calendario de la reproducción; e) un envejecimiento de la población (12,9% de población de 65 y más años en el 2000); f) una reproducción de la pobreza, que se manifiesta en los diferenciales de la paridez según NBI, en la tasa elevada de fecundidad adolescente y en el porcentaje de población carenciada entre 0 y 5 años de edad (51%, 1996), con posibilidades bastantes certeras de que se haya incrementado más aún dada la profundización de la crisis económica de los últimos 5 años.¹⁹⁴

¹⁹⁴ El empobrecimiento de la población infantil pone en tela de juicio sus capacidades futuras, la socialización primaria y secundaria de los niños compromete el desarrollo de sus capacidades sicofísicas y de oportunidades, lo que aumenta y profundiza la brecha social entre población carenciada y no carenciada. Todo ello, implica un deterioro importante del capital humano del país.

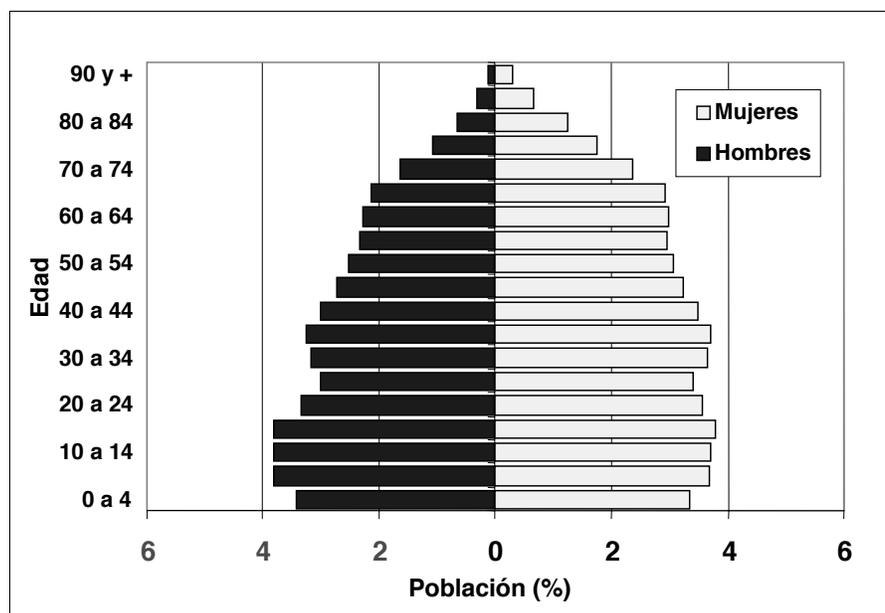
Este escenario demográfico y social, unido al creciente proceso emigratorio del país, presenta un panorama demográfico en donde el crecimiento de la población está dado por los sectores sociales más carenciados. La reproducción del Uruguay es hacia el empobrecimiento y la marginalidad, la reproducción social y biológica de la pobreza y el crecimiento paulatino de los sectores carenciados. La pregunta que cabe realizar es no sólo cuál será el futuro demográfico de la población uruguaya, sino cuál será el futuro social y cultural del país.

Gráfico 4
URUGUAY: POBLACIÓN CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI) EN 1996



Fuente: Calvo, 2000.

Gráfico 5
URUGUAY: POBLACIÓN CON NECESIDADES BÁSICAS SATISFECHAS (NBS) EN 1996



Fuente: Calvo, 2000.

IV. Respuestas recientes: programas en salud reproductiva y sexualidad

En los años noventa algunos fenómenos sociodemográficos concitan la atención de políticos, organizaciones sociales y del Estado mismo. Dichos fenómenos son, en particular, el incremento de la fecundidad adolescente y las muertes de mujeres por la práctica clandestina del aborto, ambos visualizados como relacionados con otro fenómeno social creciente, el de la reproducción de la pobreza. La amenaza que constituyen estos fenómenos moviliza a distintos actores sociales y políticos, que comienzan a presionar al Estado para encontrar alternativas a los mismos.

Los temas mencionados promueven la elaboración de programas que brinden a mujeres y varones el acceso a una adecuada salud reproductiva y sexual. Esto implica acceder a una gama amplia de métodos anticonceptivos pero también, y por sobre todo, cuidar y conocer el cuerpo, establecer relaciones sexuales igualitarias y de respeto mutuo y tener las condiciones para elegir el momento de tener los hijos así como el espaciamiento entre los mismos.

En 1996, y como resultado de la conjunción de los factores externos e internos mencionados supra, se concretan dos programas dirigidos a promover la salud reproductiva y sexual de las mujeres. Uno se inserta en el ámbito del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el otro en la órbita del gobierno municipal de Montevideo (IMM). Ambos fueron financiados en su inicio por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, bajo el compromiso de que el Estado debía asegurar su continuidad futura y asumir sus costos posteriores.

Estos programas, que se inician en forma independiente y presentan planteos conceptuales que tienen diferencias menores, en su desarrollo, logran confluir y articular esfuerzos en su accionar y evolución. Recientemente un tercer programa se “suma” al fortalecimiento de estos programas y al logro de una política en salud reproductiva y sexualidad: el programa “Adolescencia, Infancia y Familia en Riesgo”, dependiente de la Presidencia de la República (apoyado con fondos del Banco Interamericano de Desarrollo - BID).

Es necesario, sin embargo, mencionar la existencia de un primer antecedente relativo a la planificación familiar, con un perfil de control natalista: la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana (AUPFIRH, posteriormente AUPF), institución privada que recibe fondos provenientes de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), comenzó a funcionar en 1967. AUPFIRH estableció un acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (MSP), a través del cual se comprometió a asesorar y proporcionar métodos anticonceptivos con aranceles diferenciados. El programa atendía a pacientes de salud pública y a usuarias privadas, a través de convenios con varios centros de salud de Montevideo y del interior. Durante aproximadamente treinta años, el Estado uruguayo entendió que con este programa estaba resuelto el tema de la salud reproductiva de la población, cuando en los hechos su accionar se restringía al uso de anticonceptivos.

1. Programa del Ministerio de Salud Pública

En la implementación de los programas del Ministerio de Salud Pública se pueden distinguir dos etapas que difieren en sus enfoques conceptuales: 1) Programa Maternidad y Paternidad Elegida (1996-2000), que fue financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y 2) Área Mujer-Niñez y el Programa de Salud Integral de la Mujer (2001 a la fecha), que cuenta con fondos propios del MSP.

1.1. Maternidad y Paternidad Elegida

El Programa Maternidad y Paternidad elegida no formó parte del sistema de prestaciones básicas de todo el sistema de salud del Ministerio de Salud Pública, sino que fue implementado de forma focalizada en determinados centros de salud.

El enfoque teórico que orientó este primer proyecto fue, básicamente, de corte asistencial y centrado en el fortalecimiento del área maternoinfantil. Ello implicaba priorizar —en la atención de la salud— la concepción madre-hijo, es decir, la consideración de las mujeres básicamente como madres y la maternidad como destino esencial de sus vidas. De acuerdo a este enfoque el sistema de salud debe proveer las condiciones necesarias para un adecuado desarrollo de la madre y el hijo pero no tiene en cuenta el desarrollo de sus capacidades y sus derechos como sujetos pasibles de construcción de un proyecto de vida, donde la maternidad constituye uno de los aspectos a considerar, es uno de los diversos aspectos posibles.

Por otra parte, el incremento de la tasa de fecundidad adolescente de los sectores más carenciados de la sociedad y la reproducción de la pobreza, han pasado a constituir la preocupación fundamental del Estado. El programa “Maternidad y Paternidad Elegida” privilegió el carácter asistencial y proveedor de anticonceptivos como forma de enfrentar los emergentes sociodemográficos antes mencionados. Un indicador de ello es la población objetivo a la cual se dirige el programa: mujeres en edad fértil en situación de extrema pobreza residentes en asentamientos de la ciudad de Montevideo y del interior del país; condición que se caracteriza por elevadas tasas de fecundidad adolescente, de mortalidad infantil y de residencia en hogares con necesidades básicas insatisfechas.

El enfoque de género y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos estuvieron presentes en el desarrollo de este proyecto. Sin embargo, ellos aparecieron fundamentalmente asociados a sensibilizar a su población objetivo en el uso de anticonceptivos —como forma de planificar y disminuir el número de hijos tenidos por las mujeres—, atrasar el inicio de su trayectoria reproductiva, disminuir los riesgos del embarazo no deseado, de aborto y reducir la mortalidad infantil (enfoque biomédico). Como observación, se puede decir que el proyecto promovió poco el involucramiento y la participación de las mujeres y del equipo técnico de salud.

El éxito de la promoción y desarrollo de un sistema de salud reproductiva y sexualidad se ve dificultado por varios motivos: a) por ser un programa que no se insertó en el sistema de prestaciones básicas del sistema de salud del M.S.P., b) por la falta de capacitación del equipo técnico de la salud (se desarrollan jornadas breves de sensibilización), c) a lo que se le suma la forma de participación del equipo técnico de salud (a cambio de una compensación económica extra), y d) por la debilidad de los esfuerzos realizados tendientes a la capacitación de las mujeres en el desarrollo de sus capacidades y poder de decisión.

Cabe destacar que, pese a las dificultades señaladas, este programa logró trascender el ámbito asistencial, ya que hacia el final de su implementación se crea una subárea en el ámbito de la educación formal y comunitaria, para la cual logra financiamiento extra del FNUAP. Ello se fundamentaba en el entendido de que el cambio de actitudes y comportamientos tiene como vehículo fundamental la educación, y que la formalización debe darse a través de la penetración en el sistema formal de la educación y contando con la participación y compromiso de la comunidad. En este sentido, se implementó en forma piloto, en distintos puntos de Montevideo y del interior del país, una estrategia educativa llamadas JOCAS (Jornadas de comunicación, afectividad y sexualidad).

En opinión de distintos informantes calificados¹⁹⁵ entrevistados recientemente, el programa de “Maternidad y Paternidad elegida” abrió un camino que posibilitó un proceso de cambio en lo que

¹⁹⁵ Entrevistas en profundidad a integrantes del PAIM, área Mujer Niñez y organizaciones de mujeres.

respecta a la salud reproductiva y sexual de la población, proceso que hizo posible la generalización de un programa de salud reproductiva y sexualidad a todo el sistema de salud del M.S.P.

El Programa de “Maternidad y Paternidad Elegida” se financió exclusivamente con fondos provenientes del FNUAP. Se aplicó a mujeres en condiciones de extrema pobreza residentes en asentamientos de la ciudad de Montevideo y en diez departamentos del interior del país. Su desarrollo se dió en cuatro áreas: 1) *Área asistencial* (información y entrega de anticonceptivos, esta área fue considerada prioritaria); 2) *Área de promoción* de salud reproductiva (sensibilización de las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sobre el cuidado de su cuerpo y el ejercicio de su sexualidad en forma libre e igualitaria); 3) *Área de normativa* (una comisión asesora formada por la cátedra de ginecología de la Universidad de la República, el programa nacional de SIDA y diversas ONGs de mujeres elabora una propuesta normativa para regular la salud reproductiva de la población);¹⁹⁶ 4) *Area educativa*. (elaboración de una estrategia de educación comunitaria en materia de sexualidad mediante la celebración de las jornadas de comunicación, afectividad y sexualidad –JOCAS–).

En el último año de implementación del programa “Maternidad y Paternidad Elegida” (1999) alcanzó un logro importante y que sentó las bases para la continuidad y evolución del proceso iniciado: la Dirección de Promoción de Salud (DIPROSA) logró que, por decreto ministerial, el proyecto adquiriese la condición de programa prioritario, hecho que es interpretado como la expresión de un compromiso mayor por parte del Estado hacia la salud reproductiva y sexual de la población.

1.2. Mujer-Niñez – Salud Integral de la Mujer

El programa “Maternidad y Paternidad Elegida” terminó en diciembre del año 2000. A partir de ese momento, en que finaliza el financiamiento del UNFPA, comienza un impasse que duró hasta marzo del año 2001, momento en el cuál el Ministerio de Salud Pública crea el área “Mujer-Niñez” (que sustituye al área “Materno-Infantil”) y el Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM). Este cambio implica la definición, ahora sí, de una política en salud reproductiva y sexualidad. Los servicios de prestación que brindaba el programa financiado por el UNFPA se integran a la estructura del Ministerio y pasan a formar parte de las prestaciones que ofrecen todos los servicios de salud pública. La anticoncepción se incorpora a la cartera de prestaciones básicas. Esta decisión constituye un hito dado que, por primera vez en el país y desde la esfera institucional pública, la anticoncepción pasa a formar parte de la atención primaria de la salud. Pasa a ser una política del Ministerio y no un proyecto o programa aislado. El Estado uruguayo asume efectivamente un compromiso al respecto.

La transformación del área Materno-Infantil en Mujer-Niñez implica una transformación que va más allá del nombre y que constituye un cambio en el enfoque teórico. El eje central anterior, de carácter asistencialista y fundamentalmente proveedor de métodos anticonceptivos orientado específicamente a mujeres en condiciones de extrema pobreza, visto como forma de superar la reproducción de la pobreza, gira hacia “una perspectiva programática orientada a la salud integral, sexual y reproductiva gestionada internamente por el Servicio de Salud de Asistencia Externa y ejecutada por sus centros de salud y otros actores de la comunidad” (MSP, 2001) y dirigida a toda la población usuaria del sistema público de salud.

El cambio de enfoque del binomio madre-hijo al binomio mujer-niño intenta romper con un modelo “*hegemónico e internalizado por el personal y las mujeres usuarias, que se impone en la dinámica de los centros de salud, condicionando la cartera de servicios ofrecidos a la población,*

¹⁹⁶ La propuesta normativa fue entregada al Ministro de Salud Pública. Dicha propuesta nunca fue aprobada.

las prácticas profesionales concretas, la construcción de las demandas y la decodificación del discurso de las usuarias". (López, et. al, 2002, pp.131-132).

El enfoque teórico que rige el nuevo programa trata de superar el modelo que considera a las mujeres primero que nada como madres, en el entendido de que la maternidad es su destino fundamental e inequívoco.

Cabe aclarar que si bien el MSP, a través de su sistema de atención primaria a la salud, intenta la implementación de un Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad integral, con una perspectiva de género y basado en el respeto de los derechos individuales de mujeres y varones, su éxito es relativo dada su corta existencia y dadas las innumerables tensiones que debe afrontar. Entre ellas señala López:

“La tensión entre los enfoques de lo materno-infantil y la salud reproductiva, lleva a una reducción del concepto de salud integral y salud reproductiva, restringiendo su contenido a la planificación familiar....desde la óptica de las mujeres usuarias, la tensión se expresó por la naturalización y jerarquización de la maternidad y su atención sanitaria, mientras que las prácticas preventivas de autocuidado son frecuentemente postergadas, reconociéndose ante ellas sentimientos de temor, vergüenza y ajenidad” (López y otros, 2002, p.132).

La estrategia de instrumentación del Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad difiere entre la Capital y el resto del país:

- En Montevideo, se crea el Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM), que funciona a través de los diez centros de salud del Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE) y que, fundamentalmente: a) facilita a las usuarias del SSAE la elección informada de métodos de planificación familiar y el acceso a los mismos; b) favorece a las mujeres gestantes el cuidado y control adecuado del embarazo, parto y puerperio; c) implementa en forma sistemática la prevención y detección precoz del cáncer de cuello uterino, de cáncer de mama y enfermedades de transmisión sexual; d) desarrolla espacios grupales de capacitación de los equipos técnicos de los servicios en salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género; e) desarrolla espacios grupales de sensibilización e información a las usuarias en temas de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género.
- En el interior del país, a través del área mujer-niñez (localizado en el Hospital Pereira Rossell de Montevideo), se instrumentan los servicios de salud reproductiva hacia todo el país. El desarrollo de las prestaciones de anticonceptivos es desigual en los departamentos y no abarca, al día de hoy, a todos los servicios de salud. Es de destacar que, a diferencia de Montevideo, son servicios de anticoncepción más que de salud reproductiva y sexualidad.

El SIM tiene una derivación, el Programa Septiembre, que se inaugura en septiembre del 2002 y que apunta a la atención específica de las adolescentes. Su objetivo es contribuir a mejorar las condiciones de salud de las madres adolescentes del subsector público de Montevideo a partir de la captación desde el puerperio, brindando información y servicios de anticoncepción a la adolescente y su pareja para prevenir el siguiente embarazo y estimular otras posibilidades más allá de la maternidad como único proyecto de vida. Este programa se realiza con la coordinación de los programas del MSP, la IMM y el Programa “Adolescencia, Infancia y Familia en Situación de Riesgo” de la Secretaría de la Presidencia de la República. Es relevante que, más allá de los alcances de un programa específico para adolescentes, se inicia un proceso de articulación de diversas instituciones públicas para el logro de un objetivo común: salud sexual y reproductiva de las mujeres y el respeto de sus derechos.

2. Programa de la Intendencia de Montevideo

El Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM, de 1996 a la fecha), supone una coordinación intrainstitucional entre la Comisión de la Mujer y la Comisión de Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM). El modelo conceptual que orienta este programa tiene mayores puntos teóricos de encuentro con el segundo programa implementado por el MSP (Área Mujer-Niñez, Programa Salud Integral de la Mujer). El mismo se basa en tres ejes fundamentales: a) la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y el empoderamiento de las mujeres a partir del desarrollo de sus capacidades individuales; b) la participación comunitaria a través del fortalecimiento de grupos de mujeres (comisiones de vecinas) como apoyo al desarrollo del programa. Estas comisiones son las que tienen a su cargo la administración de los métodos y son el nexo entre el servicio médico y la comunidad; y c) capacitación de los recursos humanos de la salud en la perspectiva de género y los derechos en salud reproductiva y sexualidad.

El eje conceptual del PAIM no está puesto en el aspecto asistencial (proveedor de métodos anticonceptivos), sino en el desarrollo personal de mujeres y varones —donde la sexualidad y la reproducción son uno de los aspectos de la vida— que les permite incorporar elementos para el ejercicio libre, igualitario y saludable de su sexualidad y reproducción.

Es en este sentido que la IMM apuesta desde el inicio, a un cambio en el modelo de atención de la salud reproductiva y sexual, con un enfoque de género, basado en el respeto de los derechos, necesidades e intereses de mujeres y varones. Para ello elabora, por un lado, planes de capacitación y sensibilización al equipo técnico de la salud, de modo de generar un cambio en sus enfoques y prácticas. Se entiende aquí que el “cambio” debe operarse en todos los actores involucrados, entre ellos los operadores de la salud son claves en este proceso de construcción de un nuevo modelo de salud. Por otro lado, promueve la participación activa de las mujeres en distintas instancias de la implementación del PAIM, con el objetivo de que asuman responsabilidades de manejo y organización que apoyen el programa, cuestiones que facilitan el empoderamiento de las mismas. También desarrolla una estrategia de capacitación dirigida fundamentalmente a las mujeres (el intento hacia los varones no se ve cristalizado), que permita internalizar nuevas pautas de valor y comportamiento en relación con su sexualidad y reproducción.

El PAIM se inicia con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas y continúa con fondos del gobierno municipal y el aporte de la comunidad a través del pago de los costos de los anticonceptivos. El Programa de la IMM fue concebido desde un inicio como un servicio que formaba parte del sistema de salud ofrecido por la Intendencia y no como un programa especial, vale decir que, a diferencia del Programa de “Maternidad y Paternidad Elegida”, contó desde el comienzo con un compromiso real y efectivo por parte de las autoridades municipales.

La población objetivo del programa de la IMM son las mujeres de sectores populares, desde la adolescencia en adelante, del Departamento de Montevideo. El PAIM se implementa a partir de las 20 policlínicas municipales ubicadas en los barrios de Montevideo, 4 policlínicas en convenio con asociaciones civiles de vecinos y 3 consultorios móviles. Cuenta con tres subprogramas:

- Maternidad Informada y Voluntaria, que tiene como objetivo generar actitudes y comportamientos responsables y conscientes con relación a la sexualidad y la reproducción de las mujeres de Montevideo pertenecientes a sectores populares y usuarias de las policlínicas municipales. El programa incorpora métodos anticonceptivos (orales, diu y preservativos) a la cartera de prestaciones de los servicios municipales. Recientemente se introduce la anticoncepción de emergencia. Los fondos iniciales para la compra de anticonceptivos provienen del apoyo del FNUAP. Desde un inicio, las usuarias deben abonar el costo de los mismo como forma de generar un fondo que permita la

reposición de los anticonceptivos. La administración de estos fondos se realiza por parte de comisiones formadas por las propias mujeres de la comunidad.

- Atención Integral del Embarazo y el Puerperio, que apunta al desarrollo de un modelo de atención que contemple y respete el contexto social y cultural de las mujeres, así como sus necesidades.
- Prevención del Cáncer Génito Mamario, que tiene como objetivo la toma de conciencia, por parte de las mujeres, en cuanto al cuidado de su cuerpo respecto a su salud reproductiva y sexual, como forma de disminuir la incidencia de cáncer génito mamario y las enfermedades de transmisión sexual.

3. Programa de la Presidencia de la República

El Programa Adolescencia, Infancia y Familia en Riesgo tiene entre sus objetivos el diseño de un Programa de disminución del embarazo precoz. La Secretaría de la Presidencia tiene a su cargo este proyecto, que comienza en el 2003 y que se co-ejecuta con el MSP y la IMM. La estrategia se centra en acciones que promuevan la aproximación de las adolescentes a los centros de salud. Para ello se están capacitando adolescentes en 200 áreas de influencia, en Montevideo y el interior del país. Se entiende que son las propias adolescentes las que tienen que ser el nexo con el resto de los adolescentes para lograr el vínculo entre la comunidad y los centros de salud. Este Programa ya fue aprobado por el BID, y el MSP tiene que decidir si acepta su rol de co-ejecutor.

En suma, podemos señalar que al finalizar el siglo XX y a partir de la conjugación de diversos intereses y preocupaciones (fecundidad adolescente, aborto en condiciones precarias y la reproducción de la pobreza), el comportamiento reproductivo se convierte en un tema que concita la atención de actores sociales y políticos y del Estado mismo. Se plasma la puesta en marcha de programas que, en mayor o menor medida, apuestan a desarrollar un modelo de salud reproductiva y sexualidad que brinde condiciones adecuadas para que las mujeres, a la vez que puedan planificar y controlar su reproducción, puedan cuidar y conocer su cuerpo, disfrutar de la sexualidad con independencia de la reproducción y alcanzar relaciones más igualitarias entre mujeres y varones.

Si bien no se puede decir que efectivamente el país haya alcanzado una reforma en el sector de la salud con relación a la reproducción y la sexualidad, sí se han procesado importantes transformaciones. Estos cambios, a pesar de depender de las individualidades e intereses de quienes estén ocasionalmente al frente de la dirección de las instituciones antes que de una política de Estado, y a que están dirigidas esencialmente a los sectores sociales bajos de la estructura social, están abriendo una brecha hacia el logro de una política nacional en salud reproductiva y sexualidad.

Algunas inferencias que se pueden realizar en torno a posibles impactos de estos programas lo constituyen el tenue descenso de la tasa de fecundidad adolescente a partir de 1997 (entre 1997 y 2000 desciende 22% la fecundidad entre 10 y 14 años y un 15% la 15 y 19 años) y el descenso de la mortalidad materna por el aborto en condiciones de riesgo (en el 2001 se reduce al 50% en relación al año anterior y en el 2002 al 25% respecto del 2001).¹⁹⁷ En relación al descenso de la fecundidad en el conjunto de mujeres en condiciones de pobreza, no se cuenta con la información necesaria como para poder evaluar este fenómeno.

Por otro lado, el análisis de los programas desarrollados nos permite ver las limitaciones a las que ellos se enfrentan.

En el caso del MSP se observan como limitantes: a) la incertidumbre en cuanto a la continuidad de los programas por cuanto aún están sujetos a decisiones individuales de las

¹⁹⁷ Entrevista al Director del Servicio de Salud de Asistencia Externa del Ministerio de Salud Pública.

jerarquías de turno y no a decisiones del Estado; b) la falta de una política nacional que proporcione salud sexual y reproductiva a todas las mujeres del país y no solamente a aquellas en condiciones carenciadas; c) la existencia de dificultades para la implementación más allá de Montevideo, debido a la escasa descentralización de la atención de la salud y al excesivo aparato burocrático interviniente; d) la resistencia del cuerpo médico a una prestación gratuita que tradicionalmente no se daba en los servicios públicos; e) la necesidad de brindar mayor formación en salud reproductiva y sexualidad tanto al personal técnico de la salud como a las mujeres; f) la no integración de los varones en la responsabilidad de la salud reproductiva; g) la insuficiente coordinación interinstitucional que impide trascender la sectorialización de las políticas; h) la existencia de una estrategia débil hacia los jóvenes (tanto para las mujeres como para los varones), i) la falta de una política de educación sexual, inserta desde el sistema educativo, que refuerce una política nacional de salud reproductiva; j) la necesidad de trascender efectivamente el modelo asistencialista basado esencialmente en que el Estado sea proveedor de métodos anticonceptivos.

Por su parte, del análisis del programa de la IMM se desprende que, si bien desde un inicio el mismo parte de un modelo conceptual que se orienta a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y al empoderamiento de las mujeres, hoy en día no logra todavía trascender a un programa que vaya más allá de la información y proveedor de métodos anticonceptivos. Algunas de las limitaciones se vinculan, como en el caso del MSP, a: a) la necesidad de mayores recursos humanos y financieros; b) el bajo éxito en el logro de participación comunitaria; c) la necesidad de una mayor capacitación para los técnicos del equipo de salud y las mujeres; d) la no integración de los varones en la responsabilidad de la salud reproductiva; e) la inexistencia de una estrategia fuerte dirigida hacia los jóvenes (tanto para mujeres como para los varones).

La limitante mayor que podemos encontrar en ambos programas es que ninguno de ellos alcanza a todas las mujeres de la sociedad, independientemente de su condición social. Sin embargo, queda claro que la salud reproductiva y sexual de la población hoy en día es un tema que está presente en la agenda política y social del país, no sólo por los avances en la consolidación de programas al respecto sino por la presencia, en el Poder Legislativo, de un proyecto de ley de “defensa de la salud reproductiva” que cuenta con media sanción. Este proyecto constituye un cambio muy importante para el país porque no sólo refiere a la prestación del aborto, lo que lo coloca como parte de un contexto de derechos sexuales y reproductivos, sino que establece medidas que abarcan al conjunto de la población en relación con la sexualidad y la reproducción: educación sexual y servicios de salud reproductiva. Cuestiones estas que contribuyen a la superación del concepto de control natalista a un concepto integral de la reproducción y la sexualidad, basado en los derechos individuales de las personas.

V. Conclusiones

Uruguay es un país que enfrenta fenómenos demográficos serios, alguno de los cuales tiene larga existencia: descenso paulatino del nivel de la fecundidad, que puede llegar a niveles inferiores al reemplazo; el consecuente envejecimiento de la población; a lo que se une un creciente proceso emigratorio internacional.

La respuesta por parte del Estado y de los actores políticos ha sido escasa, tanto con relación a la promoción de medidas para enfrentar el paulatino descenso de la fecundidad como al tema emigratorio. En lo que es nuestro tema de análisis, el de la fecundidad, el Estado ha estado remiso en la elaboración y puesta en ejecución de programas que contemplaran la salud reproductiva y sexual de las mujeres.

Sin embargo, no se puede desconocer que en la primera mitad del siglo XX hubo un par de antecedentes relevantes en torno a la preocupación por el descenso de la natalidad y el aborto en

condiciones inseguras. Las arduas discusiones de entonces culminaron con la aprobación de una ley de despenalización del aborto en 1933 (con una duración muy breve) y con la ley de Asignaciones Familiares (1943) que, entre otras cuestiones, tuvo como objetivo combatir el bajo índice de natalidad, el descenso de la nupcialidad y la morbimortalidad infantil.

Recién en los años noventa algunos actores políticos, diversas organizaciones sociales y el Estado mismo muestran su preocupación ante la emergencia de algunos fenómenos sociodemográficos visualizados como amenazas: el incremento de la fecundidad adolescente, el promedio de hijos tenidos por las mujeres de los sectores sociales más desprotegidos, el aumento de la mortalidad por la práctica del aborto clandestino, y la reproducción creciente de la pobreza. Ante ellos surgen respuestas que para unos estarán centradas en el combate a la pobreza y para otros en los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y varones.

Estas respuestas se plasman en la implementación de Programas de Salud Reproductiva y Sexualidad en la órbita del MSP y de la IMM. Estos programas, que se inician en forma independiente y que presentan planteos conceptuales que tienen algunas diferencias, en su desarrollo y accionar logran confluir y articular esfuerzos y concepciones. La puesta en marcha de estos programas posibilita, fundamentalmente a las mujeres de sectores populares, tener a su alcance ciertos elementos que les permiten un ejercicio conciente y seguro de su sexualidad y reproducción, basada en el respeto de sus derechos e intereses.

Es necesario destacar que, en la medida en que estos programas no estén acompañados por otras políticas sociales, pueden incrementar el descenso del nivel de la fecundidad, con el consecuente aumento del envejecimiento de la población y el decrecimiento de la misma. Es decir que el ataque al problema de la pobreza, al ser concebido de manera parcial y no dentro de una planificación global que contemple el conjunto de los problemas sociodemográficos, puede generar consecuencias no necesariamente deseadas en otros ámbitos de esta problemática.

Por último, y a pesar de las limitantes que se hayan podido observar, la salud reproductiva y sexual de la población alcanzó un lugar en la agenda política y social del país, que difícilmente pueda tener marcha atrás. Se puede confiar que las actuales circunstancias se encaminen hacia una política nacional, que incluya a los diferentes sectores sociales, incorporando la diversidad de situaciones y modalidades de reproducción y que permita superar la brecha existente entre hijos deseados e hijos tenidos.

Bibliografía

- Arguello, Omar (1995), "Desarrollo económico, políticas sociales y población", en: *Las Políticas de Población en América Latina y el Caribe. Algunas reflexiones en el umbral del siglo XXI*. Ed. CELADE, Santiago de Chile.
- Barrán, José Pedro y Benjamín Nahúm (1979), *El Uruguay del Novecientos. Batlle, los estancieros y el Imperio Británico*. Tomo 1, Ed. Banda Oriental, Montevideo.
- BID/CEPAL/CELADE, (1996), *La transición demográfica en América Latina*. Actualizado con datos Boletín Demográfico N° 62, Ed. CELADE, 1998. Santiago de Chile.
- Cabella, Wanda (1998), "El divorcio en Uruguay. 1950-1995". *Notas de Población n° 67/68*. Ed. CEPAL-CELADE, Santiago de Chile.
- Calvo, Juan José (2000), (con colaboración) GIRADLES, CARLOS. "Las Necesidades Básicas Insatisfechas en Uruguay, de acuerdo al Censo de 1996". Ed. *Programa de Población* – Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo.
- Cardozo, Ramón y Cr. Walter Foladori (1970), *"Régimen de Asignaciones Familiares del Uruguay"*, s.e., Montevideo.
- CELADE, MSP, FNUAP, OPS (1994), *"Mujer y fecundidad en Uruguay"*. Ed. Trilce, Montevideo.

