

Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad en América Latina

Susana Schkolnik y Juan Chackiel

Los cambios demográficos en América Latina resultaron del comportamiento de los estratos medios y altos. Dado el nivel relativamente bajo de la fecundidad y la mortalidad en estos grupos, los cambios futuros estarían vinculados principalmente al comportamiento de los sectores rezagados. Se analiza aquí la contribución de los grupos rezagados al descenso de la fecundidad, distinguiendo entre el “efecto distribución” y el “efecto tasas”. En los sectores rezagados el número deseado de hijos es menor que el observado, manteniéndose una nupcialidad temprana y un uso restringido de anticonceptivos modernos. Aun así, estos grupos se incorporaron a la transición demográfica. Recientemente, varios países exhibieron descensos provenientes de la contribución de mujeres de bajo nivel de instrucción: en los países con transición atrasada el comportamiento es heterogéneo, mientras que en los de transición avanzada, la mayor contribución está dada por las mujeres con educación primaria.

Susana Schkolnik
Jefa, Área Demografía,

✉ susanase@vtr.net

Juan Chackiel

Consultor

✉ chackiel@hotmail.com

CELADE-División de Población,

CEPAL

I

Introducción

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 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 los países, y también cuando se considera cada país por separado, dado el comportamiento demográfico diferente de los distintos sectores sociales o áreas de residencia.

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, lo que lleva a un porcentaje mayor de población con comportamientos propios de sectores medios y altos, habrá 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 estratos medios y altos, existe la expectativa de que las tendencias futuras estén vinculadas 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 a la continuidad del proceso de transición en las últimas dos décadas, a pesar del estancamiento económico que causó incluso un aumento del porcentaje de pobres en muchos países. Es difícil, sin embargo, establecer con precisión los factores determinantes de este proceso.

Tal 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 siguieron 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 los estratos de bajos ingresos de los países latinoamericanos los continuos descensos fueran mejor explicados por la presión de las necesidades económicas agudizadas en períodos de crisis.

Es probable que ambos tipos de factores hayan tenido una influencia importante en el proceso. Si bien las crisis de las últimas décadas en América Latina pudieron provocar descensos de la fecundidad, probablemente 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 de los ingresos, el empleo y las condiciones de vida de algunos sectores de la población (los que incluso se habrían deteriorado), sí se ha reflejado en otros aspectos, como la expansión de la educación y de la atención de salud, la ampliación de las comunicaciones, la mayor participación económica de la mujer y, por ende, en la emergencia de nuevas actitudes hacia la procreación asociadas al uso de métodos modernos de planificación familiar. Además, en apoyo al planteamiento 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 del decenio de 1980.

También se ha tenido en cuenta que una vez desencadenado el proceso de transición demográfica —en asociación con los aspectos del desarrollo ya mencionados— las variables demográficas y también 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, es factible modificar el comportamiento de estas variables con políticas sociales

□ Este artículo, que contiene información actualizada, se basa en el documento “América Latina: La transición demográfica en sectores rezagados”, que los autores presentaron a la Conferencia internacional de población (Beijing, octubre de 1997), de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población. Véase una versión ampliada de dicho documento en Schkolnik y Chackiel (1998).

específicas, lo que también contribuiría a explicar por qué 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 tienen menor nivel de instrucción. Esta situación se da en las zonas rurales donde la mayoría de la población vive en esas 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 en la mortalidad y fecundidad entre sectores sociales, estos son puntuales y no siempre comparables entre países y a través del tiempo. La información disponible que permite determinar tendencias en un plazo mayor se refiere, generalmente, a dos formas de estratificar la población: por zona de residencia (urbana/rural) y por nivel de instrucción de la madre (número de años de estudio o ciclo de enseñanza).

Para estudiar lo que 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 el nivel de instrucción de la madre, debido al alto poder discriminador de esta variable (Cleland, 2002; Cleland y Rodríguez, 1988; Naciones Unidas, 1995; Weinberger, Lloyd y Blanc, 1989). Un análisis multivariado que se aplica en el citado estudio de Naciones Unidas muestra que en América Latina la relación inversa entre educación de la madre y fecundidad ha resultado ser la más fuerte en términos comparativos. Casi todos los coeficientes de regresión son los más elevados y estadísticamente significativos, luego de considerar las variables geográficas y sociodemográficas. Esto avalaría que la educación es probablemente la variable que capta mejor las diferencias en la fecundidad entre grupos sociodemográficos y económicos. En lo que sigue se considera a las mujeres sin instrucción y 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 (EMF), los censos de población y estadísticas vitales para el decenio de 1970, y las Encuestas de Demografía y Salud (EDS)¹ para las décadas de 1980 y 1990 y para los años más cercanos al 2000.

II

La transición demográfica y de la fecundidad en América Latina

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

La situación pretransicional, de 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 los 6 hijos (Pérez Brignoli, 1994). Una de las características que distingue a la pretransición latinoamericana de la europea es el mayor nivel observado en la fecundidad, lo que se atribuye a una nupcialidad más temprana y una menor incidencia del celibato en los países latinoamericanos (Zavala de Cosío, 1992).

En América Latina primero comenzó a descender la mortalidad, con lentitud a comienzos del siglo XX,

con mayor intensidad a partir de 1930 (Arriaga, 1974), y de manera generalizada después de la segunda guerra mundial. La región alcanzó una $E(0)$ promedio de 52 años 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 esa cifra) y una TMI de aproximadamente 33 por mil.

El descenso de la fecundidad fue bastante posterior al de la mortalidad. Al comenzar la segunda

¹ Estas encuestas se efectúan con financiamiento de un proyecto de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) de los Estados Unidos, y son realizadas por Macro International Inc.

mitad del siglo XX la fecundidad promedio de América Latina se aproximaba a los 6 hijos por mujer y mostró tendencias moderadamente ascendentes 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 al embarazo 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). Solamente en la segunda mitad del decenio de 1960 hubo un cambio importante en el promedio de hijos por mujer, que fue descendiendo para llegar a la actualidad a 2,7, menos que la mitad de la cifra de 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 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 los de aquellos. Cabe hacer notar que

principalmente en Europa se asiste a un fenómeno de descenso 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 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, en el cuadro 1 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.