- CELADE (2002), América Latina y Caribe. “Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050”. *Boletín Demográfico* N° 69. Ed. Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- CEPAL (2001), “*Panorama social de América Latina. 2000-2001*”. Ed. Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- Chackiel, Juan y Susana Schkolnik (1996), “Latin America: Overview of de Fertility Transition, 1950-1990” en Guzmán, J. M.; Singh, S.; Rodríguez, G y Pantelides, E. (eds). *The Fertility transition in Latin America*, IUSSP, Clarendon Press Oxford.
- Dirección General de Estadística y Censos (D.G.E.C.) (1990), “*Las Necesidades Básicas en el Uruguay*”. Ed. D.G.E.C., Montevideo.
- ___ (1963, 1975, 1985), “*Estadísticas Vitales*”. Ed. D.G.E.C., Montevideo.
- ___ (1963, 1975, 1985), “*Censos de Población y Viviendas 1963, 1975, 1985*”. Ed. D.G.E.C, Montevideo.
- FNUAP-MIDEPLAN (1994), “*Población y necesidades básicas en Chile 1982*”. Ed. MIDEPLAN, Santiago de Chile.
- Instituto Nacional de Estadística (INE), “*Estadísticas Vitales, 1996, 1997-2000*”. Ed. INE, Montevideo.
- ___ “*Censo de Población y Viviendas, 1996*”. Ed. INE, Montevideo.
- López, Alejandra, Susana Rostagnol (1999), “Salud Sexual y Reproductiva” en: “*El Estado Uruguayo y las Mujeres. Monitoreo de políticas públicas*”. Comisión Nacional de seguimiento a los compromisos de Beijing. Ed. Cotidiano Mujer, Montevideo.
- ___ (1998), “Políticas Públicas, sexualidad y salud reproductiva”, en: “*Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad*”. Ed. AEPa, CEDES, CENEP, Buenos Aires.
- López, Alejandra, W. Benia, M. Contera, L. Echeveste, C. Guida (2002), “Del Enfoque Materno Infantil al enfoque de la Salud Reproductiva”. *Tensiones obstáculos y perspectivas. Informe de investigación*. Facultad de Psicología - Universidad de la República; Ministerio de Salud Pública, Montevideo.
- Ministerio de Salud Pública (M.S.P.) (2001), “*Propuesta de Líneas Programáticas de Programa Salud Integral de al Mujer* (Programa SIM). Ed. M.S.P., Montevideo.
- Pantelides, Edith, R. Geldstein, G. Infesta (1995), “*Imágenes de género y conducta reproductiva*”. Ed. Centro de Estudios de Población (CENEP), Buenos Aires.
- Paredes, Mariana (2003), “Los cambios en la familia en Uruguay: ¿hacia una segunda transición demográfica?”. En: *Nuevas formas de familia*. Ed. UNICEF, (en prensa), Montevideo.
- Paredes, Mariana y Carmen Varela (2001), “*Aproximación sociodemográfica al comportamiento reproductivo y familiar en Uruguay*”. Ed. MYSU, Montevideo.
- Pellegrino, Adela, Juan José Calvo, Andrés Peri, Carmen Varela (1995), “*Atlas Demográfico del Uruguay: indicadores sociodemográficos y de carencias básicas. Uruguay, 1985*”. Ed. Fin de Siglo. Montevideo.
- Pellegrino, Adela (1997), “Vida conyugal y fecundidad en la sociedad uruguaya del siglo XX: una visión desde la demografía”, en Barrán, José Pedro; Caetano, Gerardo y Porzecanski, Teresa (directores). *Historias de la vida privada en Uruguay*. Tomo 3. “Individuos y soledades 1920-1990”. Ed. Banda Oriental, Montevideo.
- Pellegrino, Adela y Raquel Pollero (1998), “*Fecundidad y situación conyugal en el Uruguay. Un análisis retrospectivo. 1889-1975*”. Seminario Internacional “Cambios y continuidades en los comportamientos demográficos en América: la experiencia de cinco siglos”, Córdoba.
- Pollero, Raquel (1994), “Transición de la Fecundidad en Uruguay”, Serie *Documentos de Trabajo*, N° 17, Ed. Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo.
- Rostagnol, Susana (2001), “Encruzilhadas Estado-Sociedade Civil em Saúde reprodutiva no Uruguai”, en “*Saúde reprodutiva na esfera pública e política*”. Oliveira, Ma. Coleta; Baltar da Rocha, Ma. Isabel (org), Ed. Da UNICAMP/NEPO, Brasil.
- Sapriza, Graciela (2002), “Entre el deseo y la norma. La despenalización del aborto en Uruguay (1934-1938).” En: *Dossier: Aborto en el Uruguay*. Comisión Nacional de Seguimiento de Beijing-Mujer y Salud en el Uruguay (MYSU), www.chasque.net/comisión/dossieraborto/cap6_9.htm.
- Varela, Carmen (1999), “La Fecundidad Adolescente: una expresión de cambio del comportamiento reproductivo en el Uruguay”. En: *Revista Salud Problema*, 4/Número 6/. Ed. Nueva Epoca/Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM), México, D.F.
- ___ (1997), “Implicaciones de las políticas de población y salud en el embarazo adolescente en Uruguay”. *Documentos de Trabajo*, N° 38. Ed. Programa de Población - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo.
- Villa, Miguel (1995), “La singularidad de las políticas de población en América Latina y el Caribe en las postrimerías del siglo XX”, en: “*Las Políticas de Población en América Latina y el Caribe. Algunas reflexiones en el umbral del siglo XXI*”. Ed. CELADE, Santiago de Chile.

Sesión VII: Consecuencias socioeconómicas y demográficas del descenso de la fecundidad

Envejecimiento y descenso de la fecundidad: algunas relaciones y efectos

José Miguel Guzmán¹⁹⁸

I. Introducción

Existe preocupación por los efectos del proceso de envejecimiento demográfico en las sociedades desarrolladas y también, de forma creciente, en los países en desarrollo. En la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en Madrid en abril de 2002, los países del mundo acordaron un Plan de Acción que incluye acciones en tres áreas prioritarias: Seguridad económica, salud y entornos saludables. El documento acordado señala que “*Una transformación demográfica mundial de este tipo tiene profundas consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional. Todas las facetas de la humanidad —sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas y espirituales— experimentarán una evolución*” (Naciones Unidas, 2002a).

Esta transformación demográfica, expresada en la conformación de una nueva estructura por edades, es el resultado de la transición demográfica y, específicamente, de los cambios en la fecundidad y en la mortalidad que este proceso trae consigo. Llama la atención el

¹⁹⁸ Oficial a Cargo, Área Población y Desarrollo CELADE-División de Población, CEPAL.

hecho de que el Plan de Acción de Madrid sobre el envejecimiento no haga explícito el aporte de la baja de la fecundidad al envejecimiento poblacional y sólo se otorgue a la disminución de la mortalidad, y especialmente a la mayor longevidad, el rol más importante en este cambio demográfico.¹⁹⁹

En América Latina y el Caribe, el descenso extraordinario de la fecundidad, especialmente desde mediados de la década del 60, conjuntamente con el aumento de la esperanza de vida y el descenso de la mortalidad, especialmente en edades avanzadas, tienen impactos considerables en la estructura por edades. Fruto de estas tendencias, todos los países, con diferentes características e intensidades, han venido experimentando en las últimas décadas un proceso sostenido de envejecimiento demográfico. Este cambio se observa con cualquier indicador de envejecimiento demográfico que usemos. Se trata no sólo de un proceso generalizado, ya que en todos los países de la región la población de 60 años y más muestra un incremento sustancial, sino que también un proceso que se produce con mayor rapidez de lo que fue históricamente en los países desarrollados (Naciones Unidas, 2002a).

Lo que hace más preocupante este cambio demográfico es el contexto social y económico de la mayoría de los países de la región, caracterizado por una alta incidencia de la pobreza, una persistente y aguda inequidad social y un escaso desarrollo de la seguridad social y otras formas de protección social (Guzmán, 2002). Por ello, la posibilidad de enfrentar los problemas de un número creciente de personas mayores, que tienen además un peso relativo cada vez mayor, dependerá no sólo del crecimiento económico que tengan los países sino también de la capacidad del Estado para generar y aplicar políticas públicas de gran cobertura —especialmente en las áreas de seguridad social, salud y otras políticas de asistencia social. Sin embargo, también dependerá de las formas de organización familiar y comunitaria y de cómo estas instancias integren el apoyo a las personas mayores y complementen sus necesidades.

Como es de esperar, el aumento relativo y absoluto de la población mayor tiene impactos significativos en el nivel agregado. Pero estos cambios demográficos también llevan a grandes transformaciones a nivel micro, especialmente en cuanto a las estructuras familiares y a las posibilidades de interacción y apoyo que pueden tener las personas cuando llegan a edades avanzadas; es decir, al cuadro de relaciones y transferencias intergeneracionales que se establecen en contextos en que hay pocos descendientes y los ascendientes viven cada vez más. En este escenario, una perspectiva necesaria es aquella que considera el envejecimiento en la perspectiva del ciclo de vida.²⁰⁰

En este trabajo se analizan algunos de las relaciones entre el proceso de envejecimiento y el cambio de la fecundidad. En primer lugar, se muestra la magnitud del envejecimiento demográfico y sus interrelaciones con las demandas en la seguridad social y salud. En segundo lugar, se analizan algunas relaciones entre envejecimiento, transferencias intergeneracionales y apoyos familiares.

II. Envejecimiento demográfico en América Latina y el Caribe

1. Tendencias

Aunque hay diferencias importantes entre países y dentro de estos, la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementarán sostenidamente en los próximos decenios

¹⁹⁹ Tal vez por el temor de que se evoque el fantasma de que dado que la baja de la fecundidad lleva al envejecimiento y éste es negativo, entonces la baja de la fecundidad es negativa.

²⁰⁰ Se ha criticado recientemente el peso extraordinario que ha tenido en los estudios en países desarrollados, especialmente en los Estados Unidos, el estudio del envejecimiento desde la perspectiva del ciclo de vida, y que se habría abandonado un enfoque macro que toma cuenta de los grandes cambios sociales, económicos y tecnológicos (Hagestad y Dannefer, 2001). En América Latina, sin embargo los avances en la investigación del envejecimiento son escasos tanto en el enfoque macro como el micro.

en todos los países de la región (véase cuadro 1). En términos absolutos, entre los años 2000 y 2025, 57 millones de adultos mayores se sumarán a los 41 millones existentes y entre 2025 y 2050 ese incremento será de 86 millones de personas. En términos de la rapidez de este cambio, la tasa de crecimiento entre los años 2020 y 2025 será de 3,5%, es decir, el cambio se producirá tres veces más rápidamente que en la población total.

Cuadro 1

**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE:
PROPORCIÓN Y TASAS DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, 2000-2050**

País	Población de 60 y más años de edad (%)			Tasa de crecimiento	
	2000	2025	2050	2020-2025	2025-2050
Uruguay	17,2	19,6	24,5	1,2	1,3
Argentina	13,3	16,6	23,4	1,9	1,9
Cuba	13,7	25,0	33,3	2,6	0,9
Barbados	13,4	25,2	35,4	2,8	1,0
Chile	10,2	18,2	23,5	3,3	1,5
Brasil	7,9	15,4	24,1	3,7	2,3
México	6,9	13,5	24,4	3,8	2,8
República Dominicana	6,5	13,3	22,6	3,9	2,8
Bolivia	6,2	8,9	16,4	3,3	3,4
Paraguay	5,3	9,4	16,0	4,4	3,3
Honduras	5,2	8,6	17,4	4,0	3,9
Total América Latina y el Caribe	8,0	14,1	22,6	3,5	2,5

Fuente: Guzmán (2002).

Puede verse que este fenómeno se irá produciendo en todos los países, aunque en aquellos de transición demográfica tardía el efecto se verá en un futuro menos cercano. En éstos últimos, a pesar de que no se aprecie a corto plazo un cambio significativo en la proporción de personas mayores de 60 años, esta población crecerá rápidamente (tasas cercanas al 4 %) y en consecuencia, incluso estos países se verán en la necesidad de optar por cambios en sus políticas públicas para adaptarlas a las demandas de esta población creciente.

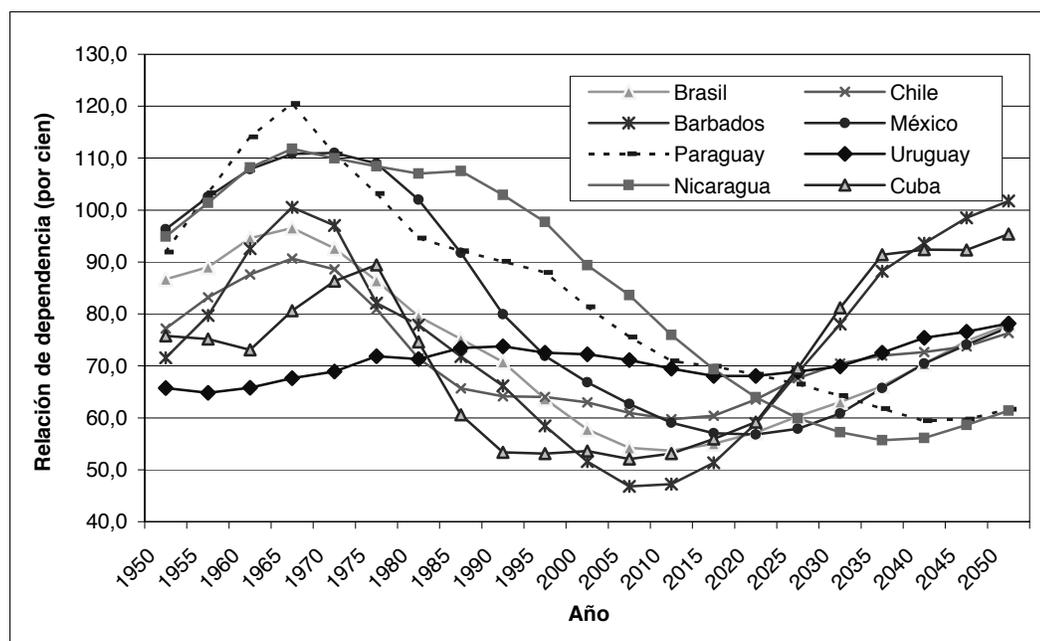
Cuando se compara la situación de los países de la región con la situación de los países europeos, se observa que en muchos de nuestros países la proporción de personas de 60 años y más alcanzará sólo en 2050 las proporciones que se observan actualmente en países desarrollados (Naciones Unidas, 2002b). Por ejemplo, Paraguay tendrá para 2050 una proporción de personas de 60 años y más de 16%. Esta cifra es similar a la que muestra Francia en la actualidad. ¿Significa esto que en los países de la región los retos del envejecimiento son menores o despreciables? Claramente, la respuesta es no. Lo que nos dicen estos datos es que Paraguay tiene una ventana de oportunidades de 50 años para desarrollarse y desarrollar sistemas de seguridad social con una cobertura y tasas de reemplazo como los que existen hoy en Francia. Es cierto de que en este país, así como en muchos países europeos estos sistemas basados en el reparto están expuestos a crisis importantes, pero también es cierto que cuentan con mecanismos para solucionarlos a través de cambios en los parámetros del sistema, como son el tiempo mínimo de cotización, la elevación de la edad al retiro o la disminución de la tasa de reemplazo.

Aunque no se considere que existe una “crisis del envejecimiento”, existe crecientemente un consenso de que ni las posiciones alarmistas ni las conformistas son razonables y que mas bien se trata de aprovechar la ventana de oportunidades presente para estar preparados para el futuro (National Research Council, 2001).

2. Efectos demográficos de la transición asociados al envejecimiento

Las tendencias en el envejecimiento demográfico suelen ser también analizadas a la luz de las relaciones entre las personas que tienen una mayor probabilidad de ser dependientes (mayores y niños) y la población en edad de trabajar. Las tendencias en el índice de dependencia demográfica muestran que en una primera instancia el cambio de la fecundidad lleva a una disminución de este índice, porque empieza la disminución de la parte baja de la pirámide sin que se inicie aún un aumento sostenido de la parte más elevada (la población mayor) (gráfico 1). Pero, a diferentes momentos según el grado de avance en cada país de la transición demográfica, este índice empieza de nuevo su aumento. Lo que haría particularmente importante este incremento desde el punto de vista del gasto público es que esta relación de dependencia, como lo muestra el gráfico 2, estaría cada vez más determinada por el peso de la población de 60 años y más, que está supuesta a ser aquella más costosa desde el punto de vista de la atención de salud y la cobertura de la seguridad social.

Gráfico 1
RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1950-2050



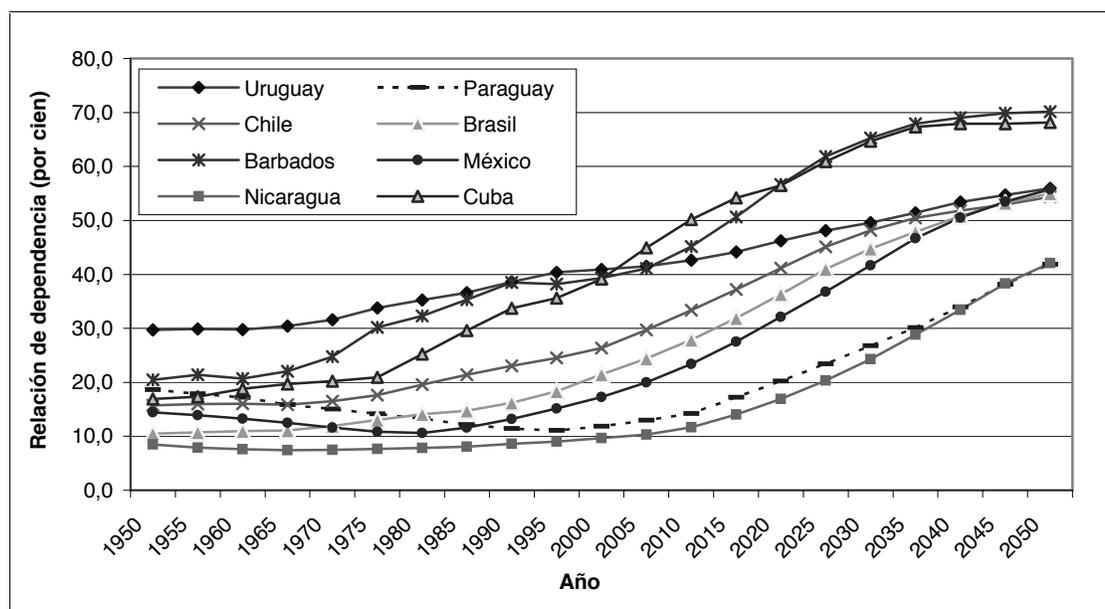
Fuente: base de datos sobre estimaciones y proyecciones nacionales de población, CELADE.

Los retos que plantea el envejecimiento rápido de la población no deben obstaculizar la visión de un período que muchos países podrán aprovechar. Las condiciones del mercado laboral latinoamericano con su alta incidencia de la informalidad y escasa capacidad de absorción en empleos bien remunerados y la inversión en educación limitada dejan entrever que, en nuestra región, las ventajas de la baja de la fecundidad están lejos de ser aprovechadas y más bien constituyen una carga, especialmente en lo que respecta a garantizar empleos productivos para esta

población en edad laboral proporcionalmente elevada. Si esto se mantiene nos enfrentamos entonces a los retos del envejecimiento con mayores dificultades para lograr el éxito en las políticas relativas a garantizar una buena calidad de vida en la vejez.

Asimismo, se ha subrayado que, al menos durante un período, la magnitud de la población infantil y juvenil seguirá aumentando en varios de los países de la región, por lo que aquellas necesidades originadas en el envejecimiento coexistirán con las inherentes a las de edades menores, lo que incidirá en un necesario reajuste de las relaciones intergeneracionales (Villa, 2002).

Gráfico 2
CONTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS A LA RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA. PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 1950-2050



Fuente: base de datos sobre proyecciones y estimaciones nacionales de población, CELADE.

3. Efectos de la fecundidad en el envejecimiento poblacional

Diversos estudios han mostrado el peso de las variables demográficas, especialmente de la fecundidad y la mortalidad en los cambios en la estructura por edades y en el envejecimiento demográfico (Partida, 1998; de Mello Moreira, 2000). Como es sabido, en condiciones de fecundidad y mortalidad constante (población estable), cada combinación de mortalidad y fecundidad lleva implícita una estructura por edades de la población. En condiciones cambiantes, como las que experimentan efectivamente los países, el efecto de la fecundidad en la estructura por edad puede verse a corto y mediano y largo plazo. A corto plazo, el cambio de la fecundidad al afectar la base de la pirámide afecta por lo tanto el peso relativo de la población adulta y adulta mayor. A mediano y largo plazo, este cambio se va trasladando en la estructura por edades y lleva a un abultamiento de las cohortes mayores y por tanto de la población mayor, con lo cual el efecto del envejecimiento demográfico se hace mayor, al menos por un cierto período.

Para cuantificar el efecto del cambio de la fecundidad en la estructura demográfica se presenta el caso de Brasil para el período 1950-2000. Se ha escogido Brasil por ser éste un país que se encuentra en una fase avanzada de su transición demográfica. Se han realizado tres proyecciones

de población, en adición a la proyección media realizada por el IBGE con el apoyo de CELADE. Se cuenta entonces con cuatro proyecciones: media, con fecundidad constante, con mortalidad constante y con fecundidad y mortalidad constantes. Estos escenarios se construyeron para los períodos 1950-2050 y 2000-2050.

Los resultados de la proporción de personas de 60 años y más en cada uno de los escenarios se muestran en el cuadro 2. Puede observarse que cuando se toma el período completo 1950-2050, el efecto de la fecundidad es significativo. Esto implica que de haberse mantenido constante la fecundidad se habría mantenido una estructura de la población con una proporción solo ligeramente mayor que en 1950. En cambio el efecto de la mortalidad es mucho menor.²⁰¹

Cuadro 2
BRASIL: PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS,
SEGÚN DIFERENTES ESCENARIOS

Escenarios	1950	2000	2050
Proyección 1950-2050			
Media	4,9	7,9	25,6
Fecundidad constante	4,9	4,9	5,3
Mortalidad constante	4,9	7,5	22,0
Ambas constantes	4,9	4,8	4,7
Proyección 2000-2050			
Media	4,9	7,9	25,6
Fecundidad constante	4,9	7,9	22,4
Mortalidad constante	4,9	7,9	20,1
Ambas constantes	4,9	7,9	19,1

Fuente: cálculos propios a partir de las proyecciones y estimaciones de población IBGE y CELADE.

Cuando se estructuran los escenarios sólo a partir de 2000, el efecto de la fecundidad en general es menor. Pero además de esto, el efecto de la fecundidad ya no es tan importante e incluso es menor que el de la mortalidad. Esto se explica por la transición de la fecundidad ocurrida entre 1965 y 2000 y por la continuidad en las ganancias sostenidas en la esperanza de vida implícitas en la proyección. Cabe hacer notar sin embargo, que los efectos de la fecundidad podrían ser sustancialmente mayores si las hipótesis de cambio futuro en esta variable la llevaran a valores bajo el nivel de reemplazo. De hecho, para Francia, país en el cual las ganancias futuras de la mortalidad son menores y la fecundidad se encuentra ya bajo el nivel de reemplazo, Calot y Sardon (1999) estiman que el curso del envejecimiento poblacional en las próximas décadas dependerá principalmente de la evolución de la fecundidad.

III. Algunos efectos del envejecimiento

La preocupación de los efectos del envejecimiento no puede ser considerada fuera de lo que son los efectos deseados de las políticas. En este sentido, ha ido surgiendo de forma creciente el interés por concebir la situación de las personas mayores en el marco del concepto de calidad de vida, con sus aspectos cuantitativos y cualitativos y con sus determinantes que van desde las

²⁰¹ Los resultados no son los mismos si analizamos los efectos en los tamaños de la población de 60 años y más. En este caso, la mortalidad juega un rol también importante en el escenario inicial.

políticas públicas que favorecen la salud y la seguridad económica de las personas hasta los apoyos informales potenciales o reales con que cuentan las personas mayores en las diferentes sociedades y grupos sociales.

En el plano de las políticas públicas, el paso de una sociedad más joven a una más envejecida requiere de una readecuación del conjunto de la sociedad a una nueva realidad. Implica readecuación en los sistemas de seguridad social, en la atención de salud, en la infraestructura urbana, en el diseño de los espacios públicos, y en otros aspectos.

1. Los efectos en la provisión de servicios de salud

Una población adulta mayor creciente plantea retos importantes en materia de salud pública. En primer lugar, se requiere de una readecuación de los servicios de salud para atender las necesidades específicas de esta población. Esta readecuación significa cambios en la infraestructura de servicios como también de las capacidades técnicas del personal de salud. En ambos casos, ello exige una redistribución del gasto de salud entre las generaciones y ello, en muchos casos, es una decisión política que está afectada, casi siempre, por el peso que cada grupo de interés tenga en la sociedad o por otras razones no siempre relacionadas con las necesidades de la población.

A los cambios requeridos arriba mencionados hay que agregar el surgimiento reciente de un nuevo paradigma de salud en la vejez en que se otorga un rol fundamental a la mantención de la funcionalidad y menos a las enfermedades propiamente tales.²⁰² Este cambio de paradigma implicaría también una redefinición de la inversión en salud para las personas mayores y en consecuencia llevaría posiblemente a costos distintos a los que se tendrían al mantener el actual esquema de atención de salud.

Un argumento válido a la hora de evaluar los efectos del envejecimiento en la atención de salud, es que el costo de salud en las personas mayores es mucho mayor que en las edades jóvenes. Por ejemplo, datos de México muestran efectivamente que este costo crece en forma sostenida con la edad, especialmente a partir de los 60-65 años, siendo cerca de dos veces superior al gasto en los niños menores de 5 años (Ham, 2003). En la medida en que se alarga el período que media entre la jubilación y la muerte, y se aumenta la proporción de los llamados “oldest old” el costo tendería a aumentar, principalmente a causa del mayor peso de las enfermedades crónicas y mayores necesidades de cuidado de largo plazo. No se dispone aún para los países de la región de muchas evidencias acerca de cómo irá a cambiar este costo en el futuro.

Una discusión sobre este tópico no es parte de este trabajo; sin embargo, cabe destacar que los costos de salud estarán determinados no sólo por la magnitud del grupo de personas de 60 años y más sino también por el tipo de servicio (promoción de salud, tratamiento de enfermedades, atención a las discapacidades, etc.) y por el rol que se le confiere a la familia y a las propias comunidades en el apoyo a las personas mayores.²⁰³ Justamente, cuando se habla del rol que se le confiere a la familia, en realidad se habla principalmente del rol que se le confiere a la mujer, especialmente a las hijas en el cuidado de sus padres. Como se verá más adelante, sería necesario analizar los elementos de competitividad entre el cuidado a los ancianos y a los niños al interior de la familia y ver sus posibles efectos en la fecundidad.

²⁰² El plan de Acción de Madrid 2002 subraya la necesidad de “... concentrarse en mantener la independencia, prevenir y demorar la aparición de enfermedades y discapacidades y proporcionar atención médica, y mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de las personas de edad que ya sufren discapacidades”. Se trata de un nuevo paradigma de salud que hace énfasis en la funcionalidad más que en las enfermedades.

²⁰³ Si se considera a la salud en la vejez de una manera más comprensiva, los costos que representaría estos incluirían aquellos costos visibles del gasto en promoción y atención de salud y también aquellos costos invisibles que se generan por la acción preventiva individual o por el apoyo dado por las familias y comunidades.

2. Seguridad social y protección social

Con variaciones importantes entre países, América Latina ha vivido en las dos últimas décadas, especialmente en los años 90 un proceso de reformas sustanciales en los sistemas de seguridad social con la introducción total o parcial del sistema de capitalización individual como sustituto o complemento de los sistemas de reparto. Llama la atención que el tipo de sistema introducido (sustitutivo, mixto o paralelo), no guarde relación con la situación del envejecimiento demográfico, pero más bien con parámetros relacionados con el financiero.

Hay acuerdo en que el envejecimiento de la población ejerce efectos importantes en los sistemas de pensiones, especialmente en aquellos basados en el reparto. Bravo (2000) ha mostrado que si bien este proceso de cambio demográfico no debe ser considerado en los países de la región como responsable principal de la viabilidad o no de los sistemas de reparto,²⁰⁴ si contribuye de manera significativa a la evolución de diferentes indicadores asociados con este sistema.²⁰⁵

Los efectos del envejecimiento poblacional también son aplicables a los sistemas basados en la capitalización o mixtos. Ello puede verse cuando se consideran las ganancias en la esperanza de vida a partir de la edad de jubilación observadas en todos los países y que se espera tiendan a incrementarse en el futuro. A mayor longevidad, el monto acumulado individualmente durante la vida laboral debe ser repartido en un período mayor, reduciéndose de este modo la tasa de reemplazo. Cabe subrayar, sin embargo, que otros factores no demográficos, como son la baja densidad de cotizaciones y los bajos salarios afectan aún más la tasa de reemplazo e incluso pueden limitar la posibilidad a acceder a la pensión de vejez.

Otra vía por la cual el envejecimiento demográfico también afecta a los sistemas de capitalización es la siguiente: Aún cuando éstos sean sustitutivos, como es el caso de Chile (el sistema de reparto solo existe para los viejos cotizantes que eligieron permanecer en él) una parte de la población queda fuera del acceso a una pensión contributiva, ya sea porque su densidad de jubilación no alcanzó el número de años mínimo requeridos o porque no participó del mercado de empleo formal o lo hizo como trabajador por cuenta propia. Esta población “excedente”, creciente debido al envejecimiento demográfico, debe ser captada por pensiones asistenciales. En Chile, por ejemplo, entre 1992 y 2000, la cobertura previsional de la población de 65 años y más pasó de 75,4% a 79,2 %; sin embargo, este aumento se debió a un aumento de las pensiones asistenciales que pasaron de 8,3 % a 14,7 %, en tanto que las pensiones contributivas bajaron de 67,1 % a 64,4% (Bretranou, 2003).

3. Transferencias intergeneracionales

Uno de los aspectos que ha llevado más discusión en los últimos años en los países desarrollados se relaciona con la dirección y magnitud de las transferencias entre generaciones, tanto a nivel agregado como al interior de la familia. Los estudios de Ronald Lee y otros (ver National Research Council, 2001) han mostrado que, contrariamente a lo elaborado por Caldwell (1976) en las sociedades tradicionales los flujos de riquezas van siempre de las generaciones más viejas hacia la más jóvenes. Contrariamente, en las sociedades desarrolladas, como Estados Unidos el flujo neto de recursos va en dirección opuesta. Lamentablemente, disponemos de escasa información para los

²⁰⁴ Otros parámetros del sistema (tasa de cotización, tasas de reemplazo (denominada “generosidad de las pensiones” por algunos autores) y condiciones de elegibilidad), incluyendo los problemas de administración del sistema²⁰⁴ pueden ejercer un rol más significativo aún.

²⁰⁵ Por su parte, Titelman (2003) encuentra que no existiría con los datos actuales una relación directa entre la razón de las pensiones respecto del PIB *per cápita* con indicadores del envejecimiento, pero sí con el monto de las pensiones. No obstante, esta conclusión válida en la comparación entre países puede no serla cuando se trata del análisis de un mismo país a través del tiempo. De hecho, este resultado se explica porque aquellos países de la región con mayor envejecimiento son también, en general, los que tienen un PIB *per cápita* más elevado.

países de América Latina y el Caribe sobre la magnitud y dirección de estas transferencias a nivel agregado y solo datos limitados de las transferencias a nivel individual o de hogares.

En términos de los gastos públicos, para los Estados Unidos (datos para la década de los años 80) estos flujos positivos hacia las personas mayores incluyen principalmente los gastos en pensiones y en segundo lugar en salud. Solo los costos de educación irían hacia las generaciones más jóvenes, pero son de menor cuantía que los otros gastos. A nivel de hogar, sin embargo, los flujos son distintos y van en sentido inverso y se relacionan principalmente con el costo de los hijos.

¿Qué sucede en América Latina y que relación pueden tener estas transferencias con el cambio pasado y futuro de la fecundidad?. Respecto a la primera pregunta, y en lo que respecta al apoyo de los padres a sus hijos adultos, tenemos dos tipos de datos. En primer lugar, aquellos de las encuestas de hogares analizados en el Panorama Social de la CEPAL 1999-2000. Estos datos muestran que, en aquellos hogares en que conviven adultos mayores con otras generaciones, los ingresos que reciben las personas mayores por jubilaciones y pensiones tienen un impacto en la reducción de la pobreza. Otros datos muestran los apoyos en materia de servicios que dan las madres, casi siempre mayores, a sus hijas en la maternidad y en el apoyo al cuidado de los hijos. Por ejemplo, a través de cálculos propios se ha obtenido para Chile con la encuesta CASEN 2000, que cerca de un 15 % de los niños de 2-5 años eran cuidados por los abuelos (más probablemente la abuela). Esta cifra representa un 50% de los casos en que los niños de esta edad no son cuidados por sus padres.

Otros datos que muestran el flujo en ambos sentidos provienen de las encuestas realizadas dentro del proyecto SABE, coordinado por la OPS en siete ciudades capitales de la región entre 1999 y 2000. En estas encuestas se analizaron las transferencias monetarias y otras de y hacia las personas adultas mayores. En análisis comparativo de estos datos (Saad, 2003) muestra que hay un flujo notable de recursos y servicios desde y hacia los adultos mayores. Si bien es cierto que tanto en lo que respecta a servicios como a dinero, hay una mayor proporción de adultos que recibe respecto a los que dan, el peso de los adultos mayores que dan apoyo monetario y en servicios es significativo y alcanza entre el 40 y el 60 % respecto al flujo de dinero. El hecho de que ambas cifras no sumen cien indica que una proporción recibe y da al mismo tiempo y actúan de este modo como redistribuidores de recursos al interior de sus familias. En todos los casos, los apoyos recibidos y dados vienen o van dirigidos principalmente a los hijos.

Cuadro 3
PORCENTAJE DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS
QUE DA Y RECIBE DINERO O SERVICIOS.
CIUDADES CAPITALES SELECCIONADAS.

Ciudades	Dinero		Servicios	
	Recibe	Da	Recibe	Da
Buenos Aires	59	42	68	60
Barbados	65	48	64	46
Brasil	61	49	78	64
Chile	72	54	69	57
Cuba	70	43	84	65
México	74	39	64	50
Uruguay	65	62	67	57

Fuente: encuestas SABE (Saad, 2003).

Parte de los recursos dados a los hijos se expresan en apoyo a la crianza y a la educación de los hijos. De este modo, la existencia de adultos mayores (padres o madres de los adultos en edad reproductiva) puede significar un apoyo para mantener un número determinado de hijos y contribuir así a que la fecundidad no baje más. Sin embargo, también hay que analizar en que medida los apoyos que requieren los padres mayores y que pueden ser competitivos con las necesidades de los hijos. En estos casos, la inversión en los hijos puede entrar en competencia con las obligaciones de cuidado y apoyo a los padres. Incluso a nivel de dependencia económica, en la medida que niños y personas mayores son grupos que consumen más de lo que producen (San Martín y Pastor y Aldeguer, 1990).

En consecuencia, se puede hipotetizar que en situaciones de precariedad de ingresos, la existencia de padres o madres mayores puede ser un factor que lleve a mayores limitaciones para tener y educar los hijos y que en consecuencia actuaría como un factor reductor de la fecundidad. Por supuesto, si la fecundidad es muy temprana y baja, la decisión de tener los hijos se tomaría antes de que los padres pasen a requerir mayor apoyo económico e instrumental como adultos mayores y por tanto no debiera tener un impacto significativo en la fecundidad. Son hipótesis que es preciso explorar.

4. Efectos en las redes de apoyo familiar

Existe creciente interés en el estudio de las redes de apoyo familiares como un componente importante de la calidad de vida de las personas mayores. Por ello, los cambios que ocurran en la estructura de la familia deben ser considerados en el estudio de los impactos del envejecimiento.²⁰⁶

Uno de los efectos de la baja de la fecundidad opera a nivel familiar y es disminución del número de hijos que pueden apoyar a los padres en su vejez, que representa la oferta potencial de apoyo familiar.²⁰⁷ De hecho, es fácil demostrar que, dada la fecundidad elevada de inicios de los 60's y de la mortalidad que ya había iniciado su caída, las actuales generaciones de adultos mayores actuales cuentan con el mayor número de hijos vivos que haya tenido cualquier otra generación en la historia. Esta situación no será la misma en el futuro, especialmente en aquellos casos en que la fecundidad está cerca del nivel de reemplazo. Estos cambios en la fecundidad implican una verticalización de las relaciones familiares y en consecuencia un aumento de la carga *per cápita* del cuidado de los padres ancianos. Así lo demuestra un estudio realizado en Estados Unidos: "para el 1900 una mujer pasaba 19 años criando y cuidando de sus hijos y solo 9 años en promedio atendiendo a un padre o una madre. En el futuro, pasará 17 años cuidando de un hijo o hija y 18 años atendiendo a un padre o una madre" (Winsensale, 1992 en Sánchez, 1996). Esto plantea, según Sánchez (1990) el surgimiento de lo que de lo que en literatura gerontológica se conoce como "generación del medio", constituida principalmente por mujeres de edad mediana tratando de balancear las necesidades de sus padres ancianos, sus hijos/as, nietos/as, esposo y trabajo".

Incluso si se supone que haya mayor equidad de género que la actual en la distribución de los apoyos instrumentales de los hijos hacia los mayores, habrá una menor probabilidad de recibir apoyo familiar entre las generaciones de edad avanzada de parte de sus descendientes. Los datos de SABE muestran que la probabilidad de recibir apoyo material está directamente relacionado con el número de hijos (Saad, 2003).

Un estudio más detallado del impacto de la baja de la fecundidad en los apoyos que reciben los adultos mayores fue realizado para Tailandia (Knodel, Chayovan y Siriboon, 1992). Este estudio muestra que aún en la perspectiva del cambio fuerte de la fecundidad en ese país, la baja de

²⁰⁶ Para una síntesis actualizada de la situación en la región en este tema ver Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2002.

²⁰⁷ Es cierto sin embargo que hay otros fenómenos demográficos que son simultáneos a la segunda transición demográfica y que implican cambios notables en los patrones de nupcialidad y en las estructuras de parentesco derivadas de una menor fecundidad que afectan también la disponibilidad de apoyo familiar.

la fecundidad tendría sólo un efecto menor en la proporción de personas mayores que co-residen con un hijo; considerándose la co-residencia como una de las expresiones más directas de la probabilidad de recibir apoyo.²⁰⁸ Sin embargo, la baja de la fecundidad tendría importantes implicaciones para el apoyo material que reciben los padres de los hijos no co-residentes. Ello implicaría un aumento del peso del apoyo que recaería en los hijos que viven fuera del hogar.

Los autores citados hipotetizan que si la reducción en la fecundidad efectivamente lleva a una mayor inversión en los hijos y que esta inversión tiene como efecto mayores ingresos de los hijos, entonces en este caso, el efecto del aumento del peso del apoyo que recae en los hijos sería menor. No obstante, si se analiza la realidad latinoamericana, se observa que la fecundidad baja ya es característica de todos los estratos, incluso de aquellos estratos pobres que están invirtiendo muy poco en educación. En este caso, la perspectiva futura no parece muy prometedora en tanto a que los hijos sean una fuente de apoyo económico importante en la vejez. Puede argumentarse, en contra, que la mayor integración de la mujer en la actividad económica y en consecuencia la mayor probabilidad de obtener recursos para la familia se incrementa y que el apoyo de los hijos sea menos necesario. Pero esto dependerá del tipo de inserción económica femenina y también masculina y si esta permite efectivamente acumular activos para la vejez.

Otro elemento demográfico a considerar respecto es el calendario de la fecundidad. Si la fecundidad es temprana, digamos que la edad media de la fecundidad es de 26 años, una madre de 80 años será cuidada por un hijo o hija de 54 años. Si la edad media de la fecundidad fuese de 32 años, esa madre de 80 años sería cuidada por un hijo o hija de 48 años. Desde el punto de vista de los adultos mayores una fecundidad más tardía le aseguraría el cuidado de parte de hijos más jóvenes, en consecuencia más saludables y posiblemente en mejor situación económica. Desde el punto de vista de los hijos e hijas, la situación es la opuesta. Una fecundidad más temprana es más conveniente porque permite que el apoyo que reciben los hijos adultos en la crianza de los hijos sea dado por padres más jóvenes. Este tema parece ser un elemento a favor de que en los países desarrollados, actualmente con una fecundidad más tardía, mantengan este calendario de la fecundidad.

IV. Conclusiones

En este documento se analizan algunas relaciones entre el proceso de envejecimiento de la población y los cambios de fecundidad en la región. A escala agregada se muestra que para los países con transiciones demográficas avanzadas, los cambios en el envejecimiento en el futuro próximo estarán determinados principalmente por los aumentos en las expectativas de vida de la población; en cambio en aquellos países con transición incipiente, la fecundidad podría seguir jugando un rol importante.

Sin desmerecer la importancia de analizar los efectos agregados, en este trabajo se destaca la importancia de estudiar la interacción entre fecundidad y envejecimiento a nivel micro, especialmente a nivel de la familia. En esta perspectiva, cobra relevancia el rol que ésta juega como estructura de apoyo a las personas mayores. En este sentido, la reducción de la fecundidad implicaría una disminución de la red de apoyo potencial familiar de las personas mayores, que sólo podría ser compensado si la mayor inversión en los hijos que produce la baja de la fecundidad trae consigo una mayor capacidad de acumulación de activos de estas nuevas generaciones, ya que se

²⁰⁸ En contextos económicos favorables, las personas adultas mayores prefieren vivir de manera independiente. No obstante, en las condiciones en que vive la población latinoamericana, afectada en una alta proporción por la pobreza, la convivencia entre varias generaciones puede ser la única alternativa. Queda por analizar en qué medida esta convivencia obligada altera las relaciones al interior de la familia y puede repercutir en comportamientos de nupcialidad y fecundidad distintos de las generaciones más jóvenes.

aumentaría su posibilidad de dar apoyo. Pero también se destacan los apoyos que vienen de las personas mayores a las generaciones más jóvenes. Por ejemplo, el apoyo de las abuelas en el cuidado de sus nietos, o de los abuelos en general a la educación de sus nietos, que puede permitir mantener patrones de reproducción (una fecundidad menos baja) que de otra manera no resultarían viables.

Las consideraciones anteriores son presentadas bajo la forma de hipótesis de trabajo que deben ser analizadas con mayor profundidad con datos de diversos países. Ello requerirá una inversión importante en investigación que relacione los cambios demográficos (fecundidad, mortalidad, familia) con los cambios sociales y económicos (seguridad social, condiciones de empleo, etc.).

Bibliografía

- Bertranou, Fabio (2003), “*Ampliando la Protección Social: Pensiones No Contributivas y Asistenciales en América Latina*”. Presentación en la Reunión de Expertos en Seguridad Económica del Adulto Mayor, 9 al 11 de abril de 2003, Ciudad de Panamá. BID, OIT y CEPAL.
- Bravo, Jorge (2000), “Envejecimiento de la población y sistemas de pensiones en América Latina” en Encuentro Latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. Serie *Seminarios y Conferencias* N° 2. CELADE, CEPAL, Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Caldwell, J.C. (1976), Toward a restatement of fertility decline. *Population and Development Review* 2.
- Calot, G. y J. P. Sardon (1999), Les facteurs du vieillissement démographique, *Population* 54(3).
- CELADE, BID (1996), *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina; contribución al diseño de políticas y programas*. Santiago: CELADE, 1996.
- CEPAL (2000), *Panorama Social 1999-2000*. Santiago de Chile.
- de Mello Moreira, Morvan (2000), Determinantes Demográficos do Envelhecimento Brasileiro. Documento presentado al XII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, Caxambu / MG, 23 a 27 de Octubre de 2000. ABEP. <http://www.abep.org.br/>
- Guzmán, José Miguel (2002), Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Serie *Población y Desarrollo*, 28. CELADE, Santiago de Chile.
- Guzmán, José Miguel, Sandra Huenchuan y Verónica Montes de Oca (2002), *Redes de apoyo social de las personas mayores. Marco conceptual*. Documento presentado en la Reunión de Expertos en Redes Sociales de Apoyo a las Personas Adultas Mayores: Rol del Estado, la Familia y la Comunidad. CELADE, Santiago de Chile, 9-12 de diciembre de 2002.
- Hagestad, Gunhild O. y Dale Dannefer (2001), Concepts and Theories of Aging. Beyond microfication in Social Sciences Approaches, en *Handbook of Aging and the Social Sciences*. Robert H. Binstock y Linda K. George (editores). Fifth Edition, Academic Press.
- Ham, Roberto (2003), “*Paradigmas y tareas pendientes en busca de la seguridad económica en la vejez*”. Presentación en la Reunión de Expertos en Seguridad Económica del Adulto Mayor, 9 al 11 de abril de 2003, Ciudad de Panamá. BID, OIT y CEPAL.
- Knodel, John, Napaporn Chayovan y Siriwan Siriboon (1992), The impact of fertility decline on Familiar Support for the Elderly: An illustration from Thailand. *Population and Development Review* 18(1).
- National Research Council (2001), *Preparing for an Aging World. The case for cross-national research*. National Academy Press, Washington D.C.
- Naciones Unidas (2002a), *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. New York., USA, A/CONF.197/9.
<http://ods-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/54/PDF/N0239754.pdf?OpenElement>
- ____ (2002b), *World Population Ageing, 1950-2050*. Population Division, ST/ESA/SER.A/207. New York.
- Partida Bush, Virgilio (1998), Los determinantes demográficos del envejecimiento de la población. *Papeles de Población*, año 4, n. 17, julio-septiembre 1998.
- Saad, Paulo (2003), *Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Estudio comparativo de Encuestas SABE*. CELADE (en proceso de publicación).
- San Martín Hernan y Vicente Pastor Vicente (1990), *Epidemiología de la Vejez*. Editorial Mac Graw-Hille-Interamericana de España, Madrid, España.

- Sánchez, Carmen (1996), Sistema de apoyo y familiares de pacientes de Alzheimer, Conferencia Oficina del Gobernador para Asuntos de la Vejez, San Juan de Puerto Rico.
- Sánchez, Carmen Delia (1990), Sistema de apoyo informal de viudas mayores de 60 años en Puerto Rico. En: *Mujeres de edad media y avanzada en América Latina y el Caribe*, Organización Panamericana de la Salud y Asociación Americana de Personas Jubiladas. Washington, D.C.
- Titelman, Daniel (2003), Ampliando la protección social: Nuevas fuentes y enfoques para el financiamiento de pensiones no contributivas y transferencias. Presentación en la Reunión de Expertos en Seguridad Económica del Adulto Mayor, 9 al 11 de abril de 2003, Ciudad de Panamá. BID, OIT y CEPAL.
- Villa, Miguel (2002), *Discurso de Inauguración de la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores*, CELADE-División de Población de la CEPAL, 9 al 12 de diciembre de 2002.

Efectos de los niveles de fecundidad en la salud reproductiva y la mortalidad infantil

*Erica Taucher*²⁰⁹

I. Programas de planificación de la familia en América Latina

En la primera mitad del siglo XX la transferencia científica y tecnológica en el campo de la medicina y en el control del medio ambiente permitió importantes descensos de la mortalidad en los países del tercer mundo mientras se mantenían altos niveles de fecundidad. El acelerado crecimiento poblacional resultante de esos hechos desencadenó el interés por los programas de planificación familiar, para así actuar también sobre la fecundidad, de manera no relacionada directamente con el desarrollo socioeconómico.

Sin embargo, mientras existe acuerdo universal sobre la conveniencia de reducir la mortalidad, en torno a las acciones que intentan limitar la fecundidad surgieron corrientes ideológicas que iban desde la recomendación del control coercitivo de la natalidad hasta la oposición a cualquiera medida que limite la fecundidad natural. Entre otras, no había consenso entre los científicos políticos y los economistas sobre la relación entre crecimiento poblacional y

²⁰⁹ Doctora en Medicina, Consultora en Bioestadística y Demografía.

desarrollo socioeconómico. Mientras había opiniones que consideraban beneficioso el crecimiento demográfico otras lo consideraban un serio impedimento al desarrollo (Taucher,1979b).

En América Latina, a pesar de que esta región tuvo un ritmo de crecimiento sin precedentes en la historia, la relación recursos naturales-población era relativamente favorable en muchos de sus países y el crecimiento poblacional no se percibía como un problema grave. Fue así como el principal objetivo de desarrollar programas de planificación familiar fue mejorar la salud de madres y niños.

En dos seminarios de enseñanza sobre métodos de evaluación de programas de planificación familiar realizados en 1974 y 1976 en el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) , los alumnos provenientes de 16 países de la región declararon sin excepción que los objetivos de los programas en su país eran la salud materna e infantil y el poner al alcance de la pareja los medios para ejercer su derecho en la decisión sobre el número y el espaciamiento de los hijos. Sólo en 7 se mencionaba además explícitamente, el objetivo de reducir el crecimiento poblacional. En ninguno de ellos se aceptaba el aborto como una actividad del programa, en cambio la alta frecuencia de complicaciones de abortos inducidos era uno de los motivos para desarrollar actividades que permitieran evitar hijos no deseados mediante el uso de anticonceptivos eficaces.

De esta manera en muchos de los países la población comenzó a tener acceso a métodos anticonceptivos modernos en la década de 1960 ya sea a través de programas de planificación familiar autónomos o de actividades incorporadas a los programas de salud materno-infantiles (cuadro 1).

Cuadro 1

AÑO DE INICIO DE ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

País	Año	País	Año
Argentina	1966	Honduras	1963
Bolivia	1967	México	1959
Brasil	1966	Nicaragua	1968
Colombia	1966	Panamá	1966
Costa Rica	1966	Paraguay	1966
Chile	1963	Perú	1967
Ecuador	1966	República Dominicana	1965
El Salvador	1966	Uruguay	1961
Guatemala	1965	Venezuela	1963
Haití	1966		

Fuente: Soto, 1975.

II. Fundamentos clínicos y epidemiológicos

El que las actividades de planificación familiar tuvieran objetivos de salud se basaba en la experiencia clínica de obstetras y pediatras, corroborada por numerosos estudios bio-demográficos, de que algunas características maternas relacionadas con el nivel de fecundidad eran factores de riesgo tanto para la madre como para el hijo. Se pudo mostrar que el elevado orden de nacimiento, edades maternas en los extremos del período fértil de la mujer y escaso espaciamiento entre nacimientos, características maternas más frecuentes en situaciones de alta fecundidad, son factores que inciden tanto en la morbi-mortalidad materna como en la mortalidad infantil (Nortman, 1974; Puffer y Serrano, 1975; Wolfers y Scrimshaw, 1975; Hobcraft y otros, 1983; Omran, 1985; Taucher, 1988 y 1995).

En el cuadro 2 se muestra la tasa de mortalidad materna (muertes por embarazo, parto y puerperio en relación a 100 mil nacidos vivos) respecto a la edad de la mujer observada en diferentes países y años.

Cuadro 2

TASAS DE MORTALIDAD MATERNA POR 100 MIL NACIDOS VIVOS SEGÚN EDAD MATERNA

País y años	Edad de la madre en años					
	< de 20	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 y más
México						
1961 - 1963	204,2	128,4	127,7	196,3	280,2	384,3
1970 - 1972	136,0	85,9	100,7	142,6	232,0	246,2
Venezuela						
1956 - 1958	130,5	82,7	90,0	141,5	205,1	279,7
1966 - 1968	77,8	41,5	67,2	97,5	154,1	215,5
Chile						
1956 - 1958	168,0	107,7	163,5	279,3	445,5	577,4
1966 - 1968	134,6	81,6	104,3	193,8	317,8	456,4
1998 - 2000*	8,4	15,6	17,1	26,0	41,7	79,6

Fuentes: Organización Panamericana de la Salud, 1985.

* Instituto Nacional de Estadísticas, 1998-2000.

Se puede ver que a pesar de las grandes diferencias en los niveles de mortalidad materna, se mantiene el patrón de relación entre edad y tasa, aunque en Chile, en el período 1998-2000 se observa que la tasa en las menores de 20 años es inferior a las de las edades que siguen.

En cuanto a la mortalidad infantil, los diferenciales por edad materna, orden de nacimiento y años de instrucción que se observaban en los países de la región en la década de 1970, tanto con datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad como de estadísticas vitales se han mantenido, aun cuando la mortalidad infantil se ha reducido importantemente. Así por ejemplo en Chile, donde la tasa descendió de 82,2 por mil en 1970 a 8,9 por mil en el año 2000, sigue viéndose el aumento de la mortalidad con el orden de nacimiento y el mayor riesgo cuando la madre tiene edades extremas o cuando su nivel de instrucción es bajo (cuadro 3).

Dado que la fecundidad era más elevada en los estratos socioeconómicos bajos era dable pensar que el mayor riesgo de salud para madres y niños en edades maternas mayores, orden de nacimiento alto o intervalos intergenésicos cortos se debía a que esas característica se daban de preferencia en mujeres de bajos estratos sociales. De hecho puede verse que el porcentaje de madres de bajos nivel de instrucción, el único indicador disponible y comparable que informa indirectamente sobre el nivel socioeconómico, es mayor en nacimientos de alto orden y de madres en los extremos de su período fértil. En cambio no se encontró relación con la longitud del intervalo intergenésico (cuadro 4).

Era importante entonces averiguar la naturaleza de los diferenciales.

Se había visto en Chile que los diferenciales eran más pronunciados cuando la madre tenía instrucción secundaria o superior que cuando tenía menos de 8 años de instrucción. En ese entonces se supuso que ello se debía a que la influencia de los factores socioeconómicos era tan intensa en este último grupo que impedía que se manifestaran diferenciales de origen biológico (Taucher, 1979a).

Cuadro 3
MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN EDAD Y AÑOS DE INSTRUCCIÓN
DE LA MADRE Y ORDEN DE NACIMIENTO, CHILE, 2000

Edad de la madre y años de instrucción	Orden de nacimiento					
	Total	1	2	3	4	5 y más
Total	9,30	8,65	8,73	9,89	11,26	14,87
< de 20	11,24	9,83	20,87	27,61	34,48	-*
20 a 24	9,09	7,61	9,18	16,68	19,46	35,53
25 a 29	7,95	7,10	7,24	9,15	13,69	9,34
30 a 34	8,27	9,01	6,70	8,13	9,76	13,21
35 a 39	9,50	12,86	8,85	7,44	9,94	12,65
40 y más	18,32	18,67	17,88	19,33	10,77	24,76
0 a 9 años de instrucción						
Total	11,54	11,46	10,28	11,07	12,41	16,55
< de 20	13,65	12,22	19,22	26,62	43,48	-*
20 a 24	11,15	8,48	11,08	14,02	20,20	31,85
25 a 29	9,26	10,62	7,20	9,36	14,79	7,48
30 a 34	9,50	8,96	7,91	9,42	9,17	13,49
35 a 39	11,63	22,01	4,84	9,64	12,86	15,87
40 y más	21,51	33,33	19,05	21,08	8,70	29,09
10 o más años de instrucción						
Total	8,21	7,61	8,04	9,14	10,21	12,00
< de 20	8,97	7,86	24,94	31,75	-*	-*
20 a 24	8,23	7,39	7,90	20,74	17,62	75,00
25 a 29	7,45	6,56	7,20	9,01	12,43	13,16
30 a 34	7,68	8,77	6,33	7,44	10,23	11,88
35 a 39	8,39	10,43	10,06	6,46	7,65	7,51
40 y más	16,23	14,06	17,41	18,14	12,39	17,42

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, 2000.

* Menos de 10 nacimientos.

Para obtener mayor claridad sobre el posible origen de los diferenciales se utilizaron los datos de las encuestas de fecundidad realizadas en cuatro países de la región y se calcularon las tasas de mortalidad infantil por edad materna y orden de nacimiento, las dos variables más estrechamente relacionadas con el nivel de instrucción, ajustadas por composición según nivel de instrucción de la madre. Se puede ver que ambas seguían el mismo patrón que las tasas observadas (cuadro 5).

Ante estos hechos, para que se justificaran los objetivos de salud de los programas de planificación de la familia en primer lugar se esperaba que redujeran la fecundidad y en segundo término, que a través de ese descenso disminuyera la frecuencia de las características identificadas como adversas a la salud materno-infantil.

Cuadro 4

PORCENTAJE DE MADRES CON BAJO NIVEL DE INSTRUCCIÓN* EN CATEGORÍAS DE ORDEN DE NACIMIENTO, EDAD MATERNA E INTERVALO INTERGENÉSICO EN MESES

	Costa Rica	México	Paraguay	Perú	Chile 1972
Orden de nacimiento					
1	30,3	53,9	36,6	52,8	64,0
2 - 3	39,6	61,2	44,0	61,0	69,8
4 - 6	55,9	71,7	60,6	74,0	85,3
7 y más	67,7	79,5	73,8	83,9	95,5
Edad materna					
< de 20	38,6	66,1	51,6	63,4	79,4
20 - 24	41,7	61,6	44,0	61,6	70,2
25 - 29	51,0	65,4	50,6	66,6	67,4
30 - 34	54,7	72,1	58,5	74,3	74,7
35 y más	62,5	77,9	68,4	80,1	83,8
Intervalo intergenésico					
7 - 11	55,5	72,8	41,9	78,0	-
12 - 17	53,5	62,3	55,7	65,5	-
18 - 23	53,0	69,3	58,2	68,6	-
24 - 35	56,4	73,2	57,9	74,5	-
36 y más	44,3	71,4	53,4	71,0	-

Fuente: Taucher, 1988. Datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad a fines de la década de 1970 y de estadísticas vitales en Chile.

* Con 0 - 3 años de instrucción en países con encuestas y con instrucción primaria en Chile.

La medición del efecto de los programas de planificación familiar en el nivel de la fecundidad fue un tema que en esa época interesaba por sus objetivos de salud pero especialmente por sus objetivos demográficos. En 1975 la División de Población de Naciones Unidas organizó estudios en varios países con programas en marcha para determinar la posibilidad de aplicar distintos métodos de medición y comparar sus resultados. Se esperaba que al disponer de un método adecuado se podrían afinar las proyecciones de población. Se vio que el principal problema era la falta y la poca confiabilidad de los datos necesarios para esa medición. Las estadísticas de servicio de los programas de planificación de la familia requerían recursos importantes y los métodos para calcular la continuidad de uso, adaptados de la tabla de vida pero con posibilidad de cambios de método, interrupciones y reingresos al programa, eran complicados. Además, si sólo se usaban datos de los programas, no se tomaba en cuenta el efecto de la diseminación a la población, que comenzaba a usar anticonceptivos fuera del programa. Ello se podía obtener de los datos de encuestas de fecundidad que daban una visión del momento del uso de anticonceptivos. Sin embargo ninguno de los métodos permitía prever la evolución y generalización del uso de métodos hacia futuro lo que hizo que las proyecciones de población sobreestimaron la fecundidad en la mayoría de los países de América Latina (Taucher, 1984).

Cuadro 5

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR ORDEN DE NACIMIENTO Y EDAD DE LA MADRE OBSERVADA Y AJUSTADA POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE EN COSTA RICA, MÉXICO, PARAGUAY Y PERÚ

Orden de nacimiento y edad de la madre	Costa Rica		México		Paraguay		Perú	
	Observada	Ajustada	Observada	Ajustada	Observada	Ajustada	Observada	Ajustada
Orden								
1	56,7	62,3	76,2	80,0	43,7	44,7	95,6	107,0
2 – 3	62,1	64,2	72,8	74,9	45,1	46,9	98,4	103,0
4 – 6	60,6	69,3	78,5	77,8	51,4	51,0	115,4	111,7
7 y más	97,8	97,1	89,5	87,7	69,6	68,2	134,3	124,5
Edad								
< de 20	85,6	87,0	98,5	98,6	55,4	55,5	125,6	128,5
20 – 24	59,3	60,9	76,8	78,6	40,8	40,7	105,9	110,5
25 – 29	61,6	60,5	69,9	70,1	54,1	54,3	104,1	104,8
30 - 34	62,1	60,3	68,0	66,9	52,4	50,6	108,4	104,2
35 y más	95,9	95,5	90,2	88,1	61,2	59,6	112,6	105,1

Fuente: Taucher, 1988 y datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad a fines de la década de 1970.

III. Fuentes de datos

En este punto merece la pena analizar las ventajas y desventajas de distintas fuentes de datos existentes para estudiar la relación entre indicadores de salud y variables ligadas al nivel de fecundidad y los métodos empleados para medir el efecto del descenso de la fecundidad sobre la salud maternoinfantil.

Las dificultades que existen para obtener datos de morbilidad han hecho que en salud pública se utilicen de preferencia los datos de mortalidad para analizar tendencias y diferenciales respecto a distintas variables explicativas.