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 eran 16 de 20 países de la región los que 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: i) países que han pasado de fecundidad muy alta a alta (Guatemala); ii) países que han pasado de fecundidad muy alta a media alta (cin-

CUADRO 1

América Latina: Clasificación de los países por nivel de fecundidad, 1950-1955 y 1995-2000^a

(Tasa global de fecundidad observada en los quinquenios señalados)

Nivel de fecundidad 1950-1955	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).

^a Los valores entre paréntesis corresponden a la tasa global de fecundidad (TGF) del período 1995-2000.

co países); iii) países que han pasado de fecundidad muy alta a media baja (ocho países); iv) países que han pasado de fecundidad muy alta a baja (Brasil y México); v) países que han pasado de fecundidad alta a baja (Chile); vi) países que han pasado de fecundidad media alta a muy baja (Cuba); vii) países que se han mantenido en media baja (Argentina); viii) 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 de la de reemplazo.

Para los efectos de este trabajo se trató de seleccionar países en cada una de las diversas situaciones. Paradójicamente, esto no ha sido posible en los países de transición precoz y más avanzada (Argentina, Cuba y Uruguay), por no tener información disponible sobre fecundidad por estratos 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 y 1990, y en algunos casos hay información para algún año cercano al 2000, por lo que resultan suficientes para llegar a algunas conclusiones.

En general, en la década de 1970 la tasa global de fecundidad del grupo “sin instrucción” se mantenía sobre los 5,5 hijos por mujer. Las mujeres con 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 altos (cuadro 2, y véase más adelante el cuadro 3).

El hecho de que en el cuadro 2 la mayoría de los grupos según nivel de instrucción se ubique encima de la diagonal, expresa un cambio de categorías que se traduce en un descenso de los valores de la TGF. Esto, sin embargo, no es tan válido para los grupos rezagados en los países de alta fecundidad, dado que cerca de la mitad de los 11 casos que en el decenio de 1970 tenía fecundidad “muy alta” permanece en esa categoría. Con todo, tres casos pasaron a la categoría “alta” y tres a la “media alta”. A su vez, de los tres que es-

taban en la categoría “alta”, uno pasó a ubicarse en la categoría “media alta” y los otros dos en la “media baja”. También se observa que los grupos rezagados de los países con mayor avance en la transición, en general tenían una menor fecundidad en el período inicial y en Chile incluso alcanzaron 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 con el 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 que se esperaba, este descenso se habría iniciado más tardíamente que el de la mortalidad. Esta secuencia 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.

La información disponible, que es fragmentaria, no permite apreciar con claridad si la disminución de la fecundidad de los sectores rezagados fue precedida

CUADRO 2

América Latina (seis países): Clasificación de los grupos según el nivel de instrucción de la mujer, década de 1970 y 1995-2000^{a b}
(Tasa global de fecundidad (TGF) observada)

Nivel de fecundidad 1950-1955	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						

Fuente: Cuadro 3.

^a A: sin instrucción; B: con instrucción primaria incompleta; I: con instrucción intermedia; S: con instrucción secundaria y más.

^b Los valores entre paréntesis corresponden a la tasa global de fecundidad del período 1995-2000.

de un aumento de ella, 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 a las del pasado en todos los grupos sociales y Honduras presenta un aumento en los grupos más rezagados en la década de 1970 (cuadro 3 y gráfico 1). Es probable que actualmente 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 pretransicional por zona de residencia. Los autores ligan lo sucedido con aumentos de la nupcialidad en la década de 1950, con mejo-

ras 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 se tiende 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 tasas bajas y probablemente los descensos serán menores. Aparentemente, para sus hijos habría descendido la mortalidad infantil tempranamente en el siglo XX y, es probable que su fecundidad lo hiciera 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

CUADRO 3

América Latina (ocho países): Distribución relativa de la población femenina de 15-49 años y tasa global de fecundidad
(TGF) según nivel de instrucción a partir de diversas fuentes^{a b}

Nivel de fecundidad, país y fuente	Fuente 1 (decenio de 1970)		Fuente 2 (decenio de 1980)		Fuente 3 (decenio de 1990)		Fuente 4 (alrededor de 2000)	
	Mujeres %	TGF	Mujeres %	TGF	Mujeres %	TGF	Mujeres %	TGF
Fecundidad alta								
Guatemala (EDS 1987, 1995, 1998)	–	–	100	5,6	100	5,1	100	5,0
Sin instrucción	–	–	38	7,0	28	7,1	25	7,1
Primaria incompleta	–	–	35	5,6	47	5,1	49	5,2
Primaria completa	–	–	12	3,9	–	–	–	–
Secundaria y más	–	–	15	2,7	25	2,7	25	3,0
Fecundidad media alta								
Bolivia (censo 1976; EDS 1989, 1994, 1998)	100	6,5	100	4,9	100	4,8	100	4,2
Sin instrucción	43	7,6	18	6,1	12	6,5	8	7,1
Instrucción básica	30	6,5	36	5,9	36	6,0	29	5,8
Instrucción media	12	4,0	16	4,5	16	4,9	14	4,6
Instrucción secundaria y más	15	4,0	30	2,9	36	2,7	49	2,7
Honduras (EDENH 1975, 1983; ENESF 1991; EDS 1996)	100	7,0	100	6,3	100	5,2	100	4,9
Sin instrucción	42	7,5	24	8,0	15	7,0	12	7,1
1-3 años	28	7,3	26	7,7	26	6,4	23	6,1
4-6 años	23	5,9	28	5,8	35	4,9	37	4,8
7 años y más	7	3,3	22	3,3	24	3,1	28	2,9
Fecundidad media baja								
Ecuador (ENF 1979, ENDESA 1987, ENDEMAIN 1994, 1999)	100	6,6	100	4,3	100	3,6	100	3,3
Sin instrucción	10	8,6	8	6,4	5	6,2	4	5,6
Primaria	55	7,0	48	5,2	43	4,4	40	4,2
Secundaria y más	35	3,5	44	3,0	52	2,8	56	2,6
Superior	–	–	–	–	12	2,1	15	1,9
Colombia (ENFC 1976; EPDS 1986; ENDS 1995, EDS 2000)	100	4,7	100	3,3	100	3,0	100	2,6
Sin instrucción	21	7,1	6	5,4	4	5,0	3	4,1
Primaria	55	5,2	49	4,2	37	3,8	32	3,6
Secundaria y más	24	2,7	45	2,5	59	2,5	50	2,4
Superior	–	–	–	–	–	–	15	1,5
Fecundidad baja								
México (EMF 1976; END 1982; ENADID 1992, 1997)	100	6,3	100	4,7	100	3,5	100	2,7
Sin instrucción	34	7,5	12	7,2	15	5,6	6	4,7
Primaria incompleta	38	6,8	32	5,5	23	4,3	17	3,7
Primaria completa	18	4,6	19	4,2	20	3,2	22	3,1
Secundaria y más	10	3,2	37	3,0	42	2,4	55	2,2
Chile (Censos/registros 1970, 1982, 1992)	100	3,9	100	3,0	100	2,5	–	–
0-3 años	31	5,3	13	3,9	7	2,8	–	–
4-6 años	28	4,4	25	3,4	17	2,4	–	–
7-9 años	10	3,4	35	2,9	24	2,4	–	–
10 años y más	31	2,5	27	2,3	52	2,4	–	–
Brasil (EDS 1986, 1996)	–	–	100	3,4	100	2,5	–	–
Sin instrucción	–	–	7	6,5	5	5,0	–	–
Primaria incompleta	–	–	67	5,1	33	3,3	–	–
Primaria completa	–	–	–	3,1	–	2,4	–	–
Secundaria y más	–	–	26	2,5	62	1,6	–	–