En el caso específico de complicaciones maternas durante el embarazo, el parto y el puerperio, la representatividad de los datos de morbilidad que pueden recogerse depende de la cobertura de los programas de control del embarazo y del puerperio y del porcentaje de partos que ocurren en hospitales con estadísticas de egresos confiables. Cuando la cobertura es baja es probable que los casos que se atienden y que se registran estén sesgados hacia aquellos de mayor gravedad. También es difícil evitar que consultas repetidas por una misma complicación, a veces en distintos establecimientos, den lugar a duplicaciones en el recuento de casos.

En el caso de la morbilidad infantil el sesgo por gravedad es evidente así como la duplicación por consultas repetidas o bien, en distintos establecimientos o clínicas.

Por la cantidad de datos que deben registrarse tanto en hospitalizaciones como en consultas, es difícil introducir datos en las estadísticas hospitalarias o de servicio que no sean los estrictamente necesarios para la atención del paciente o para la administración del establecimiento. La existencia de clínicas o consultorios privados que escapan al sistema estadístico nacional agrega otra distorsión a la obtención de datos válidos de morbilidad.

Las encuestas de morbilidad han mostrado tener validez limitada por fallas en la memoria del informante. Así se ha dicho que es difícil obtener datos fidedignos de más de dos semanas de antigüedad.

En cuanto a los datos de mortalidad, tienen la ventaja de referirse a un fenómeno único, lo que excluye la duplicación de casos. El ideal es obtenerlos de un sistema de estadísticas vitales eficiente, lo que significa un registro continuo, de cobertura nacional. Lamentablemente en América Latina no todos los países disponen de sistemas de estadísticas vitales de suficiente cobertura. Considerando el tiempo prolongado que requiere su desarrollo, después de los esfuerzos que hizo la Organización Panamericana de la Salud a través de la Investigación Panamericana de Mortalidad Urbana y de la Investigación Panamericana de Mortalidad de la Niñez en la década de 1960 y 1970 para fortalecer estos sistemas, se privilegiaron los métodos indirectos desarrollados por Brass para el África aplicados a los datos de encuestas demográficas.

Para mortalidad materna es evidente que los métodos indirectos basados en datos de encuestas darán resultados muy imprecisos. Sin embargo también suele haber subregistro importante de mortalidad materna en los datos obtenidos de sistemas de estadísticas vitales de buena calidad, especialmente cuando la muerte obedece a complicaciones de abortos clandestinos. Así se ha visto que causas de defunción de mujeres en edad fértil mal definidas como por ejemplo, hemorragia, embolia pulmonar o septicemia pueden encubrir muertes maternas. Así, buscando obtener información más fidedigna, ha habido intentos de estimación a partir de esos diagnósticos inespecíficos, visitas al domicilio de la fallecida o búsqueda de historias clínicas. (Organización Panamericana de la Salud, 1985, 1993; Campbell and Graham, 1991; Laurenti, 1992).

Las encuestas en cambio pueden ser útiles para investigar la mortalidad infantil. Es probable que el problema del recuerdo que existe para la morbilidad sea mínimo, sobre todo si la informante es la madre del fallecido. Además tienen la ventaja de que los datos maternos declarados tanto para el nacimiento como para la muerte del niño son los mismos y proporcionados por la misma informante.

La Encuesta Mundial de Fecundidad, aunque no fue diseñada para investigar la mortalidad infantil, aportó valiosos datos a través de las historias de embarazos y la supervivencia de los niños, que permitieron estudiar los diferenciales respecto a las variables que aquí interesan. Su principal desventaja era el escaso número de sucesos pesquisados. Esto hacía necesario utilizar información sobre muchos años anteriores a la encuesta. Así, si se investigaba la supervivencia de nacidos vivos desde veinte años anteriores a la encuesta, era posible, por ejemplo, recoger información sobre 22 mil nacimientos en México y sobre 20 mil en Perú mientras que en Chile, para el año en que se hacían esas encuestas, el sistema de estadísticas vitales proporcionaba información sobre 200 mil nacimientos. Otra consecuencia era que, al encuestar mujeres en edad fértil, había un mayor número de nacimiento de bajo orden de nacimiento y de madres jóvenes correspondientes a épocas en que la fecundidad y la mortalidad infantil eran más altas en cambio, los nacimientos de alto orden y de madres mayores eran más recientes, cuando ya había descendido la mortalidad. Ello aminoraba la intensidad de los diferenciales observados para esas variables (Taucher, 1996).

IV. Métodos de medición de efectos

Sin que sea fácil cuantificar su influencia, el descenso de la fecundidad mejorará la relación entre recursos de salud y a nacimientos lo que deberá expresarse en un incremento de la atención del embarazo y del parto así como de la atención pediátrica. A nivel de la familia un menor número de hijos permite su mejor cuidado, alimentación y educación.

En cuanto a los métodos que se han utilizado para medir los efectos del descenso de la fecundidad sobre la salud reproductiva y la mortalidad infantil varían desde el análisis de las tendencias simultáneas hasta los métodos multivariados.

Desde luego, el hecho de que la mortalidad materna o la mortalidad infantil desciendan cuando desciende la fecundidad no demuestra ni la causalidad ni, en el caso de que existiera relación, la dirección de ella. En efecto, cuando la preocupación era el crecimiento poblacional acelerado, se postulaba que sólo cuando descendiera la mortalidad infantil era posible que se redujera la fecundidad. Sin embargo, mostrar tendencias concordantes puede ser una manera simplificada de mostrar hechos que se han investigado con métodos más complejos y válidos, a audiencias legas en la materia. Lo mismo puede decirse de los diagramas de dispersión para mostrar la correlación entre tasas de fecundidad y tasas referentes a salud.

Sin embargo, si entre 1964, en que comenzaron las actividades de planificación de la familia en Chile y 1984, la tasa global de fecundidad bajó de 4,6 a 2,4 y la mortalidad por aborto bajó de 18,3 a 1,1 por 100 mil mujeres en edad fértil en igual período, es difícil negar relación entre ambos hechos. Entre los mismos años los egresos hospitalarios por complicaciones de aborto, que fueron el argumento para poder iniciar las actividades regulación de la fecundidad, descendieron de 28,7 a 11,3 por mil mujeres en edad fértil (Taucher, 1986).

Un hecho de fácil presentación es el cambio de estructura que experimentan los nacimientos cuando disminuye el nivel de fecundidad: menor porcentaje con edades maternas elevadas, menor proporción de nacimientos de orden alto y menor porcentaje de intervalos intergenésicos cortos.

Al respecto es interesante mostrar el importante cambio que experimentó la estructura de los nacimientos por orden de nacimiento y por edad de la madre por ejemplo en Chile cuando la tasa global de fecundidad descendió de 5,3 a 2,1 entre 1960 y 2000. También se vio un aumento de madres con instrucción superior, el que se debe especialmente al mejoramiento del nivel de instrucción de la población femenina como fue posible comprobarlo con los datos del censo de 2002, pero al que también contribuye el acceso a anticonceptivos eficaces que se abrió a los estratos socioeconómicos más bajos (cuadro 6).

Estos cambios de estructura dan la posibilidad de emplear métodos de ajuste de tasas de mortalidad infantil por esas variables.

En el cuadro 7 se muestra uno de los procedimientos que empleamos para estimar la contribución de los cambios de estructura ocurridos entre 1972 y 1982 al descenso de la mortalidad infantil en ese período en que tanto la fecundidad como la mortalidad tuvieron descensos importantes y en que la estructura de los nacimientos evolucionó favorablemente a una menor frecuencia de categorías de alto riesgo de muerte.

Aplicando las tasas específicas por edad, paridez y educación materna iniciales, de 1972 a la estructura de los nacimientos del año 1982, se obtuvieron las muertes infantiles esperadas para este último año que permiten calcular las tasas que se esperarían en 1972 si los nacimientos hubieran tenido la estructura del año 1982 (columna 1). La diferencia entre la tasa total observada en el año 1972 y cada tasa ajustada mide el efecto atribuible al cambio de estructura (columna 2). Será positivo si el cambio ha sido favorable a una menor tasa de mortalidad infantil y negativo en caso contrario.

El hecho de que la diferencia con la tasa ajustada por las tres variables no sea igual a la suma de las diferencias se debe a las interacciones entre las variables.

Así por ejemplo, la interacción entre orden de nacimiento y edad de la madre en columna 3 se obtiene restando a la diferencia de 6,76 los efectos individuales de cada variable involucrada: $6,76 - 3,93 - 0,86 = 1,97$. Aplicando el mismo cálculo se encuentra que la interacción entre orden e instrucción es negativa lo que es concordante con que ambas variables tienen efectos contrarios sobre la mortalidad infantil.

Cuadro 6

TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD Y PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS POR ORDEN DE NACIMIENTO, EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE EN 1960, 1980 Y 2000 EN CHILE

	1960	1980	2000
TGF	5,3	2,5	2,1
Orden de nacimiento			
Total	100,0	100,0	100,0
1	23,5	40,9	41,5
2	17,6	27,9	31,1
3	15,1	15,1	16,6
4	11,9	7,1	6,9
5 y más	31,9	9,0	3,9
Edad materna			
Total	100,0	100,0	100,0
< de 20	10,7	16,5	16,2
20 – 24	25,5	34,1	23,0
25 – 29	25,8	25,5	25,6
30 – 34	20,8	14,4	20,4
35 – 39	11,8	7,0	11,8
40 y más	5,4	2,5	3,0
Instrucción de la madre*			
Total	-	100,0	100,0
Sin instrucción	-	2,7	0,3
Básica y media	-	90,6	79,0
Superior	-	6,7	20,7

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas. Chile. Anuarios de Demografía.

* Dato no registrado en 1960

Cuadro 7

CHILE: CONTRIBUCIÓN DE LOS CAMBIOS DE ESTRUCTURA DE LOS NACIMIENTOS ENTRE 1972 Y 1982 AL DESCENSO DE LA MORTALIDAD INFANTIL DE 72,7 A 23,6

Variable estructural	Tasas ajustadas	Diferencia con tasa de 1972	Efectos e interacciones absolutos	Efectos e interacciones relativos	Porcentaje atribuible
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Orden de nacimiento	68,70	3,93	3,93	8,00	8,00
Edad de la madre	71,84	0,86	0,86	1,76	1,76
Instrucción de la madre	60,86	11,84	11,84	24,11	24,11
Orden y edad	65,94	6,76	1,97	4,01	13,77
Orden e instrucción	60,76	11,94	-3,83	-7,80	24,31
Edad e instrucción	60,89	11,81	-0,89	-1,82	24,05
Orden, edad e instrucción	58,20	14,51	0,63	1,28	29,54
		Total:	14,51	29,54	

Fuente: Taucher, 1986.

El porcentaje que los efectos e interacciones de columna 3 son de la diferencia de 49,1 entre las tasas de mortalidad infantil observadas en 1972 y 1982, aparecen en la columna 4. Finalmente en la columna 5 se muestran los porcentajes que las diferencias en columna 2 son de la diferencia total (Taucher,1986).

La interpretación de este ejercicio es que aproximadamente un 30 por ciento del descenso total de la mortalidad infantil en esos 10 años se puede atribuir al cambio de estructura de los nacimientos por estas tres variables, el que a su vez se puede atribuir a la reducción de la fecundidad. El otro 70 por ciento debe explicarse por mejorías en la atención, mejoras del medio ambiente y otros factores para los que no se tienen datos o no es posible hacer estimaciones válidas y en los que también podría haber intervenido el descenso de la fecundidad.

La utilización del ajuste de las tasas de mortalidad infantil por el cambio de estructura de los nacimientos también constituye la base del método utilizado por Morris *et al* (1975). Para determinado período las tasas específicas por distintas variables para el año inicial son aplicadas a las estructuras de cada año. Calculando regresiones lineales por el método de mínimos cuadrados tanto para las tasas observadas como para las tasas resultantes del ajuste, se establece la razón entre el coeficiente de regresión “b” ajustado y el “b” observado, que cuantifica la proporción del descenso atribuible al cambio de estructura consecutivo al descenso de la fecundidad.

Actualmente los métodos multivariados, como por ejemplo la regresión logística, han desplazado esos tipos de análisis más sencillos. Su gran ventaja es que permiten resumir en un solo modelo el efecto de un gran número de variables explicativas sobre la variable dependiente y calcular las “odds ratio” o “momios” para distintos valores de una variable, controlando por las demás. Sin embargo la facilidad con que se pueden introducir todas las variables disponibles en un programa computacional hace que a veces no se toman en cuenta los requisitos que deben cumplirse para que tales estimaciones tengan validez. Así por ejemplo el número de observaciones necesario para un determinado número de variables explicativas, los requisitos de linealidad o la ausencia de correlaciones entre las variables. Por otra parte, comparten con cualquier método, el problema fundamental de la calidad de los datos que se utilizan.

V. Conducta reproductiva

En Chile entre 1960 y 1984 la mortalidad infantil descendió prácticamente en línea recta de 120 a 20 por mil nacidos vivos sin que el descenso se interrumpiera con las graves crisis económicas de los años 1975 y 1982.

El fenómeno fue cuestionado por muchos que consideraban que la continuidad de los programas maternoinfantiles, de alimentación complementaria y de recuperación de desnutridos así como factores ambientales como el acceso a agua potable y el grado de urbanización alcanzado, no eran suficiente explicación. Habiendo concluido que no había postergación de las muertes al grupo de 1 a 4 y que no había motivos para sospechar un deterioro en la calidad de los datos surgió la hipótesis que, en una población que controla la fecundidad, las parejas afectadas por la crisis evitan tener hijos y los nacimientos ocurren de preferencia en familias que no enfrentan problemas económicos. El estudio para verificar esa hipótesis, auspiciado por UNICEF, mostró que la fecundidad acumulada para órdenes de nacimiento de 1 a 3 (R 1-3) seguía el comportamiento del ingreso nacional bruto *per cápita* (INB/cap) con el desfase de un año mientras que la de órdenes superiores bajaba continuamente. Sin embargo los datos no permitían reconocer la situación económica de los que continuaban teniendo hijos. En el cuadro 8 se muestran los coeficientes de correlación entre ambas medidas con distintos desfases, en un intento de medir la adaptación de la conducta reproductiva a la contingencia económica.

Cuadro 8
COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE
TASAS DE FECUNDIDAD ACUMULADAS
PARA ÓRDENES DE NACIMIENTO 1 A 3
Y EL INGRESO NACIONAL BRUTO PER CÁPITA
CON DISTINTOS DESFASES. CHILE, 1967 A 1984

Desfase entre R 1-3 e INB	Coeficiente de correlación r
- 1	0,18
0	0,55
+1	0,84
+2	0,83
+3	0,60
+4	0,26

Fuente: Taucher, 1989.

Otro aspecto de la conducta reproductiva que es interesante investigar, es el cambio que ha experimentado la fecundidad en los distintos estratos económicos. La hipótesis es que cuando en los años 1960 se abrió el acceso a la anticoncepción a los estratos socioeconómicos más bajos, la fecundidad disminuyó más intensamente en éstos dado que las capas superiores de la sociedad ya la habían disminuido porque tuvieron acceso más precoz a las medidas de planificación familiar.

Utilizando como indicador socioeconómico el nivel de instrucción de la madre que se registra en el certificado de nacimiento es necesario tener los datos de un censo cercano para poder calcular tasas específicas. Se puede comprobar para los años 1992 y 2002 que la fecundidad muestra, con algunas fluctuaciones, una tendencia al aumento a medida que asciende el nivel de instrucción a excepción del grupo 13 y más años de instrucción en que se observa constantemente una menor fecundidad que en el grupo anterior (cuadro 9).

Las tasas para el año 2002 que aparecen en el cuadro 9 tuvieron que calcularse con datos de estadísticas vitales del 2000 por no estar disponible la publicación oficial de ellas para el año 2002. La influencia que esto pudiera tener se investigó haciendo el ejercicio para datos del censo de 1992 y estadísticas vitales de 1990. Se vio que en general las tasas se sobreestimaban pero la tendencia respecto a instrucción se mantenía. Habrá que repetir el cálculo cuando aparezcan las estadísticas vitales de 2002 para depurar los datos de los cambios en la fecundidad específica y en la estructura por instrucción materna de los nacimientos.

Lo más llamativo de estos datos es, con excepción del grupo 15 a 19, la enorme reducción de las tasas de fecundidad entre ambos años, probablemente aún mayor si se acepta que las tasas del 2002 están sobreestimadas. También es de notar que la reducción es relativamente mayor en los grupos con menos de 4 años de instrucción y que la máxima fecundidad se desplaza del grupo de 20 a 24 al de 25 a 29 años, siguiendo la tendencia de los países desarrollados en que la mujer pospone los nacimientos hasta terminar su educación o consolidar su situación laboral. Sin embargo todos estos comentarios estarán sujetos a revisión una vez que se disponga de los datos de nacimientos para 2002.

Cuadro 9

**TASAS DE FECUNDIDAD POR MIL MUJERES POR EDAD
Y AÑOS DE INSTRUCCIÓN. HILE, 1992 Y 2002***

Edad y año	Años de instrucción						
	Total	0	1 a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 12	13 y más
15 a 19							
1992	62,5	27,7	60,7	96,6	78,3	54,1	22,7
2002	62,5	11,5	33,7	142,2	79,7	57,6	12,7
20 a 24							
1992	125,0	54,8	113,1	138,3	143,9	151,3	68,1
2002	95,8	22,7	53,8	133,5	127,2	127,3	38,3
25 a 29							
1992	126,1	60,3	115,2	110,2	112,7	147,0	118,4
2002	106,4	21,3	52,9	103,3	103,4	133,2	86,8
30 a 39							
1992	74,8	41,6	63,3	60,8	66,4	86,9	83,4
2002	64,9	15,2	38,4	51,7	56,7	82,0	62,6
40 a 49							
1992	8,3	6,1	7,4	7,5	6,7	9,7	12,2
2002	7,2	2,1	5,1	8,8	7,4	9,3	6,1
TGF							
1992	1,984	0,953	1,798	2,067	2,040	2,245	1,524
2002	1,684	0,364	0,920	2,198	1,872	2,047	1,032

* Las tasas de 2002 se calcularon con los datos del censo del 2002 y con las estadísticas vitales del año 2000 por no disponer todavía de la publicación oficial de estadísticas vitales del 2002.

VI. Situación reciente de fecundidad y salud y mirada hacia futuro

Cuando analizamos el origen de los programas de planificación de la familia en América Latina, la tasa de natalidad en 15 de 19 países era superior a 40 por mil y la tasa de mortalidad infantil en 13 de 18 países era mayor que 70 por mil. Las estimaciones para el año 2002 muestran una situación muy diferente como puede apreciarse en el cuadro 10.

Cuadro 10

**TASAS BRUTAS DE NATALIDAD, TASAS GLOBALES DE
FECUNDIDAD Y TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL ESTIMADAS
PARA 2002 EN SUBREGIONES DE LAS AMÉRICAS**

	TBN	TGF	MI
América Latina	21,6	2,5	32,1
Área Andina	23,4	2,8	31,5
Cono Sur	19,8	2,5	20,1
América Central	29,5	3,6	32,8
Caribe Latino	20,2	2,5	37,8
Caribe	18,2	2,1	21,3

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2002.

Cabe preguntarse entonces si la relación entre fecundidad y salud es un tema de interés actual.

Revisando la publicación “La Salud en las Américas” del año 2002 en la página 39 aparece una figura que muestra la estrecha relación entre la tasa global de fecundidad y la esperanza de vida al nacer para todos los países de la región. Aunque probablemente la relación se deba a que ambos indicadores obedecen en gran parte a factores socioeconómicos comunes, el hecho de mostrar la relación indica que la preocupación por la fecundidad sigue vigente como determinante de salud. En efecto, en el capítulo “Macrodeterminantes de la salud en el desarrollo humano sostenible” se menciona que los cambios en las tasas de fecundidad y la estructura de los nacimientos por edad de las madres han ejercido efectos positivos sobre la salud de las mujeres y de sus hijos, al disminuir los riesgos de morbilidad materna e infantil que suponen la multiparidad, los embarazos muy seguidos y los que se producen en edades en los extremos del período fértil. Se menciona también que el hecho de que las mujeres puedan controlar la fecundidad constituye la base para el ejercicio de sus otros derechos.

Sin embargo se hace notar que este panorama positivo se ve oscurecido por las grandes desigualdades entre y dentro de los países con respecto a los niveles de fecundidad que se relacionan directamente con las desigualdades socioeconómicas. Así a fines del siglo XX el 57% de las mujeres de América Latina y el Caribe tuvieron acceso a anticonceptivos pero el porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas de planificación familiar reportado en un análisis de 9 países variaba entre 7,3 en Brasil (1996) y un máximo de 44,5 en Haití (1999). En el mismo estudio se encontró que la atención profesional del parto variaba entre 95,3% en República Dominicana y 46,3% en Haití y que la razón entre la mortalidad infantil en el quintil más pobre y el más rico variaba entre 4,2 para Bolivia (106,5/25,5) y 1,3 en Haití (93,7/74,3). Sin apearse a la validez o exactitud de estas cifras, ellas son indicio de la persistencia de grandes diferencias en el bienestar económico y en el acceso a servicios de salud (Gwatkin y otros, 2000 citado en Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Entre los muchos problemas que persisten respecto a la salud reproductiva y la mortalidad infantil, sigue preocupando el hecho de que, existiendo la posibilidad de usar anticonceptivos siga habiendo abortos inducidos y no disminuya la fecundidad adolescente.

El aborto inducido es ilegal en la mayoría de los países de la región excepto cuando el embarazo constituye un riesgo para la salud de la madre o cuando se trata de casos de violación. Esto hace que al practicarse en forma clandestina implica el peligro de complicaciones como perforaciones del útero, hemorragias, embolias e infecciones que pueden llevar hasta la muerte o provocar esterilidad a futuro. Se manifiestan aquí también las desigualdades sociales porque las mujeres con más recursos pueden recurrir a profesionales capacitados y en condiciones más adecuadas. Por su condición de ilegalidad es difícil obtener datos fidedignos sobre la cuantía de los abortos. En el capítulo de “Promoción de la Salud en las Américas” (Organización Panamericana de la Salud, 2002) se menciona que varios estudios indican que las mujeres que abortan tienen 20 o más años, son casadas y muchas ya son madres. Se estima que en América Latina y el Caribe hasta 31% de los embarazos pueden terminar en aborto y que el aborto es responsable de alrededor del 12% de las muertes maternas. Algunos estudios recientes han mostrado que el acceso relativamente fácil al Misoprostol, un medicamento contra las úlceras pépticas que puede causar el aborto, ha reducido la morbilidad y la mortalidad por aborto aunque su uso creciente por los adolescentes es motivo de preocupación.

La anticoncepción de emergencia mediante la llamada píldora del día después, o bien, utilizando los anticonceptivos orales corrientes en determinadas dosis, es un recurso para evitar posibles embarazos en caso de violación o de una relación sexual sin protección. Por los efectos secundarios que puede provocar su uso frecuente, no está indicado como anticonceptivo habitual sino que, como dice su nombre, sólo debe usarse en situaciones de emergencia. Al igual que los

métodos anticonceptivos eficaces no naturales y el aborto mismo, ha encontrado la oposición de grupos religiosos.

Respecto a los embarazos en adolescentes las estadísticas muestran que si bien en el grupo de 15 a 19 años de edad la fecundidad se ha mantenido a niveles constantes o ha disminuido, ha crecido su importancia relativa por la gran disminución de la fecundidad en los grupos etarios mayores. Lo que encubre la agrupación de edades es que, un descenso de la fecundidad en las niñas de 18 y 19 años de edad es anulado por su aumento en las de 15, 16 y 17 años de edad, como pudo comprobarse en un análisis del problema en Chile. Se observó también que entre 1980 y 1998 el porcentaje de madres solteras en el grupo menor de 21 años había aumentado de 43 a 77%, llegando en las niñas de 15 años a un 91% (INE, Chile, 2000b).

Los problemas que enfrenta la madre adolescente en estos momentos son más de naturaleza social que de salud física. La interrupción de sus estudios, su inmadurez psicológica para enfrentar el rol de madre, los problemas económicos, el rechazo de su familia o el abandono de su pareja son algunos de los problemas que se le pueden presentar.

En el 40° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (septiembre de 1997) los Estados Miembros aprobaron el Plan de Acción para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes (1998-2001) y una resolución (CD40.R16) en que se insta a los Estados Miembros a abogar por la inclusión de los adolescentes y los jóvenes en los programas y políticas públicas (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

Tanto el problema del aborto como el de embarazos en adolescentes comparten un determinante común que es la falta de uso de anticonceptivo para prevenir embarazos no deseados. Esto puede deberse a falta de conocimiento o bien a barreras físicas o sociales a los servicios o a los métodos de planificación de la familia. Sin embargo en muchos casos, existe el conocimiento y el acceso pero no se previene un embarazo porque la relación sexual no estaba prevista o porque la pareja tiene una actitud despreocupada respecto al riesgo de un embarazo.

De esta manera, las investigaciones en el campo de la salud han sido complementadas en las últimas décadas por el estudio de temas tales como la aceptabilidad de los métodos, las razones para la falta de uso, la participación del hombre en las decisiones sobre el número de hijos, la actitud masculina hacia la mujer, la iniciación sexual, las relaciones bajo coerción y la violencia intrafamiliar, abordados por psicólogos y cientistas sociales.

En una mirada hacia futuro, supongamos que la fecundidad pudiera evolucionar como ha sucedido en países desarrollados como Italia o España, con fecundidades bajo el nivel de reemplazo, además de hijos únicos y madres añosas. Prescindiendo del envejecimiento de la población y de los problemas psicológicos y conductuales del hijo único, enfoquemos lo que podría pasar con la salud reproductiva y la mortalidad infantil.

Ya se vio que tener el primer hijo a edades de 35 o más años, implicaba mayor riesgo para la salud materna y para la del niño, que tenerlo a edades menores. La postergación de la maternidad a esas edades probablemente implicaría que, por precaución, los partos naturales cederían paso a las cesáreas y que, por la más favorable relación entre recursos y nacimientos, los hijos dispondrían de los medios necesarios para su supervivencia.

Chile, donde que cualquier aborto inducido está prohibido por ley y donde que las estadísticas vitales son de buena calidad, es el lugar ideal para estudiar la relación entre malformaciones congénitas y los factores relacionados con la fecundidad. En un estudio con datos pareados de defunciones y nacimientos se vio la enorme diferencia entre la mortalidad infantil por malformaciones congénitas, especialmente la por anomalías cromosómicas en los distintos grupos de edades maternas (cuadro 11) (Taucher e Icaza, 2001).

Cuadro 11
MORTALIDAD INFANTIL POR 100 MIL NACIDOS VIVOS
POR TODAS LAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y
POR ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS. CHILE, 1993-95

Edad materna	Todas las anomalías	Anomalías cromosómicas
< de 20	386,0	33,4
20 a 24	317,3	19,9
25 a 29	325,0	24,8
30 a 34	317,9	28,8
5 a 39	387,9	74,5
40 a 44	819,3	230,9
45 y más	866,2	481,2

Fuente: Taucher e Icaza, 2001.

En algunos países desarrollados es indicación común el examen de las células del líquido amniótico de toda embarazada de 35 o más años, con la posibilidad de abortar si se encuentran anomalías cromosómicas. Si tales prácticas pudieran llegar a nuestros países en el futuro, es difícil de predecir.

Mientras en los países de América Latina y el Caribe persistan las diferencias de fecundidad entre poblaciones urbanas y rurales y entre estratos socioeconómicos, seguirá habiendo grupos en que rijan las relaciones entre fecundidad y salud que existían en los años 60 y 70.

Una vez que esos diferenciales se aminoren y se llegue a situaciones de muy baja fecundidad, es posible que el acceso a servicios que permitan la supervivencia de niños de muy bajo peso, la cirugía del feto in útero, la fertilización asistida y otras técnicas por venir, causen problemas de salud que en este momento no podemos vislumbrar.

Bibliografía

- Campbell O.M.R y W. Graham (1991), *Measuring maternal mortality and morbidity. Levels and trends*. Maternal and Child Epidemiology Unit. London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Gwatkin, DR, y otros (2000), *Socio-economic differences in health, nutrition and population in selected countries*. Washington, DC: World Bank, HNP/Poverty Thematic Group; May.
- Hobcraft, J., J.W. Mc Donald, S. Rutstein (1983), Child spacing effects on infant and early child mortality. *Population Index*. Winter . Vol. 49, N° 4.
- INE-Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (2000a), *Anuario de Estadísticas Vitales 2000*.
- ___ (2000b), Fecundidad juvenil en Chile. *Enfoques Estadísticos*, octubre 2000.
- ___ (1999) *Anuarios de Demografía 1998-99*
- Laurenti R. (1992), *A saúde materna na Região das Américas*. Organização Panamericana de Saúde Washington.
- Morris, N.M., J.R. Udry, C.L. Chase (1975), Shifting age-parity distribution of births and the decrease in infant mortality. *American Journal of Public Health*, 65 (4).
- Nortman D. (1974), Edad de los padres como factor en el resultado del embarazo y del desarrollo del niño. *Consejo de Población, N° 16*. Edición en español: Asociación Colombiana para el Estudio de la Población. Bogotá
- Omran, A.R. (1985), *Fecundidad y Salud. La experiencia latinoamericana*. Organización Panamericana de la Salud
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002), *La Salud en las Américas*. Publicación Científica y Técnica N°. 587, Washington DC.

- ___ (1998), *Plan de Acción para la Salud y el Desarrollo de los Adolescentes y Jóvenes en las Américas (1998-2001)*. Washington DC: OPS.
- ___ (1993), *Regional Plan of Action for the reduction of maternal mortality in the Americas*. CE 11/11, 27 May.
- ___ (1985), *La salud de la mujer en las Américas*. Publicación Científica N° 488 Washington.
- Puffer, R.R. y C.V. Serrano (1975), *El peso al nacer, la edad materna y el orden de nacimiento: tres importantes determinantes de la mortalidad infantil*. Publicación Científica N° 294. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington DC.
- Soto, Z. (1975), “*América Latina: Situación de los programas de planificación de la familia hasta 1973*”. CELADE, *Serie A, N° 130*, abril.
- Taucher, E. (1996), The impact of fertility decline on levels of infant mortality, in Guzmán JM; Singh S; Rodríguez G; Pantelides E. *The fertility transition in Latin America*. Clarendon Press Oxford
- ___ (1995), Chile: Mortalidad en la niñez en un contexto de transición. Presentado en Seminario Internacional sobre Consecuencias de las Transiciones Demográficas y Epidemiológicas en América Latina organizado por El Colegio de México y John Hopkin’s University. México 23 y 24 de octubre.
- ___ (1989), Behavioural factors in demographic responses to economic crisis. Presentado en Sesión informal 1.13: “Demographic response to the economic crisis” of the XXIst IUSSP Conference in New Delhi, 20 - 27 September, 1989.
- ___ (1988), Efecto del descenso de la fecundidad en la mortalidad infantil. *Estudio Técnico 57 s*. International Development Research Centre. Ottawa, Canada. (Disponible también en inglés y francés).
- ___ (1986) Fecundidad y salud materno infantil. *Boletín de la Asociación Chilena de Protección de la Familia*. Año XXII. Santiago, Chile, julio-diciembre.
- ___ (1984), Family planning and population projections. en UN. Population Projections: Methodology of the United Nations. *Population Studies N° 83*. New York.
- ___ (1979a), Mortalidad infantil en Chile. *Notas de Población Año VII, N° 20*. Centro Latinoamericano de Demografía, San José, Costa Rica.
- ___ (1979b), Efectos demográficos y socio-económicos de los programas de planificación de la familia en la América Latina. en Urquidí V. y Morelos J. Compiladores *Población y desarrollo en América Latina. El Colegio de México, 1979*.
- Taucher, E. y G. Icaza (2001), Diferenciales de mortalidad infantil por malformaciones congénitas con datos pareados. Chile 1993-1995). *Rev Méd Chile*; 2001; 129.
- Wolfers D. y S. Scrimshaw (1975), Child survival and intervals between pregnancies in Guayaquil Ecuador. *Population Studies, 29 (3)* USA.

Cambios y continuidades en las familias latinoamericanas. Efectos del descenso de la fecundidad

*Irma Arriagada*²¹⁰

I. Introducción

La familia es considerada la unidad de análisis esencial para evaluar los impactos de los cambios demográficos sobre la realidad social. Entre las dimensiones sociodemográficas más analizadas en relación con la familia se cuenta el tamaño, las relaciones de parentesco, el ciclo de vida, los tipos de jefatura del hogar, el número y edad de los hijos. Junto a las dimensiones señaladas, es importante atender a otros procesos que afectan las dinámicas sociodemográficas y que tienen que ver con continuidades y cambios en las relaciones de género al interior de las familias. Distintos estudios relativos a la familia y a sus relaciones de género, muestran cómo la existencia de violencia intrafamiliar y la distribución del trabajo doméstico y extradoméstico entre sus miembros, son esenciales para entender procesos sociales como la pobreza, la participación económica familiar y los sistemas de seguridad social, entre otros (véase al respecto, Aguirre, 2003, Wainerman; 2003 y García y Oliveira, 2003). De la misma manera, la consideración de los cambios en las relaciones

²¹⁰ Socióloga. Oficial de Asuntos Sociales, CEPAL.

de género en el sentido de una mayor individualización y autonomía de las mujeres, en un contexto de modernidad tardía, permite anticipar futuros escenarios sociodemográficos.

En los análisis sociales y demográficos suele distinguirse la familia del hogar. La familia —fundada en relaciones de parentesco— es considerada como institución social que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a la reproducción y a la sexualidad. El hogar o las unidades domésticas de los hogares incluyen la convivencia cotidiana que significa un hogar y un techo: una economía compartida, una domesticidad colectiva, el sustrato cotidiano (Jelin, 1998) —grupos que comparten una vivienda, un presupuesto común y actividades para la reproducción cotidiana, ligados o no por lazos de parentesco—. En la realidad latinoamericana ambos han tendido a confundirse, sin embargo, los procesos de modernidad los han ido separando en ciertos casos, al generarse hogares donde no existen relaciones de parentesco, como es la situación de grupos de jóvenes de sectores medios y altos que viven juntos sin que medien relaciones de parentesco.

La situación de las familias latinoamericanas ha variado de manera acelerada durante la última década. Entre los cambios más notables figuran los efectos de las principales transformaciones demográficas: el descenso de la natalidad y la mortalidad que se traduce en el aumento de la esperanza de vida, y más importante aún, la separación de la sexualidad de la reproducción. Se ha planteado que en el mundo de hoy las tres dimensiones de la definición clásica de familia —la sexualidad, la procreación y la convivencia— han experimentado profundas transformaciones y evolucionado en direcciones divergentes, de lo que ha resultado una creciente multiplicidad de formas de familia y de convivencia (Jelin, 1998).

De igual forma merecen destacarse las modificaciones en el ámbito simbólico, que se manifiestan en nuevos modelos de familia y estilos de relación familiar, en sociedades en continuo cambio que desafían los roles familiares tradicionales e imponen nuevos retos y tensiones a sus miembros. Existen nuevas formas de articulación entre los sexos, las generaciones y las instituciones sociales, en la búsqueda de relaciones sociales basadas en los derechos de las personas (especialmente mujeres, niños y jóvenes) y en opciones más democráticas de convivencia.

En este texto, luego de una breve referencia a la dificultad para establecer una relación de temporalidad entre cambios demográficos y cambios socio-culturales, se destacan los efectos que los cambios demográficos —específicamente el descenso de la fecundidad— han tenido sobre la estructura, organización y funcionamiento de las familias latinoamericanas, para terminar indicando algunos temas emergentes que requieren atención.

II. La temporalidad de los procesos demográficos y sociales

Existen grandes dificultades para establecer la dimensión temporal de los cambios demográficos, sociales y culturales. Se ha indicado que los determinantes del descenso de la fecundidad no tienen una relación directa con el incremento en los niveles educativos, ocupacionales y de participación de las mujeres, si bien están estrechamente asociados a estas dimensiones. A su vez, la reducción en las tasas de fecundidad, dada por una fecundidad más tardía, incentiva una mayor participación tanto educativa como económica de las mujeres, y la mayor educación y participación económica de las mujeres influye en el descenso y retraso de la fecundidad. Se está probablemente en presencia de una causalidad circular acumulativa. Asimismo, dada la rapidez de los cambios en la región latinoamericana, es necesario separar el análisis de diversas cohortes de edad que se encuentran en distintas etapas del ciclo de vida y portan opciones diferenciales en relación con sus familias. Esta constatación aumenta la heterogeneidad que está presente en las formas de familias latinoamericanas.

En este texto no analizamos los determinantes sociales y culturales de la caída de la fecundidad, sino que, por el contrario, la mirada se dirige hacia los efectos que esa declinación tiene sobre las estructuras familiares en América Latina.

III. ¿Cuáles son los efectos sobre las familias?

1. El descenso en el tamaño de la familia

La primera transición demográfica —caída de la mortalidad y de la fecundidad y aumento de la esperanza de vida— ha tenido efectos importantes sobre la familia, específicamente en la región latinoamericana. En primer lugar, hay que destacar que en América Latina la situación de descenso de la fecundidad si bien general para toda la región, fue diferente por países en función de la etapa de transición demográfica en la que se encuentran. Es importante recalcar que los niveles de fecundidad de los países de la región son muy diferentes. Por ejemplo, por mostrar dos extremos, la tasa global de fecundidad de Guatemala alcanza a 4,4 y la de Cuba de 1,6 (CEPAL, 2002b).

La consecuencia más evidente del descenso de la fecundidad es la disminución en el tamaño de los hogares. Entre 1987 y 1999 se observa este fenómeno en los 17 países latinoamericanos sobre los cuales se dispone de información²¹¹ (véase cuadros 1 a 6 anexos). La heterogeneidad de las situaciones nacionales obedece a evoluciones históricas diferentes y —como ya se señaló— a que esas evoluciones se reflejan en distintas etapas de la transición demográfica. Uruguay es el que registra el menor tamaño medio por hogar (3,2 personas en 1999), y Honduras se sitúa en el extremo opuesto (4,8 personas por hogar).

La caída de la fecundidad es mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Además, la fecundidad es mayor en los sectores socioeconómicos más bajos que en los más altos y las mujeres con niveles educativos más altos suelen tener en promedio un menor número de hijos que las madres con niveles educativos inferiores. Por tanto, los efectos de las zonas geográficas, sector socioeconómico y nivel educativo tienen efectos diferenciales sobre el tamaño y composición de la familia.

En suma, el tamaño medio de la familia se ha reducido por la postergación en la primera unión, la declinación del número de hijos y el mayor espaciamiento entre ellos, de manera que en la actualidad hay menos hijos por hogar y la diferencia de edades entre ellos es mayor. En el plano familiar el menor número de hijos significa un descenso en el trabajo reproductivo, doméstico y de socialización realizado por las mujeres, que puede expresarse en primer lugar, en un aumento de sus posibilidades de opción laboral y de autonomía. En segundo lugar, se traduce en mejor calidad de vida de los hijos, en términos de nutrición, salud y socialización y en una menor pobreza de los hogares. En términos sociales, en una menor presión demográfica en los sistemas educativos y en el mercado de trabajo (el llamado “bono demográfico”) pero también en un mayor peso sobre los sistemas de pensiones, de salud y cuidado del adulto mayor.

Sin embargo, la reducción en el tamaño de la familia no sólo obedece a una caída en la fecundidad sino que hay también otros fenómenos sociales económicos y culturales que la explican. Entre ellos, el aumento de las familias de jefatura femenina, el descenso de las familias extendidas y compuestas, el nivel socioeconómico de los hogares y por último, se puede indicar que las migraciones de algunos de los miembros de la familia por razones diversas —como causas económicas, violencia, conflictos armados y otras— han reducido el tamaño familiar. A continuación se examinará algunos de estos fenómenos.

²¹¹ La información sobre la que se basa esta ponencia son las encuestas de hogares de 17 países latinoamericanos. Se procesó la información correspondiente a las zonas urbanas. La información más detallada en Arriagada, 2002 y 2001.

a) Tamaño del hogar por nivel socioeconómico

Además de la fecundidad, el tamaño del hogar también depende del nivel socioeconómico de las familias, tal como se señaló previamente. Un indicador muy preciso es la magnitud de ingresos de la familia, y más específico aún, es el quintil de ingresos a los que pertenecen los hogares. Si se comparan los hogares pertenecientes al 20% de ingresos inferiores (quintil 1) con el 20% de hogares más ricos (quintil 5) se aprecia una importante diferencia en el tamaño de los hogares. Guatemala y México tienen casi tres personas adicionales en los hogares más pobres que en los extremadamente ricos, ambos países con grandes poblaciones indígenas y rurales.

De manera que estas diferencias obedecen también a valores culturales diferentes respecto del tamaño ideal de la familia. De esta forma, los países que se encuentran en diferentes etapas de su transición demográfica muestran en promedio tamaños similares de hogar, si bien la tendencia general es a una correspondencia entre tamaño del hogar y etapa de transición demográfica, es decir, mientras más avanzada la transición demográfica (por ejemplo, en Argentina y Uruguay) menor es el tamaño del hogar.

2. Otros fenómenos asociados a la disminución del tamaño de la familia y de los hogares

Respecto de los efectos sobre la estructura familiar y sobre la etapa del ciclo de vida familiar, junto con las formas tradicionales de familia, en América Latina han surgido nuevas configuraciones familiares propias de la modernidad, como parejas sin hijos y hogares sin núcleo conyugal, a la vez que continúan aumentando los hogares monoparentales y en especial los de jefatura femenina.

Si bien el tamaño medio de la familia se ha reducido por la declinación del número de hijos y el mayor espaciamiento entre ellos, es importante indicar que esa reducción también obedece a otros fenómenos como la disminución de las familias multigeneracionales, el aumento de hogares unipersonales, y el efecto de las migraciones. De esta forma, es necesario separar los efectos propios de la fecundidad, que se traducen en un menor número de hijos por familia, de los efectos de otros procesos sociales y de cambio cultural al que se han visto enfrentadas las sociedades latinoamericanas.

a) El descenso de los hogares multigeneracionales

La imagen más tradicional asociada a la familia de principios del siglo pasado corresponde a un hogar donde conviven abuelos/as, padres e hijos/as junto con tíos/as y primos/as y otros parientes de segundo grado. Esta visión de la familia extendida refleja cada vez menos familias, puesto que las familias extendidas han disminuido en la mitad de los países y en 1999 fluctuaban entre 11% (Argentina) y 31% (Venezuela).

Asimismo las familias compuestas urbanas que agregaban al grupo familiar otras personas no relacionadas por lazos de parentesco, también han disminuido, y oscilaban entre 0,2 en México y 5,2% en Honduras en el mismo año. El proceso de migración de la población rural más joven a la ciudad en busca de nuevas oportunidades laborales a partir de los años cincuenta, especialmente de las jóvenes que conforman la mayoría del trabajo doméstico remunerado en las ciudades, modificó a la familia extendida y compuesta y fomentó la formación de las familias nucleares como grupo predominante.

b) El aumento de los hogares unipersonales

Los procesos de individualización propios de la modernidad se reflejan en el aumento de los hogares unipersonales, es decir, de las personas que por opción ya no viven en familia —más habitual entre la población joven con los suficientes recursos económicos—.

Durante 1987 y 1999 han aumentado los hogares de las personas que viven solas, como los adultos mayores, y especialmente mujeres viudas —dada su mayor esperanza de vida— que cuentan con recursos económicos (jubilaciones o pensiones de viudez). También en este grupo se pueden encontrar los jóvenes de ambos sexos que deciden postergar su unión y cuentan con los recursos económicos propios que les permiten vivir solos.

En algunos países que cuentan con información proveniente de las Encuestas de Demografía y Salud, se puede constatar que durante el último decenio, se produjo un aumento del porcentaje de mujeres de 30 a 34 años que se mantenían solteras (Bolivia, Ecuador, El Salvador y República Dominicana) y conjuntamente ha aumentado el porcentaje de mujeres de 45 a 49 años que estaban separadas (en los siete países que cuentan con información).

c) Los hogares de jefatura femenina

Uno de los fenómenos más importantes y visibles en relación con la estructura familiar es el incremento de los hogares monoparentales, que son casi exclusivamente de jefatura femenina.

Tradicionalmente, las mediciones de los censos y de las encuestas de hogares han definido que dentro del núcleo conyugal, el jefe de hogar es la persona reconocida como tal por los demás miembros del hogar, sin considerar el proceso real de toma de decisiones y la composición y magnitud del aporte económico. Dadas las limitaciones de la definición de jefatura familiar señaladas, para evitar el sesgo sexista de la definición de jefe del hogar se ha propuesto la consideración simultánea de jefatura femenina/masculina de facto y de jure (Gammage, 1998), asimilando el concepto *de jure* al que se usa habitualmente en censos y encuestas, y el concepto *de facto* al que se determina por el mayor aporte al ingreso familiar. Al hacerlo se encuentran interesantes relaciones entre ambos tipos de jefatura femenina de hogar.

Al realizar la comparación siguiendo los criterios de jure y de facto, existe una mayor invisibilidad de las mujeres en la definición tradicional de jefatura del hogar, y se comprueba que en todos los países de América Latina el porcentaje de hogares cuyo aporte económico principal es realizado por una mujer supera al de hogares con jefatura femenina, excepto en Nicaragua, donde el porcentaje es el mismo. Este hallazgo se liga directamente con la participación creciente de las mujeres en el mercado de trabajo y la mayor autonomía que les proporciona el acceso a recursos propios.

El número de hogares encabezados por mujeres (sea de *jure* o de *facto*) ha continuado creciendo desde comienzos de los años noventa,²¹² hasta llegar a representar entre una cuarta y una tercera parte de los hogares, según los países. Entre los de jure, Nicaragua (con 35% en 1998) y la República Dominicana y Uruguay (con 31% cada uno en 1999) registraban las más altas tasas de hogares encabezados por mujeres. Al mismo tiempo, persistía la tendencia a que la incidencia de la extrema pobreza fuese mayor en estos hogares: en 13 de 17 países los hogares indigentes mostraban una mayor proporción de hogares de jefatura femenina que en el total de los hogares, y en Costa Rica y la República Dominicana más de la mitad de los hogares indigentes estaban a cargo de una jefa. Llama la atención que en los análisis, en las mediciones y en las políticas sólo muy recientemente se esté analizando la situación de los hogares de jefatura femenina de facto que muestran claramente la ruptura con el modelo tradicional de familia con un jefe hombre proveedor.

Se aprecia de manera muy incipiente también un leve aumento de los hogares monoparentales de jefatura masculina, es decir de padres que viven solos con sus hijos, si bien es una magnitud muy reducida de casos. Sin duda ambas situaciones reflejan nuevos modelos de familia que además de contar con un menor número de adultos en los hogares, muestran la existencia de nuevos arreglos familiares y la necesidad de adecuar los servicios de apoyo a estas nuevas realidades. En términos generales, se puede

²¹² Entre 1990 y 1999, los hogares con jefatura femenina aumentaron en 14 países y se mantuvieron en dos (CEPAL, 2001, p.151).

inferir que si bien la carga total del trabajo de socialización disminuyó al reducirse el número de niños por hogar, también descendió el número de adultos que tenían a su cargo esa socialización.

d) Las familias complejas

El aumento de la esperanza de vida de la población ha prolongado la vida en pareja. En México se estima que los roles de esposo y esposa pueden abarcar hasta 40 años de la vida de las personas (Ariza y de Oliveira, 2001). Además, la extensión del tiempo de vida en pareja aumenta la probabilidad de separaciones y divorcios, que incrementa a su vez los hogares monoparentales. En países como Argentina, Chile y Uruguay ese período puede ser más extenso, dado que son países con una transición demográfica avanzada. Entre otros efectos se ha elevado el número de hogares unipersonales, de adultos mayores y de hogares sin hijos. Actualmente, uno de cada cuatro hogares de América Latina tiene entre sus miembros al menos un adulto mayor (CEPAL, 2000b). Este aumento de los adultos mayores tiene incidencia directa sobre el aumento del trabajo doméstico no remunerado, realizado por las mujeres en sus hogares.

Al incrementarse la frecuencia de separaciones y divorcios, han aparecido las familias complejas como un nuevo y creciente fenómeno en la región. Estas familias resultan del divorcio, la nulidad del matrimonio, la viudez o la ruptura de la convivencia de hecho, y la constitución de nuevos vínculos. No obstante, las categorías estadísticas usadas en las encuestas de hogares no permiten medir su magnitud y se las considera como familias nucleares biparentales.²¹³ Por ejemplo, Uruguay, donde la ley de divorcio se aprobó a principios de siglo (1907-1913), reporta un incremento continuo de los divorcios pero con un aumento muy pronunciado en las últimas décadas, específicamente a partir de los años ochenta (Cabella, 1998).

El aumento de las familias complejas podría contribuir a enmascarar el descenso en el tamaño de la familia puesto que en estas familias, se puede encontrar la formación de nuevas familias que desean tener hijos de esta nueva unión, además de hijos que se agregan a los otros ya existentes y que aumentan la distancia en sus edades. En términos de parentesco surgen nuevas relaciones no bien tipificadas y que aún no cuentan con denominaciones adecuadas.

e) El ciclo de vida familiar

En América Latina han habido cambios muy importantes en la magnitud del grupo de familias que se ubica en cada etapa del ciclo de vida familiar. Este fenómeno es atribuible a cambios demográficos significativos, en especial el descenso de las tasas de natalidad de los años setenta.

Se ha elaborado una tipología que hace referencia a las diversas etapas por las que pueden transitar los hogares de tipo familiar. Si bien la clasificación elaborada se define en forma esencialmente empírica y corresponde a un corte en el tiempo, pretende aproximarse a las distinciones conceptuales de la etapa de inicio de la familia (empiezan a nacer los hijos), la de consolidación (dejan de nacer los hijos) y finalmente la de salida de los hijos (los hijos se van o pasan a constituir hogares distintos). Esta tipología, a diferencia de otra anterior,²¹⁴ se basa en la edad del hijo menor, teniendo presente que son los hijos menores los que demandan mayor trabajo doméstico en los hogares (recuadro 1).²¹⁵

La mayoría de las familias de la región se encuentra en la etapa de expansión y crecimiento, es decir, sus hijos menores tienen 12 años de edad o menos. En países de transición demográfica avanzada —como Argentina, Chile, Uruguay y Panamá— las familias se ubican en la etapa de

²¹³ Las familias complejas, reconstituidas, recompuestas o las nuevas familias son difíciles de cuantificar por medio de las encuestas de hogares, puesto que en la mayoría de los cuestionarios no se pregunta si es la primera unión o una posterior, y no se diferencia entre hijos e hijastros; por lo tanto, estas familias se clasifican como hogares nucleares biparentales.

²¹⁴ Al respecto, véase Arriagada (1997).

²¹⁵ La existencia de familias complejas complica la elaboración de esta tipología, porque las familias que han interrumpido un ciclo de vida familiar (por separación y divorcio) e iniciado otro (nuevas uniones) pueden tener familias con hijos con mucho mayor diferencia de edad que las que se mantienen en el tiempo.

consolidación o de salida de los hijos cuando el hijo menor tiene 13 años y más, y de parejas mayores sin hijos. Estas tendencias son asimilables a la modernidad tardía, que en la medida que continúe el descenso de la fecundidad se irán acentuando.

Recuadro 1

TIPOLOGÍA DEL CICLO DE VIDA FAMILIAR, CONSTRUIDA A PARTIR DE LAS ENCUESTAS DE HOGARES

1. Pareja joven sin hijos: parejas que no han tenido hijos y en la cual la mujer tiene menos de 40 años.
2. Ciclo de inicio de la familia: corresponde a familias que sólo tienen hijos menores de 6 años.
3. Ciclo de expansión o crecimiento: corresponde a familias cuyos hijos menores tienen 12 años y menos.^a
4. Ciclo de consolidación y salida: familias cuyos hijos menores tienen 13 años o más.
5. Pareja mayor sin hijos (nido vacío): parejas sin hijos donde la mujer tiene más de 40 años.

^a Por ejemplo, en el ciclo de inicio se hallan las familias que sólo tienen hijos menores de seis años; si una familia tiene un hijo de cinco años y otro de 11 años queda clasificada en el tipo de familias que se hallan en expansión o crecimiento.

Así, aún cuando las familias cuyos hijos menores tienen 12 años y menos continúan constituyendo el grupo más importante, han aumentado más las familias cuyo hijo menor tiene más de 13 años (Arriagada, 2002). Otro fenómeno importante que ha influido en la longitud del ciclo de vida familiar y la prolongación de los años de convivencia o matrimonio, es el aumento de la esperanza de vida al nacer, que en los países de transición avanzada explica el aumento de los hogares de adultos mayores solos, especialmente de mujeres viudas.

Se estima que en 1995/2000 la esperanza de vida de las mujeres latinoamericanas era de 73 años y la de los varones de 67, con grandes variaciones entre países derivadas de las diversas etapas de transición demográfica en que se encontraban. Entre 1985/1990 y 1990/2000 la esperanza de vida media para hombres y mujeres latinoamericanos aumentó en tres años aunque con amplias diferencias entre países (CEPAL, 1999a).

Dado que el potencial genético de la mujer explica que viva más años que el varón, llama la atención las diferencias entre la esperanza de vida de hombres y mujeres en los países de la región. En la línea de lo que ha indicado Sen (1991), las diferencias existentes entre países en la esperanza de vida de hombres y mujeres estarían indicando el grado de abandono de las mujeres y su mayor o menor discriminación en términos de nutrición básica y cuidado de salud.

Otros aspectos relacionados con los cambios en las etapas del ciclo familiar son la disminución del número de hijos y el aumento de la edad al casarse en casi todos los países que cuentan con información al respecto. Se aprecia un leve aumento en la edad media (edad mediana) en que se produce la primera unión y se tiene el primer hijo (CEPAL, 2000b), dimensiones que corresponden a la denominada segunda transición demográfica.²¹⁶ Al respecto cabe resaltar nuevamente la diferencia que se registra entre las mujeres sin educación y aquellas con una mayor educación, quienes postergan la primera relación sexual, la primera unión y el primer hijo. En algunos países, por ejemplo en Bolivia, un 33% de mujeres entre 15 y 49 años no deseaba tener más hijos al momento de su último embarazo. Esta proporción es mucho mayor entre las mujeres pertenecientes al quintil más pobre (quintil 1) en comparación con el más rico (quintil 5).

²¹⁶ Cabe hacer notar que la gran diversidad de situaciones entre países de la región, que no se relaciona directamente con la etapa de transición demográfica en que se encuentran, y de desarrollo socioeconómico.

En Bolivia y Perú la diferencia entre ambos quintiles es notable (de 33% y de 32%, respectivamente), lo que indica que hay un área deficitaria en la cobertura de los servicios de atención de salud reproductiva para la población femenina más pobre.

IV. ¿Una segunda transición demográfica?

Algunos países de la región con mayor desarrollo social (como Argentina, Chile y Uruguay) dan indicios de que entre sectores sociales con más educación y mayores ingresos se están difundiendo patrones de conducta sexual, nupcial y reproductiva ampliamente extendidos en los países desarrollados. Al respecto son ilustrativos el retraso del matrimonio y de la reproducción entre los jóvenes con alto nivel educativo, junto con el aumento de los divorcios y la convivencia en la clase media. La consolidación de estos patrones en Europa ha hecho que algunos autores sostengan que ellos conforman una segunda transición demográfica. En Chile, por ejemplo, entre 1980 y 1999 la edad media al casarse pasó en los hombres de 26,6 a 29,4 años y en las mujeres de 23,8 a 26,7 años; en el mismo período disminuyeron los matrimonios, aumentaron las nulidades, bajó la natalidad y se elevó el número de hijos nacidos fuera del matrimonio. En 1999, 47,7% de los hijos nacieron fuera del matrimonio; en 1990 la cifra había sido de 34,3% (SERNAM, 2001). Los últimos datos censales existentes confirman y muestran una acentuación de estas tendencias.

Esta segunda transición demográfica se vincula con un cambio valórico profundo, estrechamente emparentado con la noción de modernidad tardía de Giddens (1994 y 1995), aunque los demógrafos que están trabajando el tema prefieren relacionarla con lo que se ha denominado "valores posmaterialistas" (Inglehart, citado por Van de Kaa, 2001) y más recientemente posmodernización y posmodernidad (Van de Kaa, 2001). Incluye, además de índices de fecundidad muy inferiores al nivel de reemplazo, los siguientes rasgos: i) incremento del celibato y de las parejas que no desean tener hijos; ii) retraso de la primera unión; iii) postergación del primer hijo; iv) expansión de las uniones consensuales como alternativa al matrimonio; v) aumento de los nacimientos y de la crianza fuera del matrimonio; vi) mayor frecuencia de las rupturas matrimoniales (divorcio), y vii) diversificación de las modalidades de estructuración familiar.

Algunos de los rasgos señalados son de larga data en la región y su existencia no se vincula con la modernidad sino más bien con la exclusión e incluso con el tradicionalismo, como ocurre con las uniones consensuales y el abandono matrimonial. En especial, cabe resaltar que en sectores socio-económicos más carenciados estos procesos no son buscados como opción de autonomía sino como mecanismos extremos de supervivencia. En suma, algunos fenómenos sociodemográficos que atañen a las familias latinoamericanas ocultan factores determinantes, sentidos y consecuencias diferentes y específicas, dependiendo del grupo socioeconómico en que ocurren.

1. Riesgos demográficos

Los cambios reseñados no son unidireccionales. Si bien la fecundidad general ha disminuido, subsisten riesgos demográficos asociados al aumento de la fecundidad adolescente y a la fecundidad no planificada y se han generado nuevos riesgos demográficos, por ejemplo, vinculados a la expansión del SIDA. Se ha indicado que la persistencia de los riesgos demográficos se explica por una combinación compleja de comportamientos tradicionales (unión y embarazo temprano en el caso de la fecundidad adolescente en los grupos pobres) con fenómenos clásicos de exclusión —como la falta de acceso a medios anticonceptivos en el caso de la fecundidad no planificada (CEPAL, 2001)— y otros factores asociados a la cultura juvenil. La autonomía de las mujeres, elemento básico de la modernidad ganado en los ámbitos de la educación, de los derechos económicos y de la participación política, se pierde frente a los nuevos riesgos demográficos. Cabe destacar en este cuadro la importante transformación en los papeles de las mujeres, que es el aspecto que se destaca a continuación.

V. Transformación de los papeles sociales de las mujeres: autonomía y diversidad

Se ha señalado que las transformaciones en la organización de la economía, en los procesos de construcción del individuo y en la cultura, —así como las nuevas asimilaciones de las ideas de libertad, autonomía, derechos y participación política— han incidido en el sistema de relaciones de género. Los cambios en la interacción cotidiana entre hombres y mujeres y la presión ejercida por las organizaciones de mujeres sobre las agendas y los poderes públicos han contribuido a debilitar las normas que regulaban el campo de la familia, la intimidad y la sexualidad, y de las otras grandes instituciones sociales modernas (Guzmán, 2002). Entre las transformaciones más gravitantes en los cambios en la familia se puede indicar la transformación de los papeles de las mujeres y la ampliación de su autonomía, especialmente económica.

1. Participación laboral femenina

La incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo ha modificado los patrones habituales de funcionamiento de los hogares latinoamericanos. Para los países de la región en su conjunto, la tasa de actividad femenina subió de 39% en 1990 a 44,7% en 1998 (Abramo, Valenzuela y Pollack, 2000), si bien con grandes diferencias entre países, y con variaciones según la zona de residencia, la edad y el nivel educativo. Aun cuando las tasas de actividad más altas corresponden a las mujeres con mayor educación, las crecientes dificultades económicas que apremian a los hogares latinoamericanos han impulsado también una creciente participación laboral de las mujeres menos educadas; en consecuencia, se aprecia un aumento del número de personas que aportan ingresos al hogar (mujeres, jóvenes y niños), poniendo fin al sistema del aportante único (breadwinner system) también en los hogares de mayor vulnerabilidad social.²¹⁷ El aumento de la participación laboral de las mujeres, sean ellas pobres o ricas, les abre posibilidades de mayor autonomía y participación en otros ámbitos sociales.

En diversos estudios se ha mostrado que en el decenio de 1990 una gran proporción de mujeres se incorporó a la actividad laboral en las etapas del ciclo reproductivo familiar que les significa más trabajo, es decir, cuando tienen a su cargo hijos pequeños. Asimismo, el aporte económico de las mujeres que trabajan contribuye a que una proporción importante de los hogares situados sobre la línea de pobreza pueda mantenerse en esa posición (CEPAL, 1995; Arriagada, 1998).

El aporte de un ingreso adicional establece la diferencia entre los hogares del quintil más pobre y el más rico. Los hogares con más de un aportante económico corresponden con mayor frecuencia a las familias en que ambos padres están presentes, así como a las extendidas y las compuestas. Por sus características, la proporción de hogares con más de un aportante es menor entre las familias monoparentales, ya que ese segundo ingreso es el que generan los hijos que se incorporan al mercado laboral. Asimismo, en la década de 1990 casi todos los países considerados exhibieron un aumento de los hogares con más de un aportante económico, tanto en los quintiles más pobres como en los menos pobres.