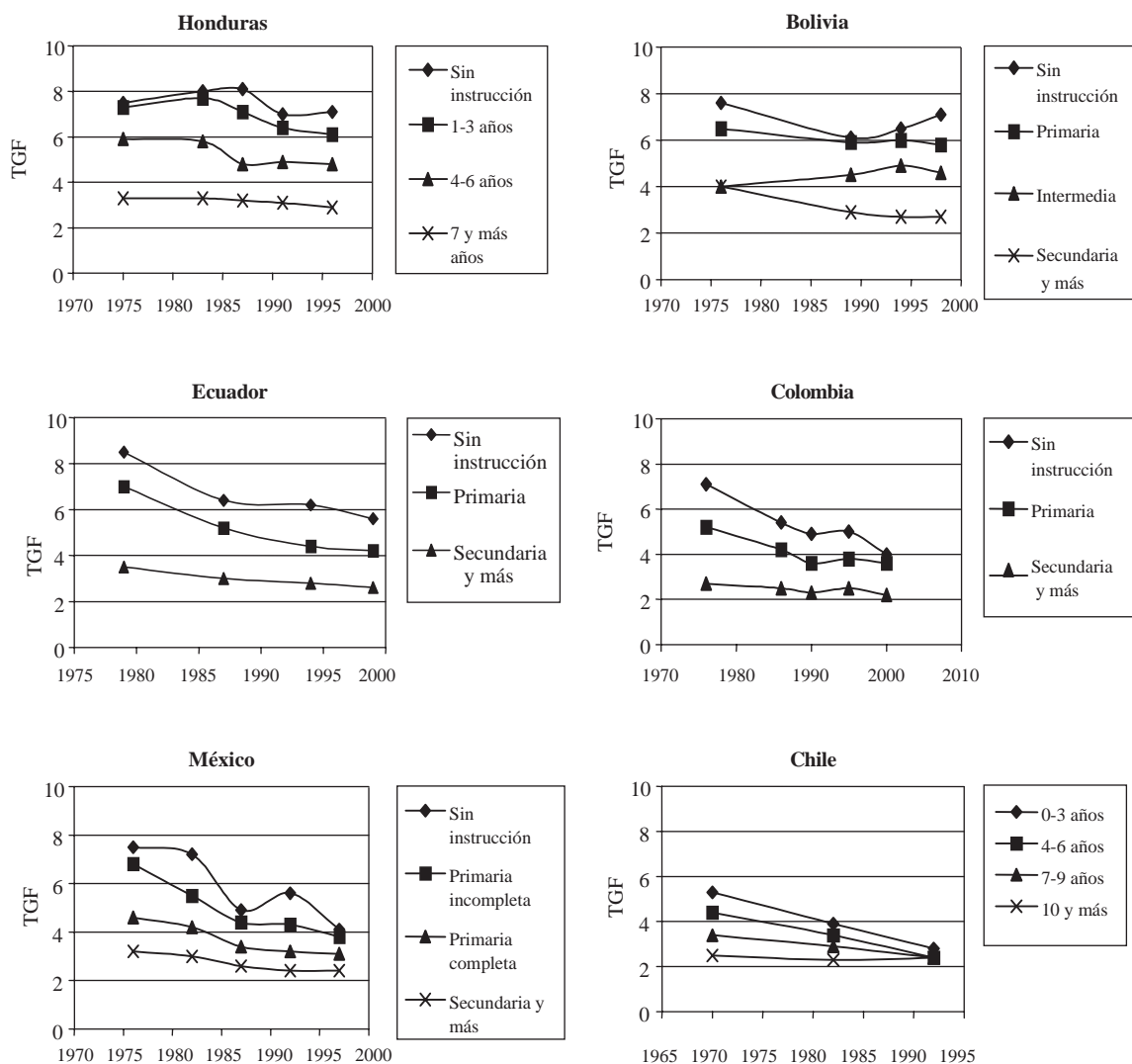
Fuente: Schkolnik (1998); Encuestas de Demografía y Salud nacionales, varios años, www.measuredhs.com.

^a 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.

^b EDENH: Encuesta Demográfica Nacional de Honduras; EDS: Encuestas de Demografía y Salud; EMF: Encuesta Mundial de Fecundidad; END: Encuesta Nacional Demográfica; ENADID: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica; ENDEMAIN: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil; ENDESA: Encuesta Nacional de Salud; ENESF: Encuesta nacional de epidemiología y salud familiar; EPDS Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud.

GRAFICO 1

América Latina (seis países): Tasa global de fecundidad según nivel de instrucción de las madres, quinquenios entre 1970 y 2000
(Países seleccionados)



Fuente: Cuadro 3.

tendencia general hacia la convergencia en valores bajos.