2. Otros ámbitos de participación

La participación femenina en el ámbito público origina nuevas percepciones de los roles que cumplen las mujeres y les permite una mayor autonomía de sus familias. Este cambio cultural se manifiesta en que la maternidad tiende a transformarse en una opción; en la postergación de la primera unión o del nacimiento del primer hijo; en una fecundidad más baja; en conflictos que afectan a las parejas de doble carrera, y en la necesidad de equilibrar el trabajo doméstico con el

²¹⁷ Como parte de procesos de carácter más cultural esta tendencia a una mayor participación laboral femenina se ha ido independizando de los ciclos económicos.

trabajo remunerado. Como ha indicado Sen (1990 y 1991), la repartición de los cobeneficios de la familia probablemente sea menos desfavorable para las mujeres i) si ellas pueden ganar un ingreso fuera de casa; ii) si sus trabajos se reconocen como productivos (esto es más fácil de lograr con el trabajo fuera del hogar); iii) si son dueñas de algunos recursos económicos y tienen algunos derechos patrimoniales a los cuales recurrir, y iv) si hay comprensión de las formas en que las mujeres son privadas de esos beneficios y se reconocen las posibilidades de cambiar la situación.

VI. Continuidades y cambios para las familias

La ampliación de la ciudadanía pareciera ser una realidad contradictoria y esquivada para las mujeres latinoamericanas, pues si bien se ha avanzado significativamente en materia de derechos políticos y civiles, no se han alcanzado plenamente los derechos económicos, sociales y culturales. Pese a estas carencias, ha mejorado el acceso de las mujeres a la toma de decisiones, lo que se manifiesta en algunos niveles del aparato estatal y, en algunos países, también en los partidos políticos. Igualmente, aunque la información disponible al respecto es insuficiente, ha aumentado la participación de las mujeres en los niveles técnicos del sector público y en ciertos ámbitos del poder judicial (CEPAL, 1999b).

Los acelerados cambios sociales, económicos y culturales inciden en las relaciones internas de las familias, las mentalidades y las prácticas sociales, al coexistir lo nuevo —la mayor autonomía, la posibilidad de optar en cuanto a la maternidad y la independencia económica femenina— con lo antiguo: la dependencia subjetiva, el embarazo adolescente y el mantenimiento de la división por sexo del trabajo doméstico.

1. Nuevos temas emergentes

A futuro queda por analizar los efectos específicos —para grupos socioeconómicos, áreas de residencia y grupos de edad— del retraso de la nupcialidad y de las uniones más tardías. Como es habitual, la contradicción marca los procesos de cambio regionales encontrándose una doble dirección de ellos: reproducción temprana por embarazo adolescente y simultáneo retraso de la fecundidad en otros grupos de edad. La evaluación de los programas orientados a la población adolescente, sus fracasos y las experiencias exitosas deberán ser tema prioritario de análisis.

En síntesis, lo que primará con relación con las familias será el aumento de la diversidad, probablemente con sucesión de parejas a lo largo del ciclo vital, y se puede prever que los papeles al interior de las familias ya no serán determinados por la tradición si no que se negociarán caso por caso. El aumento de la autonomía femenina marcará el proceso del reparto del trabajo tanto fuera como dentro del hogar, forzando el compartir las tareas domésticas y el ejercicio de las funciones de la paternidad y de la maternidad.

De esta forma, los procesos ligados a la modernidad tardía y a una segunda transición demográfica continuarán. Ello se expresará en incremento de la individualización que resaltarán las demandas personales por sobre las institucionales, de la secularización de la acción colectiva y de reflexividad en la toma de decisiones individuales y de diversidad cultural de opciones de vida (Castells, 1997). Aún cuando se está lejos de una situación similar a los procesos que no permitan el reemplazo o reposición de la población, la tendencia desde hace varias décadas apuntan en esa dirección, lo que de una manera paulatina se transforma en una revolución al interior de las familias con cambios en la organización del trabajo dentro y fuera del hogar y de los roles de género.

Bibliografía

- Abramo, L., M. E. Valenzuela y M. Pollack (2000), *Equidad de género en el mundo del trabajo en América Latina. Avances y desafíos cinco años después de Beijing*, Santiago de Chile, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Aguirre, R. (2003), Género, ciudadanía social y trabajo Universidad de la República Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología Resultados de Investigación, Montevideo, Uruguay.
- Ariza, M. y O. de Oliveira (2001), *Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición*, Papeles de población, año 7, N°28, México, D.F., Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), abril-junio.
- Arriagada, I. (2002), América Latina: Cambios y Desigualdad en las Familias *Revista de la CEPAL N° 77*, agosto.
- (2001), Familias latinoamericanas: diagnóstico y políticas en los inicios del siglo XXI CEPAL, *Serie de políticas sociales N°57*, Santiago de Chile.
- (1998), Familias latinoamericanas: convergencias y divergencias de modelos y políticas, *Revista de la CEPAL*, No.65, LC/G.2033-P, Santiago de Chile, CEPAL.
- (1997), *Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo*, Serie políticas sociales, No.21, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cabella, W. (1998), “La evolución del divorcio en Uruguay (1950-1995)” en CEPAL-CELADE *Notas de Población N° 67-68*, Santiago, enero-diciembre.
- Castells, M. (1997), *La era de la información: economía, sociedad y cultura*, vols. II y III, Madrid, Alianza Editorial.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2002a), *Panorama social de América Latina Edición 2001-2002*, LC/G.2138-P Santiago de Chile, octubre.
- (2002b), América Latina y el Caribe: Indicadores seleccionados con una perspectiva de género, *Boletín demográfico*, año 35, N° 70, Santiago de Chile, julio.
- (2001), Exposición sobre vulnerabilidad sociodemográfica, Trigésima Tercera Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe, Puerto España, 9 de octubre.
- (2000a), *Panorama social de América Latina, 1999-2000*, LC/G.2068-P, Santiago de Chile.
- (2000b), Juventud, población y desarrollo: problemas, oportunidades y desafíos, *Libros de la Cepal*, N°59, LC/G.2113-P, Santiago de Chile.
- (1999a), *Panorama social de América Latina, 1998*, LC/G.2050-P, Santiago de Chile.
- (1999b), América Latina: población económicamente activa 1980-2025, *Boletín demográfico*, año 32, N°64, Santiago de Chile, julio.
- (1995), *Panorama social de América Latina, 1995*, LC/G.1886-P, Santiago, Chile
- Gammage, S. (1998), The gender dimension of household poverty: Is headship still a useful concept? Washington, D.C., Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, inédito. Este texto fue presentado ese mismo año al XXI Congreso Internacional de la Latin American Association, realizado en Chicago.
- García, B. y O. de Oliveira (2003), “Trabajo extradoméstico y relaciones de género: una nueva mirada”, ponencia presentada en Seminario Internacional Universidad de la República de Uruguay y CLACSO Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades, Montevideo, abril 2003.
- Giddens, A. (1995), *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*, Barcelona, España, Editorial Península.
- (1994), *Las consecuencias de la modernidad*, Madrid, Editorial Alianza.
- Guzmán, V. (2002), Las condiciones de género en un mundo global, *Serie Mujer y desarrollo N°*, Santiago de Chile, CEPAL.
- Jelin, E. (1998), *Pan y afectos. La transformación de las familias*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Sen, A. (1991), Faltan más de 100 millones de mujeres, *La mujer ausente. Derechos humanos en el mundo, Ediciones de las Mujeres*, N°15, Santiago de Chile, ISIS Internacional.
- (1990), Gender and cooperative conflicts, en I. Tinker, *Persistent Inequalities. Women and World Development*, Nueva York, Oxford University Press.

- SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer) (2001), *Mujeres chilenas. Estadísticas para un nuevo siglo*, Santiago de Chile.
- Van de Kaa, D. J. (2001), Postmodern fertility preferences: From changing value orientation to new behavior, en R. Bulatao y J. Casterline, *Global Fertility Transition*, Population Council, Nueva York.
- Wainerman, C. (2003), “Conyugalidad y paternidad ¿Una revolución estancada?” ponencia presentada en Seminario Internacional Universidad de la República de Uruguay y CLACSO Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades, Montevideo, abril 2003.

Anexos

Cuadro 1

**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): TAMAÑO MEDIO DE LOS HOGARES URBANOS,
SEGÚN QUINTILES DE INGRESO^a ALREDEDOR DE 1986 Y 1999**
(Número de personas)

País	Año	Quintiles de ingreso familiar			
		Total	Quintil 1	Quintil 5	Q1 - Q5
Argentina ^b	1986	3,5	4,2	2,9	1,3
	1999	3,3	4,7	2,6	2,1
Bolivia ^c	1989	4,7	4,9	4,0	0,9
	1999	4,3	5,2	3,4	1,8
Brasil	1987	3,9	4,4	3,2	1,2
	1999	3,6	4,7	2,9	1,8
Chile	1987	4,2	5,0	3,4	1,6
	1998	3,9	4,7	3,1	1,6
Colombia ^d	1986	4,6	5,2	3,6	1,6
	1999	4,1	4,8	3,2	1,6
Costa Rica	1988	4,4	5,0	3,5	1,5
	1999	4,0	4,6	3,1	1,5
Ecuador	1990	4,7	5,3	3,7	1,6
	1999	4,4	5,0	3,4	1,6
El Salvador	1997	4,3	5,1	3,4	1,7
Guatemala	1998	4,8	6,3	3,5	2,8
Honduras	1988	5,1	6,0	4,0	2,0
	1999	4,8	5,6	3,7	1,9
México	1984	5,0	6,6	3,5	3,1
	1998	4,1	6,1	3,5	2,6
Nicaragua	1997	4,9	5,6	3,8	1,8
Panamá	1986	4,5	5,6	3,3	2,3
	1999	3,9	4,8	2,9	1,9
Paraguay ^e	1986	4,6	5,5	3,7	1,8
	1999	4,3	5,4	3,1	2,3
República Dominicana	1997	4,2	4,7	3,3	1,4
Uruguay	1986	3,4	4,5	2,9	1,6
	1999	3,2	4,6	2,3	2,3
Venezuela ^f	1986	5,1	6,1	3,7	2,4
	1999	4,7	5,3	3,7	1,6

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países y CEPAL (2000), *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 1999* (LC/G.2066-P), Santiago de Chile.

^a Ordenados según ingreso *per cápita*. El quintil 1 corresponde a los hogares más pobres y el quintil 5 a los hogares más ricos.

^b Corresponde al Gran Buenos Aires.

^c Incluye ocho capitales de Departamento, más El Alto.

^d Incluye las ocho ciudades principales.

^e Incluye el área metropolitana.

^f Total nacional.

Cuadro 2
AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): TIPOS DE HOGARES URBANOS
ALREDEDOR DE 1986 Y 1999^a
(En porcentajes del total de hogares)

Países		Tipos de hogares y familias					
		Unipersonal	Nuclear	Extendida	Compuesta	Hogar sin núcleo	Total
Argentina	1986	11,3	71,9	12,3	0,4	4,1	100,0
	1999	15,5	67,2	11,7	0,4	5,2	100,0
Bolivia	1994	7,6	71,2	15,7	1,7	3,8	100,0
	1999	8,7	71,5	15,4	0,3	4,1	100,0
Brasil	1987	6,9	76,8	11,2	1,1	4,0	100,0
	1999	9,2	69,2	16,8	0,8	4,0	100,0
Chile	1987	6,4	61,6	26,0	1,6	4,5	100,0
	1998	7,5	65,1	22,1	1,1	4,2	100,0
Colombia (1)	1986	5,0	68,6	18,8	2,3	5,3	100,0
	1999	6,7	60,1	25,2	2,3	5,7	100,0
Costa Rica	1988	4,4	68,2	19,3	3,2	4,9	100,0
	1999	6,2	68,4	18,4	2,5	4,5	100,0
Ecuador	1999	6,0	63,0	22,9	3,5	4,6	100,0
El Salvador	1997	7,1	55,0	28,7	2,5	6,7	100,0
Guatemala	1998	4,3	63,2	26,6	1,8	4,1	100,0
Honduras	1994	3,4	58,2	29,1	4,7	4,7	100,0
	1999	5,5	53,9	29,9	5,2	5,5	100,0
México	1984	5,2	70,3	19,2	0,7	4,6	100,0
	1998	7,5	72,8	16,7	0,2	2,8	100,0
Nicaragua	1997	4,4	57,0	29,0	4,7	4,9	100,0
Panamá	1986	12,0	61,0	14,2	5,9	6,9	100,0
	1999	9,6	58,4	24,6	1,4	6,0	100,0
Paraguay (2)	1986	6,0	53,0	28,7	7,5	4,8	100,0
	1999	8,8	57,7	24,2	3,7	5,6	100,0
República Dominicana	1999	8,3	53,9	29,8	0,7	7,3	100,0
Uruguay	1986	11,9	63,3	17,2	1,4	6,2	100,0
	1999	16,6	62,7	14,5	1,2	5,0	100,0
Venezuela	1986	4,5	56,4	31,2	2,6	5,3	100,0
	1999	5,2	56,2	31,8	2,2	4,6	100,0

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

(1) Incluye 8 ciudades principales.

(2) Incluye el área metropolitana.

Cuadro 3

AMÉRICA LATINA (8 PAÍSES): MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE NO DESEABAN MÁS HIJOS CUANDO OCURRIÓ SU ÚLTIMO EMBARAZO, POR QUINTILES DE INGRESO FAMILIAR, 1996
(En porcentajes)

Países	Año	Total	Quintiles de ingreso familiar		
			Q1	Q5	Q1-Q5
Bolivia	1997	33,3	46,7	13,6	33,1
Brasil	1996	23,2	29,4	17,8	11,6
Colombia	1995	22,6	32,8	14,7	18,1
Guatemala	1995	13,5	14,6	13,9	0,7
Haití	1995	36,2	34,5	31,5	3,0
Nicaragua	1998	18,3	20,3	13,7	6,6
Perú	1996	36,9	51,8	19,5	32,3
Rep. Dominicana	1996	10,8	16,3	5,3	11,0

Fuente: CEPAL (2000b).

Cuadro 4

AMÉRICA LATINA (15 PAÍSES): CICLO DE VIDA FAMILIAR EN ZONAS URBANAS, 1999

País	Año	Etapa del ciclo de vida familiar ^a					Total
		Pareja joven sin hijos	Inicio de la familia	Expansión o crecimiento	Consolidación y salida	Pareja mayor sin hijos	
Argentina	1999	4,0	10,4	34,5	38,2	12,8	100,0
Bolivia	1999	2,5	14,4	50,9	27,5	4,9	100,0
Brasil	1999	5,7	13,4	36,7	35,7	8,5	100,0
Chile	1998	3,0	10,2	39,0	39,5	8,2	100,0
Colombia	1999	3,9	13,2	40,6	37,1	5,1	100,0
Costa Rica	1999	4,3	10,6	42,3	36,2	6,5	100,0
Ecuador	1999	3,7	13,1	43,5	33,5	6,2	100,0
Guatemala	1998	2,1	10,1	47,6	34,4	5,9	100,0
Honduras	1999	3,4	14,0	48,3	31,2	3,1	100,0
México	1998	3,8	13,4	44,0	33,4	5,4	100,0
Panamá	1999	4,1	10,3	36,2	41,8	7,6	100,0
Paraguay	1999	3,7	15,1	47,7	28,2	5,2	100,0
República Dominicana	1997	6,8	15,5	38,4	34,0	5,3	100,0
Uruguay	1999	4,2	8,9	29,6	38,5	19,0	100,0
Venezuela ^b	1999	2,7	9,7	44,0	39,2	4,3	100,0

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

- ^a Ciclo de inicio de la familia: familias con hijos menores de seis años.
Ciclo de expansión o crecimiento: familias cuyos hijos menores tienen 12 años o menos.
Ciclo de consolidación y salida: familias cuyos hijos menores tienen 13 años o más.

^b Total nacional.

Cuadro 5

**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE HOGARES
CON JEFATURA FEMENINA *DE JURE* Y *DE FACTO***
(En porcentajes)

País	Año	Hogares de jefatura femenina <i>de facto</i> . Una mujer como principal aportante económico (1)	Hogares de jefatura femenina <i>de jure</i> (2)	Diferencia en puntos porcentuales (1- 2)
Argentina	1999	33	27	+6
Bolivia	1999	28	21	+7
Brasil	1999	33	25	+8
Chile	1998	28	24	+4
Colombia	1999	36	29	+7
Costa Rica	1999	30	28	+2
Ecuador	1999	27	20	+7
El Salvador	1997	38	31	+7
Guatemala	1998	30	24	+6
Honduras	1999	36	30	+6
México	1998	27	19	+8
Nicaragua	1998	35	35	0
Panamá	1999	30	27	+3
Paraguay (Asunción)	1999	33	27	+6
R. Dominicana	1997	32	31	+1
Uruguay	1999	36	31	+5
Venezuela	1999 ^a	30	27	+3

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de encuestas de hogares de los respectivos países y www.cepal.cl/mujer/proyectos/perfiles/comparados/hogar7.htm

^a Total nacional.

Cuadro 6

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES DE 45 A 49 Y DE 30 A 34 AÑOS DE EDAD, PAÍSES SELECCIONADOS

Mujeres de 45 a 49 años						
Países	Año	Nunca unida	Casada	Unión consensual	Viuda	Divorciada y separada
Bolivia	1989	4,1	74,5	5,9	7,1	8,5
	1998	3,7	70,5	9,1	5,2	11,5
Brasil	1986 ^a /	4,6	74,0	8,7	4,1	8,6
	1996 ^a /	6,2	67,7	10,1	4,3	11,8
Colombia	1986	4,6	57,6	16,6	8,6	12,6
	2000	7,6	42,5	21,3	7,0	21,5
Ecuador	1987	2,7	60,1	19,6	6,2	11,3
	1999	5,1	57,4	17,2	5,0	15,3
El Salvador	1985	3,2	35,1	33,4	7,5	20,8
	1998	3,5	43,7	24,1	6,6	21,9
Perú	1977-1978	5,2	66,0	13,2	7,3	8,3
	1996	4,3	64,7	15,5	5,0	10,4
República Dominicana	1986	1,6	40,5	33,2	5,8	18,9
	1996	1,1	38,9	33,9	3,6	22,5
Mujeres de 30 a 34 años						
Países	Año	Nunca unida	Casada	Unión consensual	Viuda	Divorciada y separada
Bolivia	1989	8,3	75,8	9,4	1,4	5,2
	1998	9,3	65,6	17,3	1,0	6,8
Brasil	1986 ^a	10,5	71,1	11,2	0,6	6,6
	1996 ^a	10,2	65,7	14,9	1,0	8,2
Colombia	1986	15,5	49,1	25,0	2,3	8,2
	2000	14,5	37,2	33,3	1,5	13,6
Ecuador	1987	8,1	58,9	26,5	0,8	5,7
	1999	11,5	55,2	23,4	0,8	9,2
El Salvador	1985	4,3	38,2	41,5	2,2	13,9
	1998	8,1	38,1	37,2	1,2	15,4
Perú	1977-1978	10,9	65,1	15,8	1,4	6,8
	1996	10,7	49,5	31,3	1,1	7,3
República Dominicana	1986	4,6	32,3	46,0	1,4	15,8
	1996	5,4	35,7	42,8	0,7	15,4

Fuente: www.dhsmeasure.com; ENDEMAIN-99 (Ecuador) p. 66; ENF-1977/78 (Perú) p. 194; PNSSMIPF-1986, p 90; DHS-2000, Colombia, p. 72.

^a Mujeres de 40 a 44 años de edad.

Fecundidad y trabajo femenino

*María Nieves Rico*²¹⁸

I. Introducción

La presente ponencia es de carácter exploratorio y no pretende tener un sentido conclusivo, sino que tiene la intención de problematizar la relación entre fecundidad y participación laboral, el impacto mutuo de estos dos fenómenos y la consideración de otros factores que podrían estar incidiendo en el comportamiento de las mujeres. Esto es así debido a que la información disponible es limitada y en ocasiones presenta resultados no coincidentes. Además la relación tiene un carácter complejo, las hipótesis no están suficientemente desarrolladas y se requiere profundizar el análisis para dar cuenta de todos los componentes que explicarían mejor esta vinculación, así como determinar la ponderación que ellos tienen. La idea central es abrir, o ampliar, un debate que contribuya a que las imágenes, percepciones y valores que sustentan la investigación y la formulación de políticas en torno a los temas de población y mercado laboral, y sobre todo sobre las mujeres como sujetos sociales, se acerquen más a la realidad de los cambios que están ocurriendo en la sociedad latinoamericana.

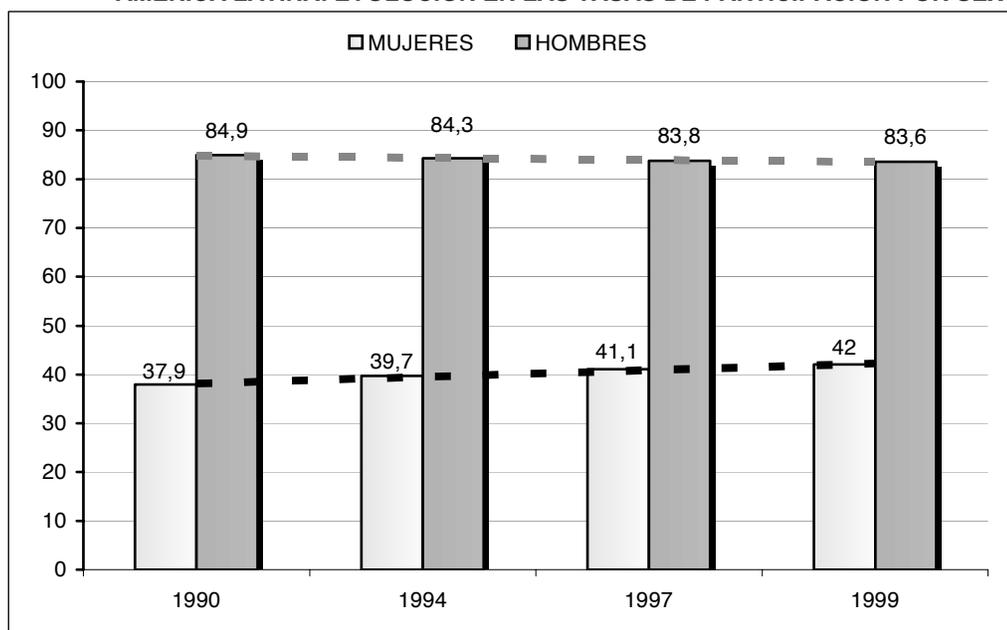
²¹⁸ Oficial de Asuntos Sociales de la Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL. Las opiniones vertidas en este documento son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la organización.

II. ¿De qué estamos hablando?

La participación laboral de las mujeres latinoamericanas se ha visto impactada en los últimos años por distintos fenómenos que se retroalimentan entre sí. Por una parte, se destacan los grandes cambios en los indicadores macroeconómicos, las crisis y las políticas de ajuste de corte neoliberal, la internacionalización de las economías y la apertura de los mercados, y el incremento y persistencia de la pobreza. Por otra parte, se encuentran tendencias estructurales tales como el aumento de la esperanza de vida, los mayores niveles de educación, la extendida urbanización, y la baja en la natalidad. Asimismo, también se han producido cambios en la percepción social del papel de las mujeres en la sociedad y en su autopercepción sobre sus capacidades y opciones, las que se han construido sobre una mayor participación de las mujeres en el ámbito público, y que contribuyen, más allá de la magnitud del trabajo femenino, a explicar la calidad de las transformaciones ocurridas.

Las mujeres de América Latina no sólo ejercen actualmente más su derecho al trabajo, o sea están más ocupadas y trabajan más de forma remunerada (gráfico 1), sino también buscan trabajo más que los hombres ya que tienen tasas de desempleo muy superiores a ellos, lo que indica que tienen una importante voluntad de trabajar que la generación de empleo no es capaz de absorber, a la vez que enfrentan más obstáculos para ingresar al mercado laboral (gráfico 2).

Gráfico 1
AMÉRICA LATINA: EVOLUCIÓN EN LAS TASAS DE PARTICIPACIÓN POR SEXO

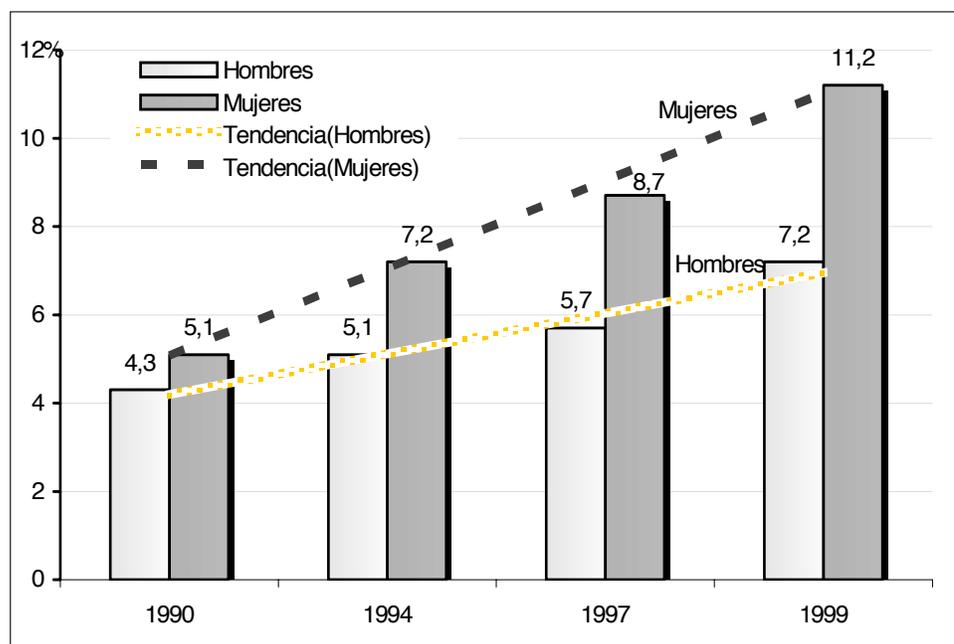


Fuente: CEPAL, PANORAMA SOCIAL 2000-2001 sobre la base de estimaciones de la División de Población-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) y de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

La mayor participación laboral de las mujeres se ha explicado muchas veces por la necesidad de ampliar los ingresos familiares para superar la pobreza o cubrir sus expectativas en cuanto a la calidad de vida de sus hogares, por el incremento de los niveles educativos y por su relación con los cambios demográficos, pero también por el desarrollo de una ciudadanía social. En la actualidad, las mujeres buscan trabajo remunerado porque lo necesitan, pero también porque quieren, como una opción. Eso explicaría porqué, a pesar de la precariedad del empleo femenino y su mala calidad

en relación al empleo masculino, las mujeres hoy se están manteniendo en el mercado de trabajo como una forma de potenciación de su autonomía (Unidad Mujer y Desarrollo, 2003).

Gráfico 2
AMÉRICA LATINA: EVOLUCIÓN EN LAS TASAS DE DESOCUPACIÓN



Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

En las últimas décadas, paralelamente al aumento en la variable participación económica, las mujeres en todos los países muestran un comportamiento de descenso en la fecundidad, inclusive entre las adolescentes (Naciones Unidas, 2001; CEPAL/CELADE/Unidad Mujer y Desarrollo, 2002), descenso que sería aún más notable si se tiene en consideración la demanda no satisfecha de planificación familiar o control de la natalidad, lo que remite a déficits importantes en el ejercicio de sus derechos reproductivos (cuadro 1).

De acuerdo a los objetivos de esta sesión, la primera pregunta que nos hacemos con estos antecedentes es ¿El descenso de la fecundidad ha impactado significativamente en la participación de las mujeres en el mercado laboral?

En las últimas décadas se ha sostenido insistentemente que uno de los factores que inciden ampliamente en la mayor incorporación de las mujeres en el mercado laboral es el descenso de su fecundidad. Incluso hay quienes han insistido en la relación causal que se podría encontrar entre estos dos fenómenos. Al mismo tiempo, y desde otra perspectiva, hay voces de corte conservador, como se han podido oír en Chile ante los resultados del último censo, que ante la baja fecundidad femenina y las consecuencias que esto tendría sobre el envejecimiento de la población y las conformaciones familiares, culpan a la participación de las mujeres en el mercado laboral, y su deseo de ampliar sus opciones, mejorar su calidad de vida, sus ingresos y su autonomía económica, como el factor responsable de la disminución del número de hijos por mujer.

Sin embargo, una mirada a la información estadística disponible lleva a plantearse una serie de interrogantes sobre la real o virtual vinculación existente, la dirección de la misma y sobre todo acerca de los factores mediadores de estos dos fenómenos.

Cuadro 1

AMÉRICA LATINA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y DEMANDA INSATISFECHA DE ANTICONCEPTIVOS POR PAÍSES SEGÚN TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

País y etapa de la transición demográfica	Tasa global de fecundidad 1995 - 2000	Demanda insatisfecha de planificación familiar alrededor de 2000
Incipiente		
Bolivia	4,4	26,1
Haití	4,4	44,5
Moderada		
El Salvador	3,2	8,2
Guatemala	4,9	23,1
Honduras	4,3	11,0
Nicaragua	4,4	14,7
Paraguay	4,2	26,1
Plena		
Brasil	2,3	7,3
Colombia	2,8	2,7
Ecuador	3,1	10,0
México	2,8	14,2
Perú	3,0	12,1
República Dominicana	2,8	12,5
Avanzada		
Argentina	2,6	---
Chile	2,4	---
Cuba	1,6	---

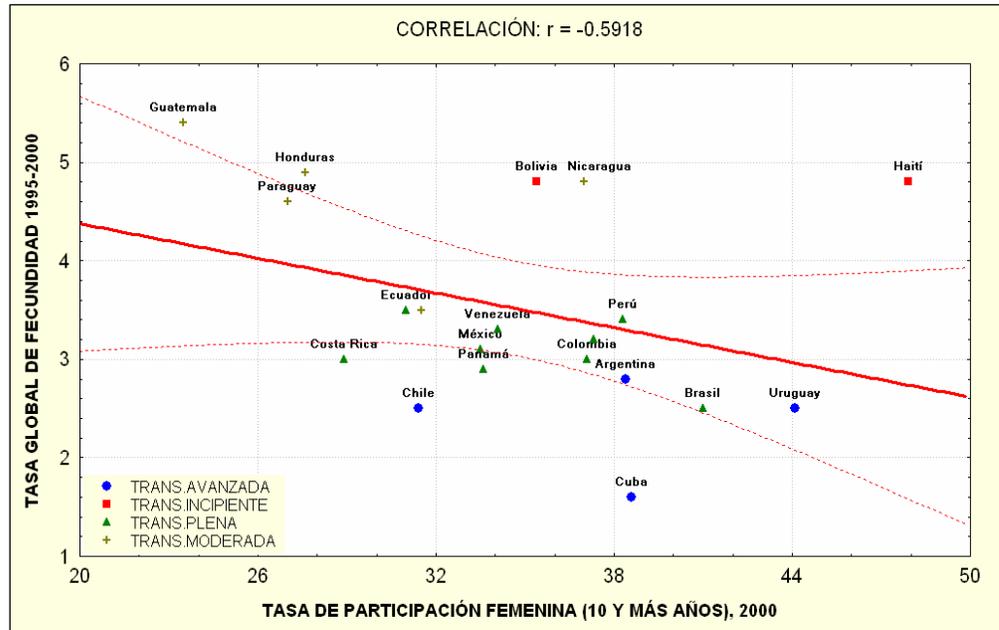
Fuente: CEPAL/CELADE, "Proyecciones de población 1970-2050" y Encuestas de Demografía y Salud.

El coeficiente de correlación, que mide el grado de asociación entre dos variables, en este caso entre fecundidad —como variable dependiente— y tasa de participación femenina —como variable independiente—, muestra —con las estimaciones y proyecciones del CELADE— que la correlación es de signo negativo o inversa, es decir, los datos indican que una mayor tasa de fecundidad tendería a reflejarse en una menor tasa de participación femenina y que asume un valor de $-0,59\%$ (gráfico 3). Esto nos sugiere principalmente la necesidad de seguir investigando con otras fuentes, aunque sean de distinta calidad.

Si nos preguntamos qué está pasando en los hogares, observamos que si bien la presencia de menores no es un buen *proxy* de la fecundidad de la mujer que es cónyuge o tiene la jefatura del hogar, resulta una información inestimable para problematizar la participación laboral de las mujeres.

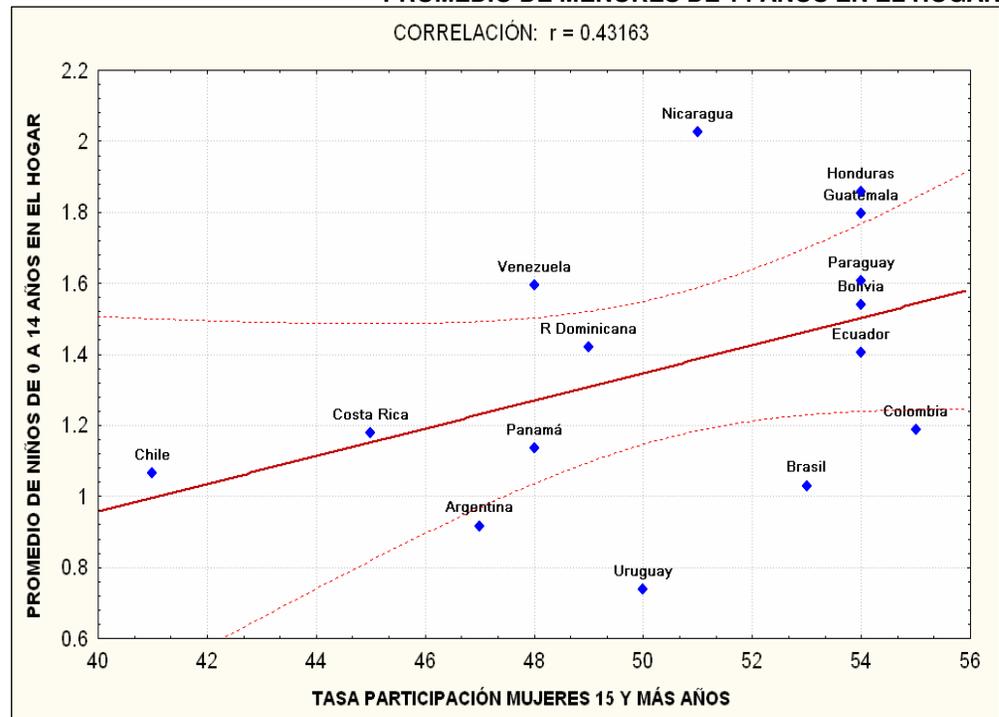
Con la información que proporcionan las encuestas de hogares y en la búsqueda de corroborar lo observado en la correlación anterior y ver si se presentaba la misma tendencia, al repetir el ejercicio, se encuentra que el sentido de la relación se modifica, ahora es directa, es decir a mayor número de menores en el hogar mayor es la participación laboral femenina, y el valor de la correlación es menor: $0,43\%$ (gráfico 4).

Gráfico 3
RELACIÓN ENTRE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y TASA DE PARTICIPACIÓN FEMENINA EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA



Fuente: estimaciones CELADE.

Gráfico 4
RELACIÓN ENTRE LA TASA DE PARTICIPACIÓN FEMENINA Y PROMEDIO DE MENORES DE 14 AÑOS EN EL HOGAR



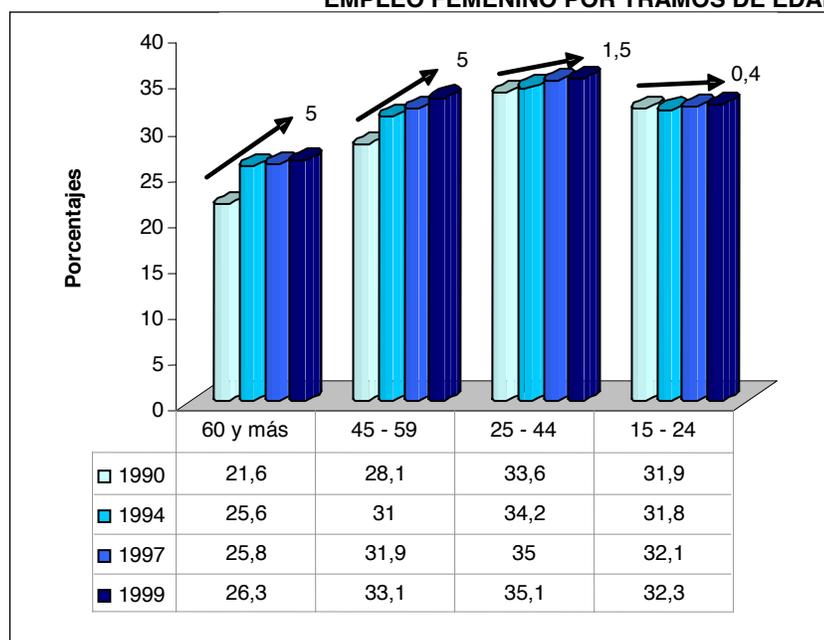
Fuente: CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo, sobre la base de tabulados especiales de las Encuestas de Hogares para zonas urbanas, 1999.

Estos resultados contradictorios nos sugieren descartar la hipótesis de que estamos frente a una relación directa, o de causa - efecto, entre la fecundidad y la participación laboral de las mujeres, y fundamentalmente nos llevan a analizar con mayor profundidad qué está pasando en la vida de las mujeres en relación a estos temas, y qué factores son mediadores de esta relación, la cual aparece normalmente como clara pero que es necesario desmitificar.

Ya hace casi 10 años Irma Arriagada (1994) llamaba la atención sobre uno de los mitos más extendidos sobre el trabajo femenino: "La curva de la participación femenina tiene forma de U", es decir tiene dos momentos en que aumenta al máximo: antes del nacimiento del primer hijo y cuando el hijo menor entra a la escuela. La información para ese momento mostraba que en 13 áreas urbanas de América Latina, la participación laboral femenina había aumentado desde la década de los ochenta sostenidamente entre los 15 y los 54 años (particularmente notoria entre los grupos de edad de 25 a 34 y de 35 a 44 años), lo que se interpreta como que las mujeres que entran al mercado laboral no se retiran cuando tienen hijos y se mantienen económicamente activas durante todo el período de mayor trabajo reproductivo, destacándose además que eran las mujeres casadas quienes más aumentaban su participación.

En esta misma dirección, la información disponible acerca de la proporción del empleo femenino por tramos de edad para la década de los noventa muestra que el aumento más notable (5%) en el empleo femenino se presenta en los tramos entre 45 y 59 años y entre 60 años y más (¿son estas mujeres las que ingresaron al mercado laboral en los 80 y no salieron de las cuales nos hablaba Irma?), mientras que en el tramo 25 y 44 años el incremento es de un 1,5%, y entre los 15 y 24 años es de sólo el 0,4%, dato coherente con el hecho que en estas edades ha aumentado significativamente la proporción de mujeres que estudian en los niveles secundarios y terciarios (gráfico 5). En este sentido, no hay que olvidar que actualmente las jóvenes acceden en mayor proporción a la educación superior que sus cohortes varones en la mayoría de los países de la región, y que el promedio de los años de estudio de la PEA femenina es mayor que el de la PEA masculina.

Gráfico 5
AMÉRICA LATINA: EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DEL EMPLEO FEMENINO POR TRAMOS DE EDAD



Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

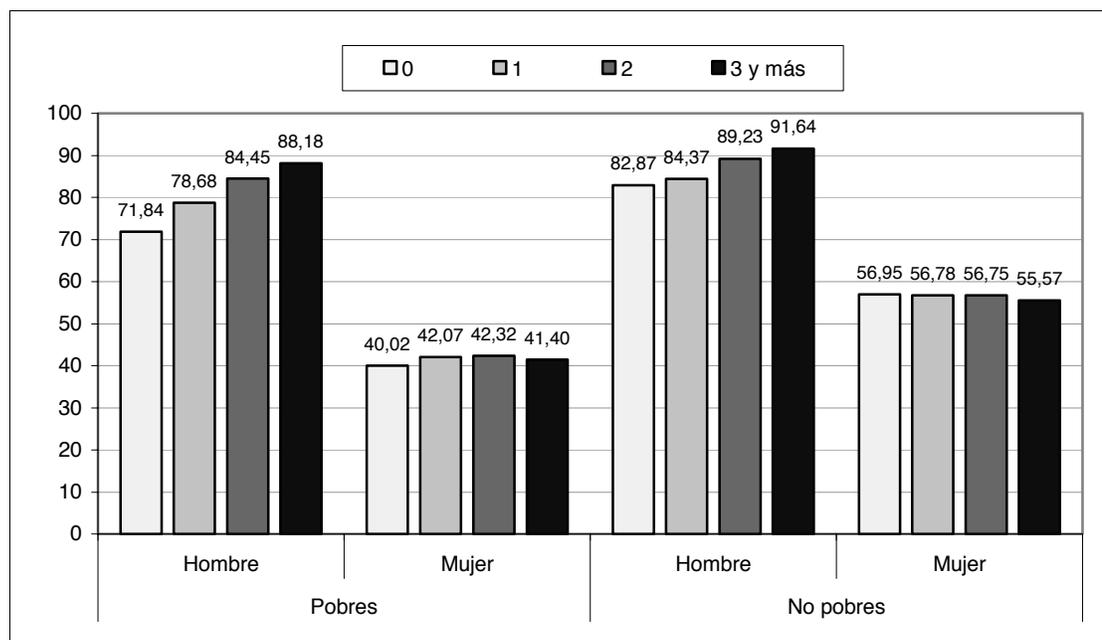
En este contexto, nos preguntamos si sería la pobreza uno de los factores que están mediatizando la relación entre participación laboral de las mujeres y los requerimientos que significa tener menores en los hogares.

En América Latina, es conocido que entre las mujeres se presenta una gran heterogeneidad de conductas dependiendo del carácter de su inserción en la estructura económica. Esto se observa tanto en lo relativo a la fecundidad, el quintil más rico tiene tasas de fecundidad de reemplazo (menos de 2,1 hijos) mientras que las más pobres alcanzan tasas muy superiores (FNUAP, 2002), como en el acceso al mercado laboral.

Sin embargo, si miramos los universos de las mujeres pobres y las no pobres de forma separada, las encuestas de hogares muestran que para el promedio regional, la participación económica de las mujeres se mantiene casi constante tanto para las pobres como para las no pobres independientemente del número de menores que vivan en el hogar (gráfico 6), y que esta participación no disminuye de manera significativa a medida que aumenta la cantidad de menores. Pero esto no sucede al mirar el comportamiento masculino, ya que en este caso sí se observa que la tasa de participación de los hombres aumenta significativamente a medida que aumenta el número de menores, o sea cuando la tasa de dependencia es mayor, algo que podría sugerir la vigencia de su papel de proveedor al interior de los hogares.

Gráfico 6

AMÉRICA LATINA PROMEDIO SIMPLE 15 PAÍSES: TASA DE PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN DE 15 A 60 AÑOS SEGÚN EL NÚMERO DE MENORES DE 0 A 14 AÑOS EN EL HOGAR, ZONAS URBANAS ALREDEDOR DE 1999



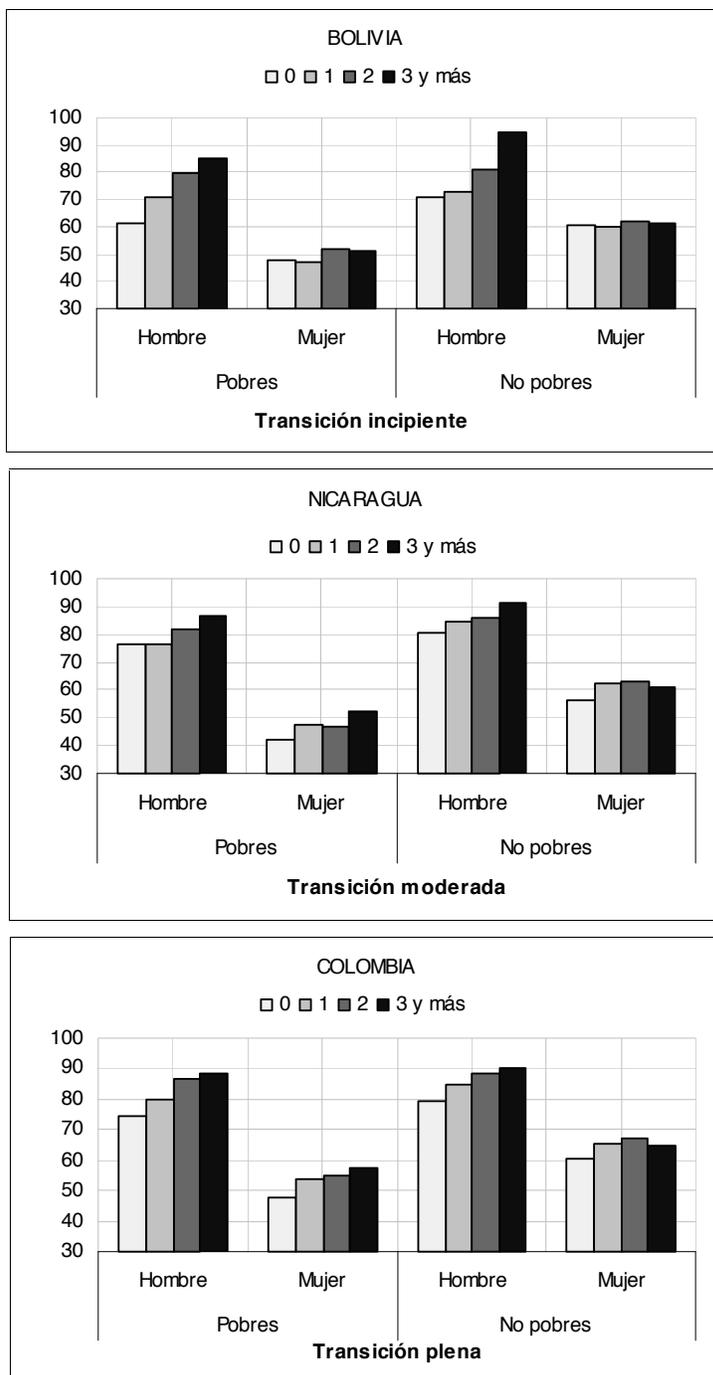
Fuente: Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL sobre la base de tabulados de las encuestas de hogares.

De todas maneras, es importante destacar que para el caso de las mujeres, este comportamiento no se relaciona con el estado de transición demográfica que tienen los países, sino que se presenta de manera errática. En este sentido, las tasas de participación, tanto de las mujeres pobres como de las no pobres, muestran que habría otros factores que están incidiendo más allá o más acá de los demográficos. Por ejemplo, tanto en Bolivia —de transición incipiente— como en

Nicaragua —de transición moderada—, Colombia —de transición plena— y Chile —de transición avanzada— las mujeres pobres aumentan su tasa de participación cuando hay un número mayor de menores de 14 años en el hogar (gráfico 7). Pero estas mismas mujeres de hogares pobres en Honduras (transición moderada) y Argentina (transición avanzada) bajan su tasa de participación a medida que aumenta el número de menores. Los datos sugieren que no hay una convergencia visible entre los países.

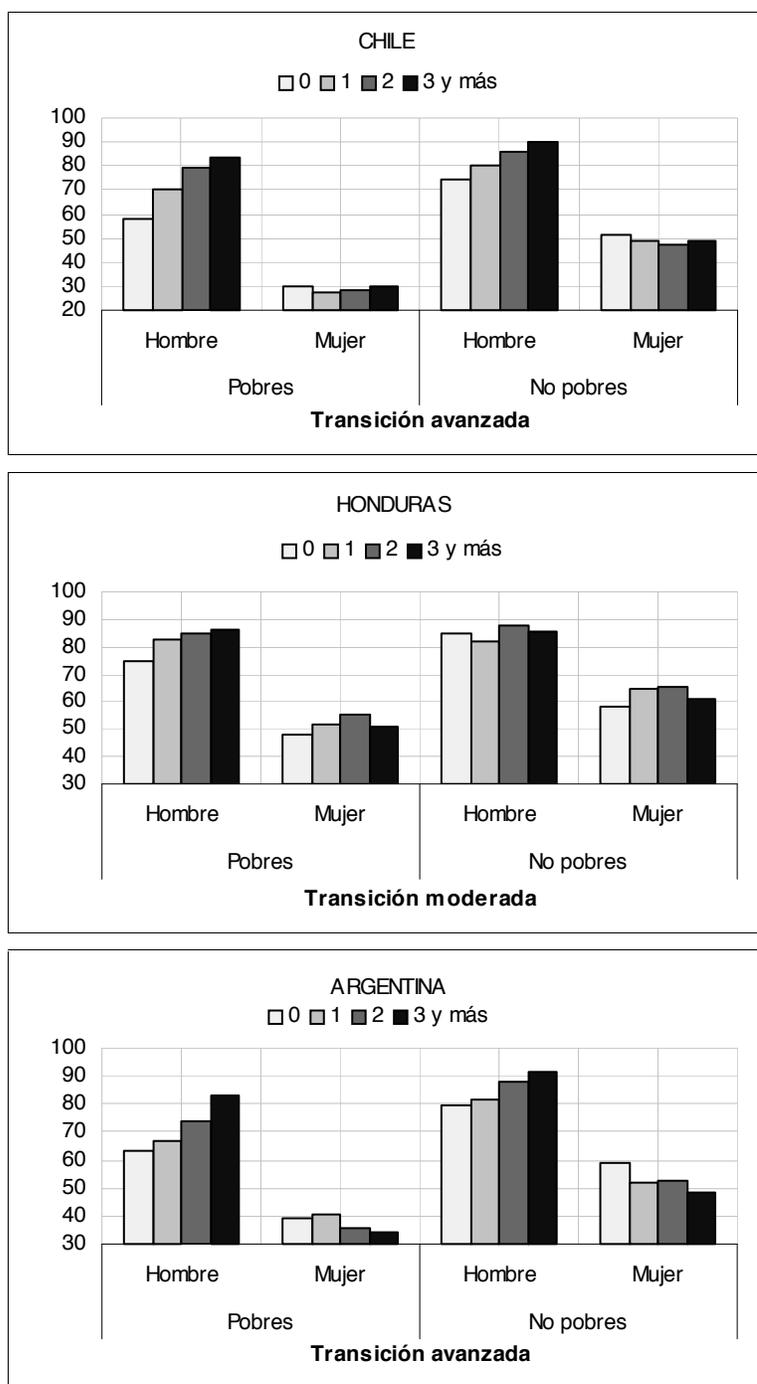
Gráfico 7

TASA DE PARTICIPACIÓN EN LA ACTIVIDAD ECONÓMICA SEGÚN CONDICIÓN DE POBREZA Y NÚMERO DE MENORES EN EL HOGAR POR ETAPA DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA



(continúa)

Gráfico 7 (continuación)



Fuente: CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

Pero tal vez el número de hijos o de dependientes tiene incidencia en las horas trabajadas por las mujeres. Esta hipótesis no pudo ser corroborada por ejemplo para el caso de Bolivia. La información proveniente de las encuestas de hogares de este país indica que los hombres y las mujeres insertos en el mercado laboral trabajan remuneradamente, en promedio, un número similar de horas (8,8hs y 8hs respectivamente), y que éstas son independientes del número de menores de 14 años o de menores de 6 años que vivan con ellos (CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo, 2003).

La educación también ha sido identificada como una variable que afecta la fecundidad. Por ejemplo en Perú la brecha entre la fecundidad observada y deseada desciende notablemente con los años de estudio, desde 2,1 para las mujeres sin educación a 0,3 para las que alcanzan educación superior (Bravo, 2003). Asimismo, también se relaciona educación con inserción en el mercado laboral, aunque con distinto énfasis dependiendo los países. En esta dirección, se buscó determinar la tasa de participación de las mujeres de 15 a 60 años por escolaridad según presencia de menores en el hogar. Las encuestas de hogares para 1999 indican que en las áreas urbanas de 15 países de la región, si no hay menores de 6 años en el hogar la tasa es más alta en todos los casos, aunque con una diferencia cercana al 2%, menor a lo esperable, y que para el caso de las mujeres que tienen 13 y más años de estudio directamente no existe diferencia. Es decir, la tasa de participación de las mujeres más capacitadas es independiente del número de menores en el hogar.

Por el contrario, cuando se mira el comportamiento masculino, se reafirma que cuando hay presencia de menores en el hogar los hombres aumentan su tasa de participación, y que la diferencia entre las tasas aumenta a medida que tiene más años de estudio (cuadro 2).

Cuadro 2

AMÉRICA LATINA. TASA DE PARTICIPACIÓN SEGÚN SEXO POR AÑOS DE ESCOLARIDAD SEGÚN PRESENCIA DE MENORES, URBANO 1999

Menores de 0 a 6 años en el hogar	Años de escolaridad				Total
	0 a 5	6 a 9	10 a 12	13 y más	
Tiene menores					
Mujer	48,0	47,6	58,5	75,3	53,5
Hombre	90,2	87,9	90,4	94,6	89,8
No tiene menores					
Mujer	50,4	51,0	61,5	75,4	58,2
Hombre	83,1	78,1	79,0	84,0	80,0
Total					
Mujer	49,9	49,4	60,4	75,4	56,3
Hombre	85,9	82,1	82,9	87,1	83,9

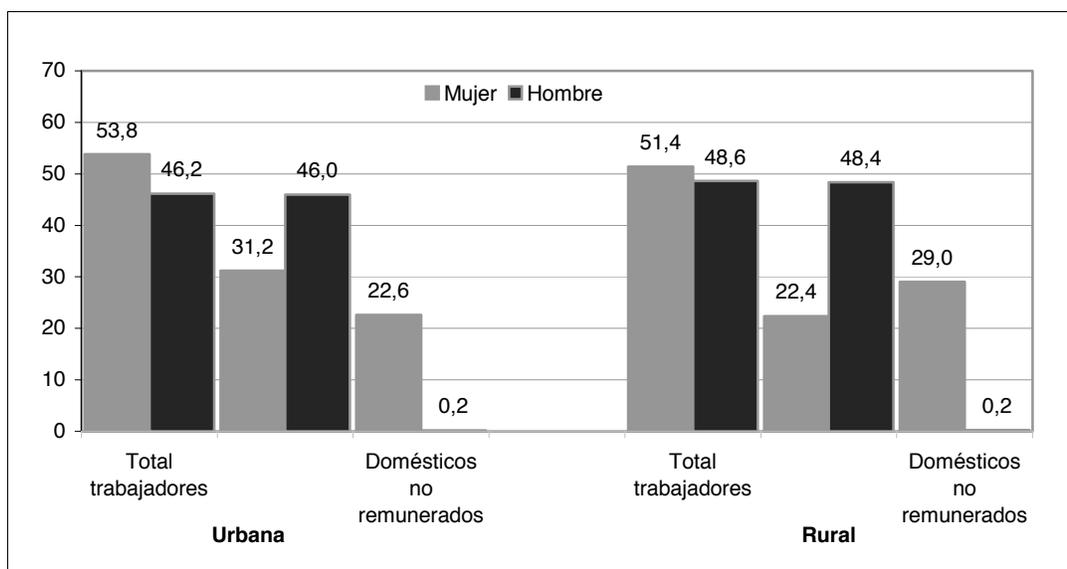
Fuente: CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo, sobre la base de tabulados especiales de las encuestas de hogares de los países.

III. ¿Impacta también la fecundidad sobre el trabajo doméstico?

Las mujeres no solo trabajan en el mercado laboral sino que también están a cargo del trabajo doméstico no remunerado al interior de sus hogares (gráfico 8). Entonces nos preguntamos ¿cómo impacta la fecundidad o el tener niños menores de edad en este trabajo?, ya que consideramos importante visibilizar también esta relación y sus consecuencias. Sin poder abordar con la información disponible el peso de la "doble jornada" para las mujeres trabajadoras, en búsqueda de alguna respuesta y como otra cara de la medalla, nos preocupamos de ver aquellas mujeres que no tienen participación en el mercado laboral y que solamente se dedican al trabajo doméstico, es decir que no trabajan remuneradamente.

Gráfico 8

**AMÉRICA LATINA (PROMEDIO PONDERADO, 15 PAÍSES ZONA URBANA ^a,
12 PAÍSES ZONA RURAL ^b): TOTAL TRABAJADORES, TRABAJADORES REMUNERADOS Y
DOMÉSTICOS NO REMUNERADOS ALREDEDOR DE 1999**



Fuente: CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay.

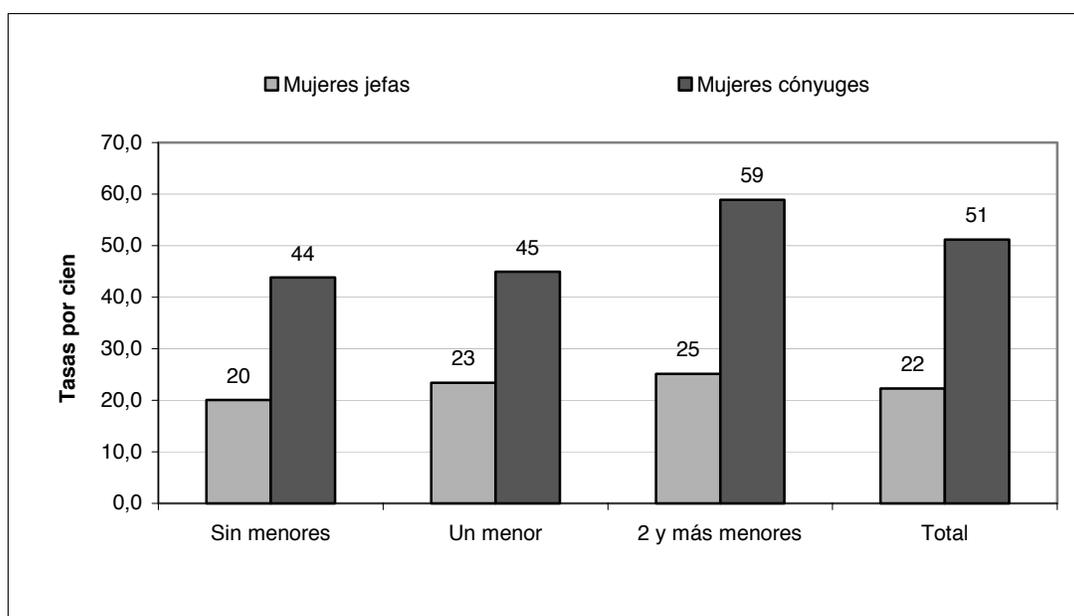
^b Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay y República Dominicana.

En este sentido, la información disponible muestra que la presencia de más menores en el hogar tiene impacto sobre la necesidad, obligación o decisión de las mujeres –según sea el caso y es algo que no nos dicen las encuestas– de no trabajar en forma remunerada. Pero esta situación es variable de acuerdo a si la mujer es jefa de hogar o es cónyuge del jefe.

Para las zonas urbanas de 15 países de la región se observa que la tasa de actividad doméstica para las mujeres cónyuges aumenta significativamente cuando aumenta el número de hijos, mientras que para las jefas de hogar el incremento es mucho menor (gráfico 9). Esto nos remite a otro tipo de consideraciones, tales como que las jefas de hogar tienen que trabajar independientemente del número de menores dependientes que halla en el hogar y que la falta de un ingreso masculino adulto, aunque no siempre significa mayor pobreza, las lleva a tener una necesidad mayor de trabajar.

Una pregunta válida es ¿qué peso tiene la fecundidad para que estas mujeres no se integren en el mercado laboral, o en realidad son los obstáculos del mercado los que le limitan esa posibilidad? En este contexto nos hacemos una pregunta crucial desde un enfoque de género:

AMERICA LATINA^a: TASA DE ACTIVIDAD DOMÉSTICA^b DE LAS MUJERES JEFAS DE HOGAR & DE MUJERES CÓNYUGES, SEGÚN LA PRESENCIA DE MENORES DE 0 A 6 AÑOS EN EL HOGAR, ZONAS URBANAS ALREDEDOR DE 1999



Fuente: CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

^a Promedio ponderado en 15 países de la región.

^b Número de mujeres cuya actividad principal corresponde a trabajo doméstico (15 y más años), sobre el total de la población femenina de 15.

IV. ¿Es posible hablar de fecundidad sin hablar de la maternidad?

La maternidad debe ser asumida como una responsabilidad social. Sin embargo, la realidad de América Latina evidencia que la representación social de la maternidad y los discursos dominantes en los distintos ámbitos, entre ellos el de las políticas poblacionales y las económico-laborales, prestigian a la vez que "castigan" a las mujeres y a sus cuerpos como si fueran las únicas involucradas. Se observan pocos adelantos en esa dirección, por ejemplo en el sentido de asegurar la cobertura del subsidio maternal con fondos públicos o el establecimiento legal de la licencia paternal para cuidado de un hijo enfermo. Y al mirar la región se observa que la maternidad aún continúa concibiéndose como responsabilidad exclusiva de las mujeres, lo que se expresa por ejemplo en el establecimiento de salas cunas en función del número de trabajadoras de la empresa y no del total de trabajadores de ambos sexos en países como Argentina, Brasil y Chile. Uno de los espacios en que se percibe más claramente esta concepción sesgada de la maternidad y falta de responsabilidad social sobre ésta es precisamente en el mercado laboral.