Los datos de algunas Encuestas de Demografía y Salud de finales de la década de 1990 y comienzos de la de 2000 permiten evaluar lo que ha sucedido recientemente con las tendencias de la fecundidad y también de la mortalidad infantil. Como ya se ha dicho, 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 el descenso de la mortalidad infantil ni de 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 que continuara la disminución de la fecundidad. Los datos muestran que el comportamiento de los distintos sectores sociales es heterogéneo. Por ejemplo, la tendencia

reciente en cuanto al promedio de hijos muestra que los sectores rezagados en general continuaron con dicho proceso, aunque en varios casos con menos intensidad que en el pasado. En los sectores con mayor nivel de instrucción, la tasa global de fecundidad tien-

de a estabilizarse, por lo general en valores todavía superiores a los observados en el mundo desarrollado, aunque países de fecundidad baja de la región ya llegaron a tasas cercanas o inferiores a las de reemplazo (cuadro 3).

IV

El aporte de los grupos rezagados a la transición demográfica nacional

Esta sección analizará los cambios en la fecundidad atribuibles a dos tipos de factores, tratando de identificar la importancia de cada uno de ellos. Estos factores son, por un lado, los cambios en la movilidad social de una población (usando como aproximación la proporción de mujeres en edad fértil en los diferentes grupos conformados según el grado de instrucción) y, por otro, los cambios en las tasas de fecundidad dentro de cada grupo educativo, no atribuibles a la movilidad social.

En consecuencia, por un lado está el posible impacto de los cambios en el perfil educativo de una población sobre su fecundidad media, es decir, cuánto varía la tasa de fecundidad según los cambios en la estructura educativa de la población, sin que se hayan producido dentro de cada grupo modificaciones de la fecundidad atribuibles a otros factores. Por ejemplo, una población puede tener en un momento 2 una mayor proporción de mujeres con educación media o alta que en el momento 1, que es el tipo de fenómenos implícitos en los procesos de movilidad social. Si las mujeres mantienen la fecundidad del grupo, la fecundidad descenderá sólo por efecto de la mayor proporción de mujeres con más instrucción en la población total.

Por otro lado, las tasas de fecundidad son afectadas por otros factores que operan dentro de los grupos y que no tienen que ver con la distribución de las mujeres por estratos sociales o niveles educativos. En este caso se podría apreciar un cambio en la tasa de fecundidad de una población entre un momento 1 y un momento 2, aun cuando no haya habido avances en el terreno de la educación (en el caso de las mujeres en edad fértil). Esto podría deberse a una mayor oferta de anticonceptivos, a la implementación de políticas de planificación familiar o, incluso, al hecho de que las mujeres de los grupos más rezagados hayan comenzado a adoptar nuevos patrones reproductivos por otros

motivos, incluso como respuesta a un período de crisis económica.

Para efectuar este análisis se ha recurrido a un procedimiento de tipificación (estandarización) utilizado en Weinberger y otros (1989), donde se demostró la existencia de importantes contribuciones de ambos factores en la experiencia de cuatro países latinoamericanos en los decenios de 1970 y 1980. En el presente artículo, al igual que en un trabajo anterior (Schkolnik y Chackiel, 1998), se ha aplicado el mismo procedimiento a un número mayor de países, incorporando ahora información de períodos más recientes. Debe señalarse que el ejercicio da una idea global de la contribución de los dos factores señalados, pero es poco robusto cuando las variaciones de la tasa global de fecundidad son muy pequeñas, pues la sensibilidad de los resultados a imprecisiones menores de las estimaciones podría conducir a conclusiones erróneas.

En el cuadro 4 se presenta el cambio en la fecundidad atribuible al perfil educativo de las mujeres (llamado “efecto distribución”) y el cambio al interior de los grupos atribuible a otros factores (llamado “efecto tasas”), mostrando tanto el aporte absoluto (magnitud) como el aporte porcentual de cada uno de ellos al cambio total de la tasa entre dos momentos.

Para calcular el peso del “efecto distribución” y del “efecto tasas”, se siguió el procedimiento que se describe a continuación. En primer lugar, se calcularon las siguientes tasas globales de fecundidad:

- $TGF(1)$, tasa global de fecundidad del momento 1 (combinación de las tasas por grupos de educación en el momento 1, ponderadas por la proporción de cada grupo en el momento 1).
- $TGF(2)$, tasa global de fecundidad del momento 2 (combinación de las tasas por grupos de educación en el momento 2, ponderadas por la proporción de cada grupo en el momento 2).

CUADRO 4

América Latina (seis países): Aporte del “efecto tasas”, del “efecto distribución” y de los cambios en la fecundidad de cada grupo frente al cambio de la tasa global de fecundidad (TGF)^{a b}

Países y fuentes	Fecundidad					
	Decenio de 1970		Decenio de 1980		Cerca de 2000	
	Aporte absoluto	Aporte porcentual	Aporte absoluto	Aporte porcentual	Aporte absoluto	Aporte porcentual
Bolivia (Censo 1976; EDS 1989,1994, 1998)						
“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 (EDENH 1975, 1983; EDS 1991/92, 1996)						
“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
1 a 3 años de instrucción	0,4	-44	-1,3	39	-0,3	50
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
Ecuador (EMF 1979, EDS 1987, Enc.1994, 1999)						
“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
1 a 6 años de instrucción	-1,8	70	-0,8	90	-0,2	38
7 años o más	-0,5	15	-0,2	9	-0,2	50
México (EMF 1976/77, 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 (EMF 1976, EDS 1986, 1995, 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 de instrucción	-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: Elaboración propia sobre la base del cuadro 3.

^a Véase la descripción del “efecto tasas” y del “efecto distribución” en la sección IV, párrafo quinto. Véase también nombres completos de las encuestas en el cuadro 3, nota b.

^b En Bolivia (decenio de 1980) y Honduras (decenio de 1970) los resultados de la contribución atribuible a los grupos de educación no son consistentes con los resultados globales, por las imprecisiones de las fuentes.

- $TGF(HE)$, tasa global de fecundidad hipotética, resultante de la combinación de las tasas por grupos de educación en el momento 1, ponderadas por la proporción de cada grupo en el momento 2.
- $TGF(HT)$, tasa global de fecundidad hipotética, resultante de la combinación de las tasas de cada grupo de educación en el momento 2, ponderadas por la proporción de cada grupo en el momento 1.

A partir de estas tres tasas se realizaron las siguientes comparaciones:

- $TGF(2) - TGF(1)$ = cambio total real entre el momento 1 y el momento 2;
- $TGF(HE) - TGF(1)$ = cambio que se habría dado si sólo se modificara el perfil educativo.
- $TGF(HT) - TGF(1)$ = cambio que se habría dado si sólo se modificaran las tasas de fecundidad de cada grupo educacional.

A su vez, el cociente

$$(TGF(HE) - TGF(1)) / (TGF(2) - TGF(1))$$

indica la proporción del cambio total atribuible al mero efecto de la educación, lo que se denominó “efecto distribución”. Análogamente, se calcula el cambio esperado debido al mero cambio en las tasas de cada grupo, lo que se llamó “efecto tasas”:

$$(TGF(HT) - TGF(1)) / (TGF(2) - TGF(1))$$

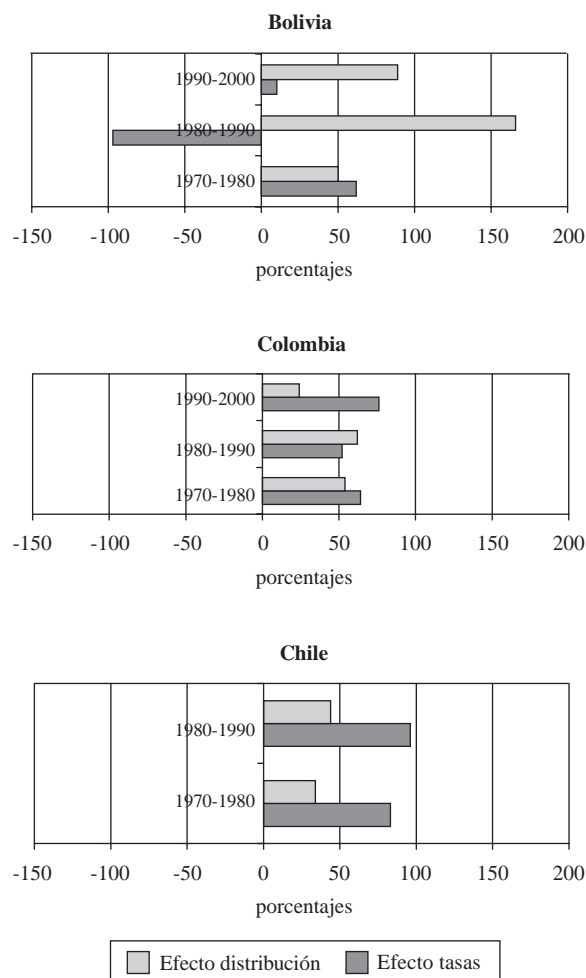
La suma de ambos efectos puede ser levemente distinta de uno por la interacción de ambos factores.

A partir de los cálculos realizados se corroboraron los hallazgos de Weinberger y otros (1989): ambos factores desempeñan un rol muy importante en el cambio de la fecundidad de los países, y el aporte debido al “efecto tasas” sería, en la mayoría de ellos, mayor que el debido al “efecto distribución”, sobre todo en los casos en que ya se ha logrado una fecundidad baja. Los resultados, que figuran en el cuadro 4, se ilustran para tres países en el gráfico 2. 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 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 semejante cuando se examinan las diferencias entre países tomando en cuenta la etapa de la transición por la que atraviesan. Por ejemplo, en Chile el aporte del

GRAFICO 2

América Latina (tres países): Aportes del “efecto tasas” y del “efecto distribución”, según grupos educacionales, al cambio de la fecundidad del país, decenios de 1970, 1980 y 1990



Fuente: Cuadro 4.

“efecto tasas” al cambio en la TGF es superior a 80%, y llega al 96% en el período más reciente, mientras que en Bolivia y Honduras predomina en general el “efecto distribución”. En estos dos países podrían presentarse algunas irregularidades, producto de la calidad de los datos y de la robustez del ejercicio por la pequeña reducción de la TGF.

El aporte porcentual de cada uno de los grupos por nivel de instrucción se calculó tomando el cambio ocurrido en cada grupo educacional en el período comprendido entre encuestas y ponderándolo por el peso del grupo que surge del promedio de la distribución por

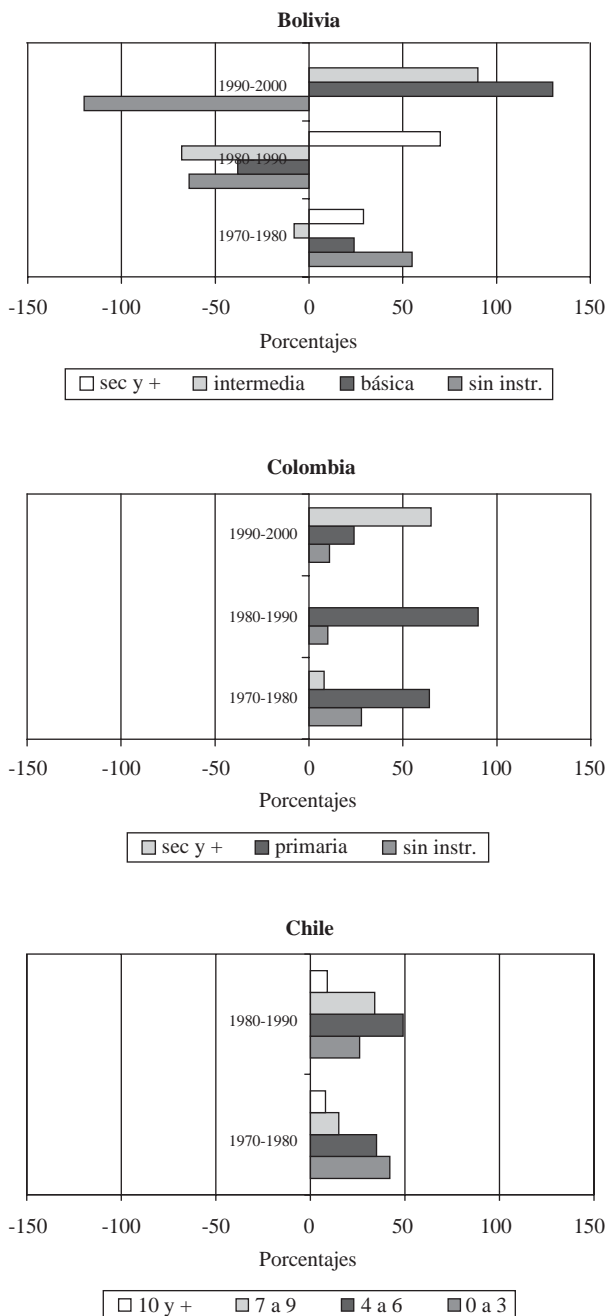
nivel educacional en las dos fuentes consideradas. La contribución de cada grupo al cambio en la fecundidad se presenta en el mismo cuadro 4 y se ilustra en el gráfico 3. La mayor contribución al descenso de la fecundidad está dada, en general, por los grupos con instrucción “primaria” o “1 a 6 años de estudio”. Si bien en algunos casos las mayores bajas en números absolutos se observan entre las mujeres sin instrucción, en los países de transición avanzada el aporte de este grupo al descenso de la fecundidad es menor, por su pérdida de importancia relativa tras la universalización de la enseñanza básica (cuadro 3).

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 4). En Bolivia, entre las décadas de 1970 y de 1980, los mayores cambios en la fecundidad están en los extremos y la mayor contribución al descenso corresponde al grupo “sin instrucción” (55%), que exhibe un mayor cambio absoluto y un mayor peso relativo. En la década de 1980, 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 el hecho de que el “efecto tasas” tienda a elevar 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 al de los países más adelantados en la transición, observándose los mayores aportes en las mujeres con 1 a 6 años de estudio.

En síntesis, en los últimos años ya no se observa que los aportes al descenso de la fecundidad se deban principalmente a los grupos de altos niveles de educación formal, con la expectativa de que luego se extienda a los demás. Es probable que esto se deba a que esos sectores experimentaron antes de 1970 los cambios demográficos importantes, incluso en los países rezagados en la transición. Al parecer, los descensos actuales de la fecundidad se estarían dando fundamentalmente por el aporte de las mujeres de más baja instrucción, principalmente las que han cursado estudios básicos, dado que en muchos países aquellas sin instrucción han llegado a representar un porcentaje muy bajo de la población.

GRAFICO 3

América Latina (tres países): Contribución de las tasas de cada grupo educacional al cambio de la fecundidad del país, decenios de 1970, 1980 y 1990



Fuente: Cuadro 4.

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 en ellos no sean los mismos que en el modelo europeo del siglo XIX y en los sectores medios y altos de América Latina.

La influencia de los cambios sociales en la fecundidad 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 y 1982). En lo que sigue, aprovechando información proporcionada por las Encuestas de Demografía y Salud 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 a la disminución 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 deseado de hijos no están tan alejadas del tamaño ideal de familia declarado por aquellas que tienen mayor nivel de instrucción. En efecto, el número ideal de hijos que declaran en las encuestas las mujeres de grupos rezagados (cuadro 5) es relativamente bajo y, aunque resulta sistemáticamente mayor, no muestra gran diferencia con el declarado por las mujeres con más instrucción. Por ejemplo, el número ideal

de hijos para 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 entre las con mayor instrucción varía entre 2,2 y 2,4 en los mismos países. Esto se traduce en que las brechas entre la fecundidad observada y la deseada en los grupos rezagados son de considerable magnitud (por ejemplo, 5,0 contra 2,7 en Brasil, 5,6 contra 3,1 en Ecuador, 5,1 contra 2,9 en Perú, 7,1 contra 2,7 en Bolivia, 6,4 contra 3,5 en Haití). Los casos de Colombia y Perú, que contienen datos de la década de 1970, muestran asimismo que las mujeres con menor instrucción no siempre desearon un número de hijos tan bajo como el señalado en las encuestas recientes. En las últimas décadas al parecer se ha evolucionado hacia un menor número deseado de hijos, lo que ha afectado a las mujeres de todos los grupos sociales, incluso las de estratos más bajos, aunque las motivaciones de cada grupo pueden ser diferentes.

Los estudios realizados sobre los principales determinantes próximos de la fecundidad (nupcialidad, infertilidad posparto, anticoncepción y aborto) muestran que la anticoncepción es la variable que ha influido decisivamente en el descenso de la fecundidad en la región. Esto también parece ser así en el caso de los grupos más rezagados, observándose que en ellos ha aumentado el uso de anticonceptivos, incluidos los modernos. El aborto ha quedado 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 de 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 en los países de la región y en los distintos grupos sociales. En general, a medida que aumenta la cobertura de la educación formal, aumenta el uso de anticonceptivos. Es posible distinguir dos patrones de uso según sectores sociales, lo que está ligado al nivel de la fecundidad en cada país (cuadros 5 y 6). Así, se tiene por un lado países que en general exhiben fecundidad alta y media, en los cuales hay una gran diferencia de

América Latina (once países): Tasa global de fecundidad y variables intermedias según nivel de instrucción de las mujeres en distintas etapas de evolución de la fecundidad^a

Nivel de fecundidad	Nivel de instrucción						Nivel de instrucción						Nivel de instrucción												
	TGF	Ideal de hijos	Edad la unión	Uso de MAC demos	MAC demos	TGF	Ideal de hijos	Edad la unión	Uso de MAC demos	MAC demos	TGF	Ideal de hijos	Edad la unión	Uso de MAC demos	MAC demos	TGF	Ideal de hijos	Edad la unión	Uso de MAC demos	MAC demos					
Baja	Total						Sin instrucción						Primaria												
Brasil	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	...	...	69,9	...	2,5	2,5	25,0	72,9	61,2
EDS 1986	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	...	...	80,1	...	1,6	2,2	22,2	81,8	75,0
México	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	...	...	62,0	...	2,6	2,4	22,7	69,8	57,9
EDS 1987	...	...	...	67,6	56,0	4,1	...	...	45,0	...	3,8	...	...	58,8	...	3,1	...	...	68,6	...	2,4	...	...	74,0	...
EDS 1997																									
Media baja	Total						Sin instrucción						Primaria												
R. Dominicana	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	...	2,1	3,1	22,4	55,5	49,6
EDS 1986	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
EDS 1991	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	...	...	64,5	...	2,4	2,9	22,7	65,2	58,7
Colombia	4,7	4,1	19,2	...	...	7,1	4,9	18,5	...	...	5,2	4,1	19,1	...	...	2,7	3,4	19,8	...	...	2,5	3,1	22,2	62,9	...
EMF 1976	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	...
EDS 1986	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
EDS 1990	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
EDS 1995	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	...	...	77,7	...	1,5	2,2	22,9	77,2	66,0
EDS 2000																									
Ecuador	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	...	2,3	2,6	21,9	56,7	43,5
EDS 1987	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 1994	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	55,6	1,9	2,4	25,0	78,6	60,0
CDC 1999																									
Perú	5,3	4,4	18,4	41,3	...	7,3	4,0	17,6	20,6	...	6,8	4,0	18,3	48,8	...	5,1	3,3	20,1	68,3	...	3,3	...	...	...	...
EMF 1977	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	...	2,9	2,5	23,3	69,1	...
EDS 1986	5,0	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
EDS 1992	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	...	...	70,2	...	2,1	2,3	23,0	75,4	49,3
EDS 1996	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	...	...	74,6	...	1,8	2,3	23,5	75,5	57,1
EDS 2000																									
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
EDS 1985	3,8	...	19,4	53,3	48,0	5,1	...	17,2	43,4	41,8	3,8	...	18,4	51,0	46,6	3,1	...	...	59,5	51,9	2,3	...	23,6	67,5	54,3
CDC 1993	3,6	...	19,5	59,7	54,1	4,8	...	17,3	49,6	...	3,6	...	18,4	51,8	n.d.	3,2	...	...	61,8	...	2,4	...	...	67,8	n.d.
CDC 1998																									
Media alta	Total						Sin instrucción						Primaria												
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
EDS 1989	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
EDS 1994	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	...	...	53,3	...	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	...	...	47,4	...	3,2	3,3	23,3	62,4	46,1
EDS 1990	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 1995/96	4,3	...	...	57,4	47,7	6,2	...	...	36,5	30,9	5,8	...	...	52,9	41,3	5,0	...	...	53,7	45,8	3,0	...	...	69,4	58,5
CDC 1998																									
Alta	Total						Sin instrucción						Primaria												
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	...	...	...	...	...	3,9	2,9	22,8	53,3	46,2
EDS 1987	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	...	...	...	...	...	2,6	2,7	22,3	63,1	51,2
EDS 1995	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	...	...	...	...	...	2,9	2,7	21,9	68,0	53,6
EDS 1998/99																									
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	...	...	...	...	...	2,5	2,9	23,9	34,2	23,2
EDS 1994/95	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	...	...	...	...	...	2,5	2,7	24,8	39,3	29,7
EDS 2000																									

Fuente: Ferrando (2003).

^a TGF: Tasa Global de Fecundidad; MAC: Prevalencia de uso de Métodos Anticonceptivos; MAC modernos: Prevalencia de uso de Anticonceptivos Modernos; CDC: Center for Disease Control and Prevention.

comportamiento anticonceptivo entre los grupos con el máximo nivel de instrucción y aquellos con el nivel mínimo (por ej.: Guatemala, Bolivia y, en menor medida, Nicaragua). Por el otro lado están aquellos países, generalmente de menor fecundidad, que muestran menos diferencia en el comportamiento anticonceptivo de dichos grupos y en los cuales las mujeres de menor instrucción se han incorporado con mayor intensidad a la práctica anticonceptiva (como Brasil y Colombia).

En el primer grupo de países, según las encuestas más recientes, hay una mayor diferencia en el uso de anticonceptivos modernos entre las mujeres con menos y con más instrucción (por ejemplo, 16 contra 54 en Guatemala y 8 frente a 38 en Bolivia) y una utilización relativamente baja de la esterilización femenina, como se ve en el cuadro 6 (en Guatemala 11 frente a 24 y en Bolivia 4 frente a 8). En estos países este último método, en general, tiene mayor prevalencia entre las mujeres con más instrucción. En el segundo grupo de países hay menor diferencia en el uso de anticonceptivos modernos entre mujeres con más y con menos instrucción (57 frente a 75 en Brasil y 56 frente a 65 en Colombia), observándose un nivel elevado de esterilización femenina en todos los grupos (46 frente a 36 en Brasil y 39 frente a 23 en Colombia), posiblemente porque los programas de planificación familiar hacen hincapié 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 con 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 adoptar este método por no tener acceso a otras opciones disponibles o por carecer de información sobre ellas. Es probable que este comportamiento se deba en parte a que en el grupo con menor nivel de instrucción la estructura por edades de las mujeres es más envejecida, por lo que pudieron haber hecho mayor uso de la esterilización. Las generaciones más recientes de mujeres, en cambio, han tenido más acceso a otros métodos de anticoncepción.

En síntesis, al comparar las mujeres sin instrucción en estos dos grupos de países se observa que las diferencias en las tasas globales de fecundidad 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 están vinculados al comportamiento de las mujeres en materia de nupcialidad (edad al casarse, frecuencia con que se

realizan las uniones, importancia del celibato permanente, tiempo de permanencia dentro de las uniones, entre otros aspectos).

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 aquéllos, van en la misma dirección. La edad a la que se efectúa la primera unión de las mujeres que tienen educación media o superior oscila, en general, alrededor de los 24 años (cuadro 5) 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 influido menos que la anticoncepción en el descenso de la fecundidad. En cambio, entre las mujeres con más instrucción estos patrones han tenido —y tienen— un papel más importante.

Los indicadores de nupcialidad derivados de las Encuestas de Demografía y Salud 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 la primera unión a temprana edad. En efecto, la edad a la fecha de la primera unión es más baja entre estas mujeres que entre aquellas con mayor nivel de instrucción, pero no se observan —como en el caso anterior— diferencias entre países con diferente nivel de fecundidad (cuadro 5).

La duración de la lactancia —un componente fundamental de la infertilidad posparto— también ha sido considerada como un determinante próximo de la fecundidad de mucha importancia, que influye en la exposición al riesgo de embarazo, los intervalos entre nacimientos y el nivel de la fecundidad final. Puesto que la lactancia suspende la ovulación, prolongando la amenorrea posparto, se esperaría encontrar que el descenso de la fecundidad estuviera asociado a períodos más prolongados de lactancia.

En América Latina existe tradicionalmente el ideal de una 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. Sin embargo, los meses de lactancia encontrados en las últimas encuestas

América Latina (seis países): 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 métodos modernos	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	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
Media alta																
Bolivia 1998																
Sin instrucción	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
Básica	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
Intermedia	4,6	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
Secundaria y más	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
Nicaragua 2001																
Sin instrucción	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
Primaria 1-3	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
Primaria 4-6	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
Secundaria	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
Superior	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
Superior	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
Media baja																
Perú 2000																
Sin instrucción	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
Primaria	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
Secundaria	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
Superior	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
Media baja																
Colombia 2000																
Sin instrucción	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
Primaria	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
Secundaria	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
Universitaria	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																
Sin instrucción	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
1-3 años	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
4 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
5-8 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
9-11 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
12 o más	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 (2003) y Encuestas Demográficas y de Salud.

muestran una cierta heterogeneidad, que va de un promedio nacional de ocho meses en la República Dominicana a 22 meses en Perú (cuadro 7).

Cuando se observa el promedio de meses de lactancia por nivel de instrucción de las mujeres, se advierte que, tal como las restantes variables, también ésta presenta diferencias, y tiende a disminuir a medida que aumentan los años de instrucción, según muestran los datos publicados de las EDS. 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 alimentación alternativa fácil de obtener. 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, Schaefer y Yunes, 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

CUADRO 7

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.

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.

VI

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 se llegó a la etapa del 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 casi 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 en que se encuentran actualmente. Los datos obtenidos de las EDS más recientes confirman este comportamiento.

En los países de transición más avanzada ya es posible apreciar, entre los grupos sociales, 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 dada más claramente por las mujeres con educación primaria.

Las mujeres de los grupos más rezagados —que desean un tamaño de familia no tan alejado del que desean aquellas 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, con respecto al de mayor instrucción, en el uso de anticonceptivos modernos, en particular la esterilización. El uso de este último método 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 de acceso a otras opciones. En los países de mayor fecundidad, el uso de anticonceptivos es bajo, lo que sin duda mantiene en niveles altos la fecundidad de los grupos más rezagados.

En síntesis, la baja de la mortalidad infantil (producida fundamentalmente por factores exógenos) estaría en el origen del descenso de la fecundidad en los grupos rezagados, lo que también coincide con la expansión educativa, el deseo de un menor número de hijos y una mayor oferta de anticonceptivos, aunque de acceso muy restringido para estos sectores. Las posibles bajas futuras de la mortalidad infantil, aún elevada en estos grupos, podría conducir a mayores

descensos de la fecundidad en el futuro. Pero, en última instancia, un cambio realmente significativo parecería depender de la eficiencia con que las mujeres

menos instruidas puedan acortar la brecha entre el número de hijos que desean tener y el que realmente tienen.

Bibliografía

- Arriaga, E. (1974): *América Latina: el descenso de la mortalidad y sus efectos demográficos*, Bogotá, D.C., Asociación Colombiana para el Estudio de la Población (ACEP).
- Bongaarts, J. (1978): A framework for analyzing the proximate determinants of fertility, *Population and Development Review*, vol. 4, N° 1.
- _____ (1982): The fertility inhibiting effects of the intermediate fertility variables, *Studies in Family Planning*, vol. 13, N° 6/7, Nueva York, Consejo de Población, junio-julio.
- Bongaarts, J., W.P. Mauldin y J.F. Phillips (1990): The demographic impact of family planning programs, *Studies in Family Planning*, vol. 21, N° 6, Nueva York, Consejo de Población, noviembre-diciembre.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2004), *América Latina y El Caribe: estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050*, Boletín demográfico, año 37, N° 73, LC/G.2225-P, Santiago de Chile, División de Población de la CEPAL-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.209.
- _____ (1995): *Población, equidad y transformación productiva*, serie Libros de la CEPAL, N° 35, LC/G.1758/Rev.2-P, Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.93.II.G.8.
- Chackiel, J. y S. Schkolnik (1992): La transición de la fecundidad en América Latina, *Notas de población*, N° 55, LC/DEM/G.124, Santiago de Chile, División de Población de la CEPAL-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), Santiago de Chile.
- Cleland, J. (2002): Education and future fertility trends, with special reference to mid-transitional countries, *Completing the Fertility Transition*, Nueva York, Naciones Unidas.
- Cleland, J. y G. Rodríguez (1988): The effect of parental education on marital fertility in developing countries, *Population Studies*, N° 3, Londres, London School of Economics.
- Davis, K. y J. Blake (1956): Social structure and fertility: an analytic framework, *Economic Development and Cultural Change*, vol. IV, N° 3, Chicago, University of Chicago Press, abril.
- Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (varios años), www.measuredhs.com.
- Ferrando, D. (2003): La fecundidad en América Latina. Tendencias, determinantes y perspectivas, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe/División de Población de la CEPAL-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), inédito.
- Guzmán, J.M. y J. Rodríguez (1993): La fecundidad pretransicional en América Latina: un capítulo olvidado, *Notas de población*, N° 57, LC/DEM/G.133, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe/División de Población de la CEPAL-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), junio.
- Naciones Unidas (1995): *Women's Education and Fertility Behaviour: Recent Evidence from the Demographic and Health Surveys*, ST/ESA/SER.R/137, Nueva York, Naciones Unidas. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.95.XIII.23.
- Pérez Brignoli, H. (1994): América Latina en la transición demográfica, 1800-1980, *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, vol. I (primera parte), México, D.F., Asociación Brasileña de Estudios Poblacionales (ABEP)/División de Población de la CEPAL-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)/Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP)/Programa Latinoamericano de Actividades en Población (PROLAP)/Sociedad Mexicana de Demografía (SOMETE).
- Rodríguez-García, R., L.A. Schaefer y J. Yunes (comps.) (1990): *Educación en lactancia para los profesionales de la salud*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Schkolnik, S. y J. Chackiel (1998): América Latina: la transición demográfica en sectores rezagados, *Notas de población*, N° 67/68, LC/DEM.G.186, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe/División de Población de la CEPAL-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), enero-diciembre.
- Sociedad de las Naciones (1943): *Statistical Yearbook of the League of Nations, 1941/42*, Ginebra.
- Weinberger, M.B., C. Lloyd y A.K. Blanc (1989): Women's education and fertility: a decade of change in Four Latin American countries, *International Family Planning Perspectives*, vol. 15, N° 1, Nueva York, Allan Guttmacher Institute, marzo.
- Zavala de Cosío, M.E. (1992): La transición demográfica en América Latina y en Europa, *Notas de población*, N° 56, LC/DEM/G.132, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe/División de Población de la CEPAL-Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).