Por una parte a muchas trabajadoras se les impide u obstaculiza ejercer sus derechos de maternidad, es decir se violan sus derechos consagrados en distintos instrumentos internacionales y nacionales de protección de la maternidad en el trabajo. Por otra parte, los empleadores suelen aducir que estos derechos hacen que la mano de obra femenina sea más cara que la masculina, por lo que se niegan o son resistentes a contratar a mujeres.

La OIT ha realizado un estudio (Abramo y Todaro, 2002) en cinco países de la región (Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay) que rebate con datos el argumento ideológico de que las trabajadoras conllevan mayores costos no salariales que los trabajadores. Asimismo, el estudio refuta la creencia de que las mujeres tienen mayor ausentismo que los hombres, justamente por sus responsabilidades como madres.

Las investigaciones concluyen que el costo no salarial de las mujeres asociado a la maternidad y al cuidado infantil es inferior al 2% de la remuneración bruta de las asalariadas de estos países. Considerando el total de costos no salariales, y dentro de ellos los asociados a la maternidad “como propios de las mujeres”, resulta que éstos son superiores en menos del 1% a los costos no salariales masculinos e incluso en algunos países como México son menores. No obstante, como las mujeres reciben remuneraciones inferiores que los hombres, por ejemplo entre los asalariados urbanos de la región las mujeres ganan el 24% menos que los hombres, este costo adicional de menos del 1% resulta sumamente compensado y en definitiva en la actualidad las trabajadoras resultan mucho más “baratas” que los hombres trabajadores.

Además, como resultado de las bajas en la fecundidad, en el estudio de la OIT se identificó una reducida incidencia de embarazos en las trabajadoras y por tanto de licencias maternales. Sin embargo, el que la maternidad no conlleve mayores costos laborales femeninos no es resultado de un fenómeno demográfico, sino de que las mujeres ganan menos y de que los derechos de maternidad son costeados por la seguridad social o por el Estado.

Aun cuando se tiene conciencia de que los costos asociados a la maternidad son bajos y que no son cubiertos por las empresas, se suele argumentar que a éstas no les conviene contratar mujeres debido a que en el período de licencia maternal deben contratar reemplazantes. Las investigaciones evidencian que el subsidio maternal no es cubierto por la empresa y que éstas no siempre contratan reemplazantes y si lo hacen no necesariamente le pagan lo mismo que a la trabajadora en periodo de pre y post natal. Por ejemplo en Chile los costos monetarios del reemplazo a las trabajadoras con licencia son del 0,08% de sus remuneraciones brutas, los que son pagados por el Estado, mientras que este porcentaje es de 0,09 en Brasil y México y de 0,06 en Argentina. En Uruguay el costo es 0.

También se concluye que el supuesto mayor ausentismo laboral femenino no es real, ya que sin considerar las licencias por maternidad, que no son en promedio más de dos o tres en toda la vida reproductiva, la inasistencia de las mujeres es similar a la de los hombres. Por tanto ésta tampoco es una razón que explique la menor contratación de mujeres.

V. A modo de cierre

En el marco de un enfoque de población y desarrollo, como el que propone la CEPAL, la información presentada y las líneas de continuidad para la investigación que se sugieren indican que los análisis en torno a la fecundidad y su impacto sobre la participación económica de las mujeres deberían integrarse a debates más amplios sobre los cambios que están experimentando los países latinoamericanos. Entre los anteriores, se destacan las motivaciones, percepciones y expectativas de las personas, la distribución y compatibilidades entre el trabajo productivo y el reproductivo y los costos sociales de las políticas.

Finalmente, siguiendo a Marta Lamas (2001), quisiera plantear que preguntas centrales desde la perspectiva de género, no son qué pasa con la fecundidad o qué pasa con la participación laboral femenina, sino ¿qué pasa con las mujeres?, ¿qué precio han pagado las mujeres para la transición demográfica en nuestros países?, ¿qué han ganado o perdido con la baja de la fecundidad?, ¿Cómo decisiones públicas (políticas) tienen impacto sobre comportamientos privados con altos niveles de

subjetividad, como podría entenderse la fecundidad? ¿Qué les significa a las mujeres entrar al mercado laboral superando las limitaciones que actualmente tienen para compatibilizar el trabajo doméstico que socialmente se les asigna con el trabajo remunerado?

Desde nuestra perspectiva, relevar los actores es fundamental, sobretodo cuando se trata de fenómenos sociales sumamente complejos y multidimensionales, y cuando los comportamientos se van modificando no tanto por las políticas explícitas dirigidas a alcanzar objetivos concretos sino por factores exógenos a ellas y debido a dinámicas culturales que en general no son tomadas en cuenta en los análisis. Al respecto y en vista de la cambiante situación de las mujeres, creemos que no se puede soslayar la importancia que tienen los factores culturales en la determinación de los hechos demográficos e incluso en las conductas que aparecen respondiendo solo a una racionalidad económica. Asimismo, desde un enfoque de derechos se requiere no obviar el carácter integral de los derechos económicos, sociales y culturales con los derechos reproductivos, en el marco de una ciudadanía moderna y activa de las mujeres.

Bibliografía

- Abramo, Lais y Rosalba Todaro, Eds. (2002), *Cuestionando un mito: Costos laborales de hombres y mujeres en América Latina*. Oficina Internacional del Trabajo, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Lima.
- Arriagada Irma (1994), "Transformaciones del trabajo femenino urbano", en *Revista de la CEPAL N° 53*, CEPAL, Santiago, agosto.
- Bravo, Rosa (2003), Las metas del milenio y las mujeres. *El Caso de Perú. Informe de Consultoría*, Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL, UNIFEM, Santiago.
- CEPAL/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) y Unidad Mujer y Desarrollo (2002), América Latina y el Caribe: Indicadores seleccionados con una perspectiva de género. *Boletín Demográfico N° 70*, Santiago, julio.
- CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo (2003), Análisis preliminar del cumplimiento de los compromisos regionales asumidos en la Octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. *Trigésima quinta reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*, La Habana, Cuba 28 y 29 de abril. Santiago.
- CEPAL/Unidad Mujer y Desarrollo. Sistema de Información de estadísticas de género. <http://www.cepal.cl/mujer>.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) (2002), *El estado de la población mundial 2002*, Nueva York.
- García, Brígida y Orlandina de Oliveira (1988), Participación económica femenina y fecundidad: aspectos teóricos y metodológicos en *Memoria de La Reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México*. México, Secretaría de Salud.
- González González, Marisa (1996), La relación fecundidad-trabajo femenino en Problemas del desarrollo. *Revista Latinoamericana de Economía. Vol. 27 No 106*. México (julio-septiembre).
- Lamas, Marta (2001), Política y reproducción. *Plaza y Janés*, México.
- Mier y Terán, Marta (1994), "The implications of Mexico's fertility decline for women's participation in the labor force", en Guzmán, José Miguel y otros (editores), *The fertility transition in Latin America*, Londres, Oxford University Press.
- Naciones Unidas (2001), División de Población. *World Population Prospects. The 200 Revision*, New York.

Anexos

Anexo 1: Agenda del Seminario “La fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿Transición o revolución?”

Santiago de Chile, 9-11 de junio de 2003

Lunes, 9 de junio

09:00 – 10:00 *Registro*

10:00 – 10:30 *Inauguración:*

- Miguel Villa, Oficial a Cargo, *CELADE-División de Población, CEPAL*
- Reynaldo Bajraj, Secretario Ejecutivo Adjunto, CEPAL

10:30 – 11:00 *Café*

11:00 – 12:30 **Sesión 1: La fecundidad en un mundo globalizado. ¿Tendencias convergentes entre países? ¿Existe un límite inferior para la fecundidad latinoamericana?**

Moderador: Dirk Jaspers-Faijer, CELADE-División de Población

- La transición de la fecundidad en el mundo
Sabine Henning, División de Población de Naciones Unidas
- La fecundidad en América Latina
Susana Schkolnik, CELADE-División de Población, CEPAL
- La fecundidad en el Caribe
François Pelletier, División de Población de Naciones Unidas

Discusión

12:30 – 14:15 *Libre*

14:15 – 15:30 **Sesión 2: Los diferenciales sociales y espaciales en la transición de la fecundidad**

Moderadora: María Eugenia Zavala de Cosío, Universidad de París X - Nanterre, Francia

- La fecundidad en los grupos rezagados en la transición
Juan Chackiel y Susana Schkolnik, CELADE-División de Población, CEPAL
- La fecundidad en áreas metropolitanas de América Latina
Luis Rosero, CCP, Universidad de Costa Rica
- La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: Un riesgo en transición
Jorge Rodríguez, CELADE-División de Población, CEPAL

15:30 – 16:00 *Café*

16:00 – 17:30 *Sesión 2: Continuación*

- Distribución espacial de la fecundidad en Brasil: ¿Cuán grande es el efecto?
Joseph Potter, University of Texas at Austin, Estados Unidos
Carl P. Schmertmann, Florida State University
Suzana M. Cavenaghi, Universidad Estatal de Campinas

Comentarios: Jorge Bravo, CEPAL

Discusión

Martes, 10 de junio

9:00 – 10:30 **Sesión 3: ¿Hacia una fecundidad temprana o tardía? La estructura de la fecundidad por edades**

Moderador: Juan Chackiel, CELADE-División de Población, CEPAL

- La fecundidad por edades en América Latina y sus perspectivas futuras
Delicia Ferrando, Pathfinder, Perú
- Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina
Edith Pantelides, CENEP, Argentina

Comentarios: Ralph Hakkert, Equipo de Apoyo Técnico, UNFPA

Discusión

10:30 – 11:00 **Café**

11:00 – 12:30 **Sesión 4: Los determinantes de la fecundidad**

Moderador: José Alberto Magno de Carvalho, CEDEPLAR, Brasil

- Los determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos
Guiomar Bay, Fabiana Del Popolo, CELADE-División de Población, CEPAL
Delicia Ferrando, Pathfinder Perú
- Las uniones conyugales en América Latina: Transformaciones en un marco de desigualdad social y de género
Brígida García y Olga Rojas, El Colegio de México

Comentarios: Julieta Quilodrán, El Colegio de México

Discusión

12:30 – 14:15 **Libre**

14:15 – 15:45 **Sesión 5: Los determinantes de la fecundidad (continuación)**

Moderadora: Delicia Ferrando, Pathfinder, Perú

- Incidencia del aborto y sus efectos sobre la fecundidad
Miguel Gutiérrez, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Perú
- Impacto sobre la fecundidad de los cambios en los sistemas de género
María E. Zavala de Cosío, Universidad de París X - Nanterre, Francia
- Fecundidad deseada y no deseada en América Latina, con particular referencia a sus aspectos de género
Ralph Hakkert, Equipo de Apoyo Técnico, UNFPA

15:45 – 16:15 **Café**

16:15 – 17:30 **Sesión 5: Continuación**

- La invisibilidad de los hombres en la sexualidad y la reproducción y sus consecuencias en la responsabilidad. Notas para el debate
José Olavarría, FLACSO, Chile

Comentarios: José Alberto Magno de Carvalho, CEDEPLAR, Brasil

Discusión

17:45 **Recepción Salón VIP**

Miércoles, 11 de junio

- 9:00 – 10:15 **Sesión 6: Programas y políticas nacionales que afectan la fecundidad**
Moderadora: *Odette Tacla, INE, Chile*
- Tendencias y perspectivas de la fecundidad en México
Virgilio Partida Bush, Consejo Nacional de Población (CONAPO)
 - Cuba: De la primera a la segunda transición demográfica. El descenso de la fecundidad
Juan Carlos Alfonso Fraga, ONE
 - Programas y políticas nacionales que afectaron el curso de la fecundidad en el Brasil
Ignez Oliva Perpetuo y Laura Rodríguez Wong, CEDEPLAR
- 10:15 – 10:45 **Café**
- Programas y políticas que afectan la fecundidad
René Pereira, Consejo de Población para el Desarrollo Sostenible (CODEPO), Bolivia
 - El reemplazo de la población en el Uruguay, un fenómeno ausente en la agenda estatal
Carmen Varela, Universidad de la República, Uruguay
- 10:45 – 12:30 **Sesión 6: Continuación**
Discusión
- 12:30 – 14:15 **Libre**
- 14:15 – 15:30 **Sesión 7: Consecuencias socioeconómicas y demográficas del descenso de la fecundidad**
Moderador: *René Pereira, CODEPO, Bolivia*
- Envejecimiento y sus consecuencias
José Miguel Guzmán, CELADE-División de Población, CEPAL
 - Efectos de los niveles de fecundidad en la salud reproductiva y la mortalidad infantil
Erica Taucher, Chile
 - Cambios en el tamaño y estructura de la familia
Irma Arriagada, División de Desarrollo Social, CEPAL
- 15:30 – 16:00 **Café**
- 16:00 – 17:15 **Sesión 7: Continuación**
- Fecundidad y trabajo femenino
Nieves Rico, Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL
- Comentarios:** *Miguel Villa, CELADE-División de Población, CEPAL*
- Discusión**
- 17:15 – 18:00 **Panel de conclusiones**
Moderadora: *Susana Schkolnik, CELADE-División de Población, CEPAL*
- *María Eugenia Zavala de Cosío*
 - *José Miguel Guzmán*
 - *Joseph Potter*
- 18:00 **Clausura**

Anexo 2: Lista de participantes

Argentina

Edith Alejandra Pantelides
Investigadora Titular del CENEP
Centro de Estudios de Población
Teléfono: (54-11) 49117077
E-mail: eap@cenep.org.ar

Gustavo Villalón
Demógrafo
Departamento de Demografía,
Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Chile
Teléfono: (56-2) 2226529/ 2226426
E-mail: gustavo.villalon@ine.cl

Bolivia

René Pereira Morató
Secretario Técnico
Consejo de Población para el Desarrollo
Sostenible (CODEPO)
Teléfono: (591-2) 2419801
E-mail: rpereira@caoba.entelnet.bo

Costa Rica

Luis Rosero-Bixby
Director
Centro Centroamericano de Población
de la Universidad de Costa Rica
Teléfono: (506) 2075693
Fax: (506) 2074809
E-mail: lrosero@ccp.ucr.ac.cr

Brasil

José Alberto Magno de Carvalho
Director
CEDEPLAR
Teléfono: (55-31) 32126549
Fax: (55-31) 32126549
E-mail: carvalho@cedeplar.ufmg.br

Cuba

Juan Carlos Alfonso Fraga
Investigador y Director
Centro de Estudios de Población y Desarrollo,
Oficina Nacional de Estadísticas
Teléfono: (53-7) 8304467
Fax: (53-7) 333083
E-mail: juancarlos@one.gov.cu

Ignez Helena Perpetuo
Profesora
UFMG / CEDEPLAR
Teléfono: (55-31) 32799161
Fax: (55-31) 32013657
E-mail: nena@cedeplar.ufmg.br

Estados Unidos

Joseph Potter
Profesor
Population Research Center, Texas University
Teléfono: (1-512) 4718341
Fax: (1-512) 4714886
E-mail: joe@prc.utexas.edu

Chile

Josiane Bonnefoy
Teléfono: (56-2) 2735626
E-mail: josianebonnefoy@yahoo.it

Francia

María Soledad Herrera Ponce
Profesor Asociado
Instituto de Sociología, Pontificia Universidad
Católica de Chile
Teléfono: (56-2) 6864651
Fax: (56-2) 5521834
E-mail: mherrepo@puc.cl

Jean-Claude Reith
Consejero Regional de Cooperación
Cono Sur y Brasil
Embajada de Francia en Chile
Teléfono: (56-2) 2442583
E-mail: ofreg@terra.cl

Odette Tacla
Experto - Asesor
Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Chile
Teléfono: (56-2) 2226529
Fax: (56-2) 6349771
E-mail: odette.tacla@ine.cl

María Eugenia Zavala de Cosío
Directora
Université de Paris X – Nanterre /
CREDAL-Centre de Recherche et de
Documentation sur l'Amérique Latine
CNRS-Centre National de la Recherche
Scientifique
Teléfono: (331) 44398672
E-mail: cosio@u-paris10.fr

Erica Taucher
Teléfono: (56-2) 2317726
Fax: (56-2) 2317726
E-mail: etaucher@ctcreuna.cl

México

Brígida García Guzmán
Profesora - Investigadora
CEDDU - El Colegio de México
Teléfono: (52-55) 54493000
Fax: (52-55) 56450464
E-mail: bgarcia@colmex.mx

Virgilio Partida
Director General de Estudios
Sociodemográficos y Prospectiva
Consejo Nacional de Población
Teléfono: (52-55) 54888405
Fax: (52-55) 55592741
E-mail: virgilio.partida@conapo.gob.mx

Julieta Quilodrán
Profesora/Investigadora
El Colegio de México
Teléfono: (52-55) 54493000 ext. 4090
Fax: (52-55) 56450464
E-mail: jquilo@colmex.mx

Germán Vázquez Sandrín
Demógrafo
IHEAL-CREDAL
París, Francia
Teléfono: (33-1) 44398671
Fax: (33-1) 45487958
E-mail: german_03020@yahoo.com

Perú

Cecilia Barbieri
Jefa de la Oficina Regional de Lima y Callao
Defensoría del Pueblo
Teléfono: (511) 4267800 Anexo 252
Fax: (511) 4267889
E-mail: cbarbieri@ombudsman.gob.pe

Delicia Ferrando
Senior Evaluation Officer
Pathfinder International
Teléfono: (511) 3725073
Fax: (511) 3723992
E-mail: dferrando@pathfind.org

Miguel Gutiérrez Ramos
Presidente Electo Sociedad Peruana de
Obstetricia y Ginecología
SPOG - ESAR
Teléfono: (511) 99469168/ 4331064
Fax: (511) 3723992/ 4766773
E-mail: mgutier@terra.com.pe

Uruguay

Adela Pellegrino
Coordinadora del Programa de Población
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de la República
Teléfono: (598-2) 4088560-61
Fax: (598-2) 4000871
E-mail: apellig@fcsum.edu.uy

Carmen Varela
Investigadora / Docente Programa de Población
Programa de Población, Facultad de Ciencias
Sociales, Universidad de la República
Teléfono: (598-2) 4088560-61
Fax: (598-2) 4000871
E-mail: cvarela@fcsum.edu.uy

FLACSO

María Cristina Benavente
Investigadora
FLACSO – Chile
Teléfono: (56-2) 2900200
Fax: (56-2) 2900263
E-mail: cbenavente@flacso.cl

Alina Donoso Oyarzún
Investigadora Asistente
FLACSO – Chile
Teléfono: (56-2) 2090258
E-mail: adonoso@flacso.cl

José Olavarría
Profesor Investigador
FLACSO – Chile
Teléfono: (56-2) 2900200
Fax: (56-2) 2900263
E-mail: jolavarr@flacso.cl

Teresa Valdés
Coordinadora Área de Estudios de Género
FLACSO – Chile
Teléfono: (56-2) 2900200
Fax: (56-2) 2900263
E-mail: agenero@flacso.cl

Claudia Vergara Pérez
Investigadora Asistente
FLACSO – Chile
Teléfono: (56-2) 2900200
Fax: (56-2) 2900263
E-mail: claudiav@flacso.cl

UNFPA

Ralph Hakkert
Asesor
EAT UNFPA LAC, México
Teléfono: (52-55) 52915146 / 52507977
Fax: (52-55) 52037575
E-mail: ralph.hakkert@eat.org.mx

División de Población, Naciones Unidas

Sabine Henning
Population Affairs Officer
División de Población de Naciones Unidas
Teléfono: (1-212) 9633781
Fax: (1-212) 9632147
E-mail: hennings@un.org

François Pelletier
Population Affairs Officer
División de Población de Naciones Unidas
Teléfono: (1-212) 9633213
Fax: (1-212) 9632147
E-mail: pelletierf@un.org

CEPAL, Naciones Unidas

Irma Arriagada
Oficial de Asuntos Sociales
División de Desarrollo Social, CEPAL
Teléfono: (56-2) 2102532
Fax: (56-2) 2102523
E-mail: iarriagada@eclac.cl

Suzanne Aurelius
Experta en Educación Sexual
CEPAL
Teléfono: (56-2) 2102029
Fax: (56-2) 2080196
E-mail: saurelius@eclac.cl

Reynaldo Bajraj
Secretario Ejecutivo Adjunto
CEPAL
Teléfono: (56-2) 2102558
Fax: (56-2) 2081946
E-mail: rbajraj@eclac.cl

Guiomar Bay
Experta en Demografía
CELADE-División de Población, CEPAL
Teléfono: (56-2) 2102005
Fax: (56-2) 2080196
E-mail: gbay@eclac.cl

Jorge Bravo
Asesor Regional de la Unidad de Gestión de
Recursos Extrapresupuestarios
División de Planificación de Programas y
Operaciones, CEPAL
Teléfono: (56-2) 2102007
Fax: (56-2) 2081946
E-mail: jbravo@eclac.cl

Juan Chackiel
Experto en Demografía
CELADE-División de Población, CEPAL
Teléfono: (56-2) 2102001
Fax: (56-2) 2080196
E-mail: jchackiel@eclac.cl

Fabiana Del Popolo
Experta en Demografía
CELADE-División de Población, CEPAL
Teléfono: (56-2) 2102013
Fax: (56-2) 2080196
E-mail: fdelpopolo@eclac.cl

Daniela González
Consultora
CELADE-División de Población, CEPAL
Teléfono: (56-2) 2102043
Fax: (56-2) 2080196
E-mail: dgonzalezo@eclac.cl

José Miguel Guzmán
Oficial a Cargo, Área Población y Desarrollo
CELADE-División de Población, CEPAL
Teléfono: (56-2) 2102087
Fax: (56-2) 2080196
E-mail: jmguzman@eclac.cl

Dirk Jaspers-Faijter
Jefe, Área Capacitación e Información
sobre Población
CELADE-División de Población, CEPAL
Teléfono: (56-2) 2102002
Fax: (56-2) 2080196
E-mail: djaspers@eclac.cl

Jorge Martínez
Experto en Demografía
CELADE-División de Población, CEPAL
Teléfono: (56-2) 2102095
Fax: (56-2) 2080196
E-mail: jmartinez@eclac.cl

María Nieves Rico
Oficial de Asuntos Sociales
Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL
Teléfono: (56-2) 2102672
Fax: (56-2) 2081946
E-mail: nrico@eclac.cl

Jorge Rodríguez Vignoli
Experto en Demografía
CELADE-División de Población, CEPAL
Teléfono: (56-2) 2102096
Fax: (56-2) 2080196
E-mail: jrodriguez@eclac.cl

Susana Schkolnik
Jefa, Área Demografía
CELADE-División de Población, CEPAL
Teléfono: (56-2) 2102003
Fax: (56-2) 2080196
E-mail: schkolnik@eclac.cl

Miguel Villa
Oficial a Cargo
CELADE-División de Población, CEPAL
Teléfono: (56-2) 2102019
Fax: (56-2) 2080196
E-mail: mvilla@eclac.cl



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

Seminarios y conferencias

Números publicados

1. Hernán Santa Cruz Barceló: un homenaje en la CEPAL, (LC/L.1369-P), N° de venta: S.00.II.G.59 (US\$10.00). [www](#)
2. Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad (LC/L.1399-P), N° venta: S.00.II.G.88 (US\$10.00), 2000. [www](#)
3. La política fiscal en América Latina: una selección de temas y experiencias de fines y comienzos de siglo (LC/L.1456-P), N° venta: S.00.II.G.33 (US\$10.00), 2000. [www](#)
4. Cooperación internacional para el desarrollo rural en el Cono Sur - Informe del seminario regional, Santiago de Chile 14 y 15 de marzo de 2000 (LC/L.1486-P) N° venta: S.00.II.G.18 (US\$10.00), 2000. [www](#)
5. Política, derecho y administración de la seguridad de la biotecnología en América Latina y el Caribe (LC/L.1528-P), N° de venta S.01.II.73 (US\$ 10.00), 2001. [www](#)
6. Informe de la relatoría del seminario de alto nivel sobre las funciones básicas de la planificación y experiencias exitosas (LC/L.1501-P; LC/IP/L.186), N° venta: S.01.II.G. 42 (US\$10.00), 2001. [www](#)
7. Memorias del Seminario Internacional sobre bancos de programas y proyectos de inversión pública en América Latina (LC/L.1502-P; LC/IP/L.187), N° venta: S.01.II.G.48 (US\$10.00), 2001. [www](#)
8. Seminario de alto nivel sobre las funciones básicas de la planificación. Compendio de experiencias exitosas (LC/L.1544-P; LC/IP/L.189), N° venta: S.01.II.G.85 (US\$10.00), 2001. [www](#)
9. Desafíos e innovaciones en la gestión ambiental (LC/L.1548-P), N° de venta S.01.II.G.90 (US\$ 10.00), 2001. [www](#)
10. La inversión europea en la industria energética de América Latina (LC/L.1557-P), N° de venta S.01.II.G.102 (US\$ 10.00), 2001. [www](#)
11. Desarrollo Sostenible. Perspectivas de América Latina y el Caribe. Reunión consultiva regional sobre desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe (LC/L.1613-P), N° de venta: S.01.II.G.153 (US\$ 10.00), 2001. [www](#)
12. Las campañas mundiales de seguridad en la tenencia de la vivienda y por una mejor gobernabilidad urbana en América Latina y el Caribe (LC/L.1616-P), N° de venta: S.01.II.G.156 (US\$ 10.00), 2001. [www](#)
13. Quinta Conferencia Interparlamentaria de Minería y Energía para América Latina (LC/L. 1642-P), N° de venta: S.01.II.G.180 (US\$10.00), 2001. [www](#)
14. Metodología estandarizada común para la medición de los gastos de defensa (LC/L 1624-P), N° de venta S.01.II.G.168 (US\$ 10.000), 2001. [www](#)
15. La migración internacional y el desarrollo en las Américas (LC/L. 1632-P), N° de venta S.01.II.G.170 (US\$ 10,00), 2001. [www](#)
16. Taller Preparatorio de la Conferencia Anual de Ministros de Minería / Memorias Caracas, Eduardo Chaparro Avila (LC/L.1648-P), N° de venta S.01.II.G.184 (US\$ 10,00), 2001. [www](#)
17. Memorias del seminario internacional de ecoturismo: políticas locales para oportunidades globales (mayo de 2001), División de Medio Ambiente y Asentamientos Humanos y División de Desarrollo Productivo y Empresarial, (LC/L.1645-P), N° de venta S.01.II.G.197 (US\$ 10,00), 2001. [www](#)
18. Seminario Internacional Sistemas nacionales de inversión pública en América Latina y el Caribe: balance de dos décadas. Compendio General (Santiago de Chile, 5 y 6 de noviembre de 2001), (LC/L.1700-P, LC/IP/L.198), N° de venta: S.01.II.G.111 (US\$ 10.00), 2002. [www](#)
19. Informe de relatoría del seminario sobre Sistemas nacionales de inversión pública en América Latina y el Caribe: balance de dos décadas (LC/L.1698-P; LC/IP/L.197), N° de venta: S.02.II.G.9 (US\$10.00), 2002. [www](#)
20. Informe del Seminario "Hacia la institucionalización del enfoque de género en las políticas económico-laborales en América Latina" (LC/L.1667-P), N° de venta: S.01.II.G.201 (US\$ 10.00), 2001. [www](#)
21. Cuarto diálogo parlamentario Europa-América Latina para el desarrollo sustentable del sector energético (LC/L.1677-P), N° de venta: S.01.II.G.211 (US\$ 10.00), 2001. [www](#)
22. América Latina y el Caribe hacia la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible. Conferencia Regional Preparatoria (Rio de Janeiro, Brasil 23 y 24 de octubre 2001), (LC/L.1706-P), N° de venta: S.02.II.G.14 (US\$ 10.00), 2002. [www](#)

23. Oportunidades del sector empresarial en el área del medio ambiente (LC/L.1719-P), N° de venta: S.02.II.G.30 (US\$10.00), 2002. [www](#)
24. Informes nacionales sobre migración internacional en países de Centroamérica. Taller de capacitación para el análisis de información censal sobre migración internacional en América Central (LC/L.1764-P), N° de venta: S.02.II.G.78 (US\$10.00), 2002. [www](#)
25. Ciencia y Tecnología para el Desarrollo Sostenible. Una perspectiva Latinoamericana y Caribeña (LC/L.1840-P), N° de venta: S.03.II.G.5 (US\$ 10.00), 2003. [www](#)
26. Informe del cuarto taller de Gerentes de Organismos de Cuenca en América Latina y el Caribe (LC/L.1901-P), N° de venta S.03.II.G.62 (US\$ 10.00), 2003. [www](#)
27. La pobreza rural en América Latina: lecciones para una reorientación de las políticas (LC/L.1941-P), N° de venta S.03.II.G.100 (US\$ 15.00), 2003. [www](#)
28. Reglas macrofiscales, sostenibilidad y procedimientos presupuestarios (LC/L.1948-P), N° de venta S.03.II.G.106 (US\$ 15.00), 2003. [www](#)
29. Gestión pública por resultados y programación plurianual (LC/L.1949-P), N° de venta S.03.II.G.107 (US\$ 15.00), 2003. [www](#)
30. Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe (LC/L.1995-P), N° de venta: S.03.II.G.157 (US\$ 15.00), 2003. [www](#)
31. Capital social: potencialidades analíticas y metodologías para la superación de la pobreza (LC/L.1949), N° de venta S.03.II.G.125 (US\$ 15.00), 2003. [www](#)
32. Una evaluación de los procesos de descentralización fiscal (LC/L.1991-P), N° de venta S.03.II.G.153 (US\$ 15.00), 2003. [www](#)
33. Derechos humanos y trata de personas en las Américas. Resumen y aspectos destacados de la Conferencia hemisférica sobre migración internacional (LC/L.2012-P), N° de venta: S.03.II.G.174, (US\$ 15.00), 2003. [www](#)
34. Informe de la reunión sobre temas críticos de la regulación de los servicios de agua potable y saneamiento en los países de la región (Santiago de Chile, 22 de septiembre de 2003) (LC/L.2017-P/E) N° de venta: S.03.II.G.178, (US\$ 10.00), 2003. [www](#)
35. Empleo e ingresos rurales no agrícolas en América Latina (LC/L.2069-P), N° de venta: S.04.II.G.12 (US\$ 15.00), 2003. [www](#)
36. La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución? (Santiago de Chile, 9 al 11 de junio de 2003) (LC/L.2097-P) N° de venta: S.04.II.G.34, (US\$ 15.00), 2004. [www](#)

Algunos títulos de años anteriores se encuentran disponibles

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@eclac.cl.

[www](#) Disponible también en Internet: <http://www.cepal.org/> o <http://www.eclac.org>

Nombre:
Actividad:
Dirección:
Código postal, ciudad, país:
Tel.: Fax: E.mail: