

TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS EN AMÉRICA LATINA: DESAFÍOS PARA LA EQUIDAD EN EL ÁMBITO DE LA SALUD¹

Susana Schkolnik

*Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-
División de Población de la CEPAL*

RESUMEN

El proceso de transición demográfica que ha tenido lugar en América Latina en las últimas décadas ha modificado el perfil de los países de la región. La heterogeneidad en este aspecto implica diferencias en el crecimiento y la estructura por edades de la población, que a su vez inciden en el tipo y la magnitud de los problemas que los países deberán encarar en las próximas décadas. En este artículo se examinan los desafíos planteados por las características del crecimiento de la población en el ámbito del sector salud, destacándose la situación de los grupos sociales más carenciados.

¹ Artículo presentado a la Reunión Conjunta de la Asociación Internacional de Estadísticos Especializados en Encuestas y la Asociación Internacional de Estadísticas Oficiales sobre Estadísticas para el Desarrollo Económico y Social, Aguascalientes, México, septiembre de 1998. Una versión resumida fue publicada en Beverly Carlson (comp.), *Social Dimensions of Economic Development and Productivity: Inequality and Social Performance*, serie Desarrollo productivo, N° 56 (LC/L.1184-P), Santiago de Chile. N° de venta: E.99.II.G.18. El artículo se basa en el trabajo de la autora para el libro “Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Contribución al diseño de políticas y programas”, serie E, N° 45 (LC/DEM/G.161), Santiago, 1996.

ABSTRACT

The process of demographic transition that has taken place in Latin America in the last few decades has modified the population profile of countries in the region. There are wide differences from one country to another in terms of demographic growth and the age structure of the population, and these, in turn, determine the type and magnitude of the problems that countries will have to address in the coming decades. This article examines the challenges posed by the characteristics of population growth in the health sector, with emphasis on the situation of the most deprived social groups.

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos 30 años, América Latina ha sido escenario de importantes cambios en la dinámica de la población, consistentes en un descenso de las tasas de fecundidad y mortalidad, en una persistente baja de la tasa de crecimiento, grandes movimientos migratorios -tanto internos como internacionales- y una aceleración del crecimiento urbano.

Estos cambios se han dado en el contexto de las transformaciones económicas y sociales registradas en la región a partir de los años sesenta. El crecimiento económico ha sentado las bases para el aumento del ingreso real de amplios sectores de la población, la expansión de la educación y de la cobertura de los servicios de salud, la extensión de las comunicaciones, la difusión de los avances más recientes de la medicina y el mejoramiento de la situación nutricional, entre otros. Esto no sólo se ha traducido en una prolongación de la vida y un mejoramiento de las condiciones de salud, sino que también ha traído aparejados cambios en los valores, creencias y comportamientos relacionados con la concepción de la familia y el número deseado de hijos, por lo que ha conducido a un descenso de la mortalidad y la fecundidad.

Aproximadamente entre los años 1960 y 2000, la población de la región pasó de 160 a 508 millones de personas, la esperanza de vida aumentó de 52 a 70 años, el número de hijos por mujer se redujo de 6 a 2.7 y la tasa media anual de crecimiento de la población disminuyó de 2.7% a 1.6 %. Algunos de estos cambios se vieron atenuados por la crisis económica de los años ochenta, pero el proceso no se interrumpió. Guzmán (1992) ha demostrado que no sólo no hay pruebas de un estancamiento de este proceso, sino que, por el contrario, en la mayoría de los casos la fecundidad parece haber descendido más rápidamente aún, sobre todo en los países de rápida transición. Esto indica que la transición demográfica siguió avanzando, y modificando la oferta de recursos humanos y la demanda de bienes y servicios.

Si bien las tasas de crecimiento de la población han disminuido notablemente, las cifras revelan que entre 2000 y 2025 la población de América Latina aumentará en 177 millones de personas. De éstas, 2 millones serán menores de 15 años y representarán una demanda adicional para el

sistema escolar; 119 millones estarán en edad activa, lo que incrementará la oferta de mano de obra, y 56 millones se sumarán a la categoría de mayores de 60 años, integrado por personas en condiciones de recibir pensiones de vejez y otras prestaciones de la seguridad social.

Los sistemas de salud y de educación, el mercado de trabajo y muchas otras estructuras sociales deberán adaptarse a estos cambios, lo que les planteará variados desafíos, que variarán de un país a otro. Uno de los principales objetivos del presente trabajo es identificar algunos de los efectos de los cambios demográficos en el sector salud, principalmente los relacionados con la transición epidemiológica y la salud reproductiva.

2. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

Todos los países de la región han iniciado, con mayor o menor intensidad, el proceso de transición demográfica, empíricamente observable cuando las poblaciones pasan de altas tasas de natalidad y mortalidad a tasas vitales reducidas. En términos generales, en la región se han dado las etapas descritas a continuación, aunque con diferencias entre los países.

La etapa pretransicional, característica de comienzos de este siglo, era definida por una esperanza de vida al nacer del orden de 30 años y una tasa global de fecundidad de 6 a 7 hijos por mujer. Esta era una situación de equilibrio, caracterizada por altas tasas de fecundidad y mortalidad y bajas tasas de crecimiento. Uno de los rasgos que distingue a la transición latinoamericana de la europea es el mayor nivel observado de la fecundidad en esta etapa, que se atribuye a una nupcialidad más temprana y a una menor incidencia del celibato.

En la primera mitad de este siglo se produce un descenso de la mortalidad seguido de un aumento de la fecundidad en los años cincuenta, con el consiguiente incremento de la tasa de crecimiento de la población. En primer lugar, comenzó a descender la mortalidad, con lentitud a principios de siglo y con mayor intensidad aproximadamente a partir de los años treinta. En 1950-1955 la esperanza de vida al nacer en la región ascendía a 52 años, mientras la tasa de mortalidad infantil era de alrededor de 127 por mil. En las dos décadas siguientes se lograron sucesivos avances, que llevaron a superar los 60 años de esperanza de vida en la década de 1970. En esta etapa es probable que el incremento de la fecundidad se haya debido a descensos de la mortalidad, que prolongaron el tiempo de exposición de las mujeres al riesgo de concebir, y a mejoras en las condiciones de nutrición y salud que favorecieron una mayor procreación.

Posteriormente continuó bajando la mortalidad y comenzó el descenso de la fecundidad, lo que produjo una desaceleración del crecimiento de la población. La evolución de la fecundidad fue mucho más intensa a mediados

de la década de 1960, coincidiendo con la “segunda revolución anticonceptiva” y la difusión de métodos modernos como los anticonceptivos orales y los dispositivos intrauterinos, incluidos la esterilización y el aborto. Finalmente, el proceso parece orientarse hacia un nuevo equilibrio caracterizado por un bajo crecimiento. Se ha postulado la hipótesis de que la fecundidad se estabilizará en niveles cercanos al de reemplazo en la mayoría de los países hacia el año 2025 y que la mortalidad se mantendrá en niveles bajos.

Los países presentan diferencias en cuanto al momento en que se inicia el descenso de la mortalidad y la fecundidad, así como al ritmo de disminución de estas variables. Estas diferencias dan lugar a la coexistencia de diferentes etapas en los distintos países, y dentro de un mismo país entre grupos sociales, captadas a través de los diferenciales socioeconómicos y los estudios demográficos de la pobreza (INEI/PRES/FONCODES/CELADE, 1996). Pese a esta heterogeneidad, los indicadores demográficos permiten identificar ciertos patrones recurrentes, que han sido utilizados por el CELADE para clasificar a los países de acuerdo a la etapa de transición demográfica en que se encuentran (CEPAL/CELADE, 1995). Se trata de las siguientes etapas: i) **transición incipiente**: países de alta natalidad y mortalidad, con un crecimiento natural moderado (Bolivia y Haití); ii) **transición moderada**: países de natalidad alta y mortalidad intermedia, lo que se traduce en un crecimiento natural elevado (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay); iii) **en plena transición**: países de natalidad intermedia y mortalidad intermedia y baja, lo que determina un crecimiento natural moderado (Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela) y, iv) **transición avanzada**: países con natalidad baja y mortalidad intermedia y baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo (Argentina, Chile, Cuba y Uruguay).

El descenso de la fecundidad ha ejercido una influencia preponderante en la variación del tamaño y la estructura por edades de las poblaciones. Acomienzos de los años sesenta, los países de la región —con la excepción de Argentina, Uruguay, Chile y Cuba— tenían una fecundidad promedio que oscilaba entre 6 y 8 hijos por mujer. Sin embargo, en el período 1995-2000 sólo Guatemala registra un promedio cercano a los 5 hijos. En 15 países, es decir en la gran mayoría, las mujeres tienen entre 2.5 y 3.5 hijos, en tanto que sólo uno, Cuba, con 1.6 hijos por mujer, se encuentra por debajo del nivel de reemplazo. De cumplirse los supuestos actuales sobre el futuro de la fecundidad en América Latina, más de la mitad de los países se encontraría en el nivel de reemplazo en el quinquenio 2020-2025 (véanse los cuadros 1 y 2). En suma, lo que puede apreciarse es que el descenso de la fecundidad ha tendido a generalizarse, lo que deja en evidencia una tendencia histórica que parece inevitable e irreversible. Esto, unido a los procesos que este descenso ha desencadenado, provocarán en el futuro

cambios importantes en el crecimiento y la estructura por edades de la población de los países.

El fenómeno más relevante vinculado al descenso de la fecundidad ha sido la variación del tamaño y el peso relativo de los diferentes grupos de edades, lo que se traduce en un envejecimiento de la población y una diferenciación de los países en lo que respecta al perfil demográfico. El descenso de la fecundidad da lugar a una disminución de la tasa de crecimiento de los nacimientos anuales y, en algunos casos, también de su magnitud absoluta. Esto influye directamente en la base de la pirámide de edades, dando paso a un gradual envejecimiento de la población, consistente en la disminución relativa de la población joven y el aumento de la proporción de personas de edad adulta y avanzada. Es interesante el aporte del descenso de la mortalidad a este proceso: mientras la mayor sobrevivencia infantil no alcanza a contrarrestar el efecto de la fecundidad, la mayor sobrevivencia a edades avanzadas (el aumento de la esperanza de vida después de los 65 años, por ejemplo) contribuye a engrosar la cúspide de la pirámide de edades. Con el tiempo —al estabilizarse la fecundidad en niveles bajos— esto conducirá a una disminución absoluta de la población joven, un cierto envejecimiento de la población en edades activas, y a un aumento de la población de la tercera edad y de su edad promedio.

En los países de América Latina se observa una clara relación entre la tasa global de fecundidad y la proporción de menores de 15 años, en cualquier etapa de la transición (véase el cuadro 3): cuando la fecundidad es más elevada, la proporción de niños también lo es, y una tasa global de 5 o más hijos por mujer se asocia a más de un 40% de menores de 15 años. En el otro extremo, una tasa global de nivel de reemplazo (alrededor de 2.1) corresponde a un porcentaje de menores de 15 años levemente superior a un 20 %. En el cuadro 3 se observa que en los países de transición incipiente y moderada, el porcentaje de menores de 15 años sigue siendo elevado, aunque ha ido descendiendo y se encuentra actualmente en alrededor de un 40 %. En los países que se encuentran en plena transición este porcentaje ya ha descendido a 30%-35 % y en los países de transición avanzada es inferior al 30 %. En cuanto al envejecimiento por la cúspide, la mayor diferencia sigue siendo la existente entre los países de transición avanzada y el resto, ya que si bien en estos últimos la proporción de mayores de 60 años es de alrededor del 6%-7%, en los primeros ya supera el 10 % y, en el caso de Uruguay, el 15 %.

3. MORTALIDAD Y SALUD

3.1 Transición demográfica y transición epidemiológica

La transición demográfica y, en particular, el descenso de la mortalidad, han ido acompañados de un conjunto de procesos al que se le ha dado el nombre de “transición epidemiológica”, y cuyo rasgo principal es el cambio en la prevalencia de determinadas enfermedades y causas de muerte (OPS, 1990). El elemento más característico de la transición epidemiológica ha sido el desplazamiento del predominio de las enfermedades infecciosas y parasitarias a los tumores y enfermedades de tipo degenerativo (especialmente del aparato circulatorio) y a causas externas (accidentes, homicidios, suicidios).

Una de las consecuencias de estas variaciones derivadas de la transición epidemiológica es el cambio en las demandas al sector salud, puesto que disminuye la demanda de la población infantil relacionada con enfermedades infecciosas y parasitarias y aumenta la proveniente de la población de edades avanzadas, como puede verse en el cuadro 4. Ahora bien, estos cambios en la prevalencia de ciertas enfermedades y causas de muerte, que son consecuencia del avance de la medicina, de la educación en materia de prevención de enfermedades y de la mayor higiene personal, se dan en el marco del descenso de la fecundidad y del cambio en la estructura por edades de la población, lo que destaca aún más el cambio y contribuye a modificar con mayor intensidad el perfil de la demanda planteada al sector salud. El examen de esta información deja en evidencia que los países de transición avanzada tienen y seguirán teniendo una demanda proveniente fundamentalmente de la población adulta y de edad avanzada. Estos países presentan un envejecimiento mayor, que obliga a los sistemas de salud a encarar problemas de naturaleza degenerativa y crónica, que exigen técnicas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mayor complejidad y costo. A medida que se acentúan los cambios demográficos y epidemiológicos, se incrementan la magnitud y severidad de las enfermedades crónicas no transmisibles (OPS, 1990).

En suma, en estos países los cambios demográficos estarían induciendo una estabilización e incluso un descenso de la demanda de atención correspondiente a menores de 15 años, un leve aumento de la atención de los adultos jóvenes y una pronunciada expansión de los servicios orientados a los adultos mayores. Si bien es cierto que en estos países el sector salud tiene una amplia cobertura, también se enfrentan al desafío de mantener y elevar el nivel de atención, a la vez que deben tomar recaudos para responder a la creciente demanda proveniente de la población de la tercera edad. Se espera que estos países conserven los logros alcanzados en relación con las enfermedades infecciosas y parasitarias, y mejoren la cobertura y calidad

de los servicios destinados a la población de menores recursos, a través de programas de prevención y de educación sanitaria destinados a los grupos más vulnerables.

Una perspectiva menos definida enfrentan los países que han sido clasificados en la categoría de “plena transición”, ya que por sus características demográficas se encuentran en la situación que Chackiel y Plaut (1993) han denominado de “coexistencia de demandas”. En estos países, la distribución de las muertes por edad indica que la proporción de población más joven sigue siendo importante, pero que la población más envejecida también tiene ya un peso significativo. Esto implica que, junto con la aplicación de estrategias de salud orientadas a la población infantil y a la prevención y curación de enfermedades transmisibles, los servicios de salud se están viendo enfrentados a un conjunto más amplio y variado de demandas que en el pasado. Apesar de que la demanda de atención infantil y materna tenderá a estabilizarse, estos países deberán hacer frente no sólo al crecimiento de la población de edad avanzada, sino que también deberán responder a la demanda insatisfecha de amplios sectores de bajos ingresos, situación que se dificulta aún más por la baja cobertura de los servicios de salud características de las áreas rurales de la región.

Por último, en los países de transición incipiente y moderada la salud materno-infantil parece seguir siendo uno de los problemas más críticos, dado que la mayor proporción de muertes corresponde a menores de 15 años y a enfermedades infecciosas y parasitarias. En estos países este tipo de morbilidad también afecta a la población adulta, por lo que, además de concentrarse en el binomio madre-niño las acciones de salud también deben estar dirigidas a otros grupos de edades. Su estructura de causas de muerte indica que estos países siguen enfrentados a patrones de morbilidad y mortalidad característicos de países en desarrollo, lo que se ve agravado por problemas de desnutrición y bajos niveles de ingresos que afectan a extensos sectores de su población. En estos casos el mejoramiento de la salud exige, no sólo acciones específicas del sector, sino también políticas masivas de saneamiento ambiental y mejoramiento de la estructura sanitaria, tanto en áreas urbanas como rurales.

3.2 Mortalidad infantil y desigualdades sociales

Como se indicó al comienzo, en la región se lograron sustanciales avances en las condiciones de salud de la población, lo que se reflejó en el incremento de la esperanza de vida al nacer y en el descenso de la tasa de mortalidad infantil. En la región en su conjunto la tasa de mortalidad infantil bajó de 127 por mil en 1950-1955 a 36 por mil en 1995-2000, aunque subsisten diferencias entre los países; de hecho, esta tasa fluctúa entre 66 por mil en Bolivia y Haití a menos de 15 en Chile y Costa Rica y a 10 por mil en Cuba.

Pese a estos logros, subsisten factores de riesgo de muerte que afectan de diferente manera a distintos sectores de la población dentro de cada país y que dan lugar a mayores inequidades que las observadas entre un país y otro. Numerosos estudios han demostrado, a partir de los censos², y más recientemente a partir de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS)³, que es necesario prestar atención a los niveles aún elevados de mortalidad infantil en los grupos sociales más rezagados, que reflejan significativas desigualdades en la distribución del ingreso.

Las diferencias internas en materia de mortalidad infantil ya han sido identificadas y se ha demostrado su vinculación con variables socio-económicas y de salud. En relación con las primeras, se ha observado un vínculo sistemático entre altos niveles de mortalidad infantil y la residencia en áreas rurales, el bajo nivel educativo de las madres, estratos ocupacionales de menores niveles de ingreso, deficientes condiciones materiales de vida y pertenencia a comunidades indígenas (CELADE, estudios realizados en el marco de los programas IMIAL e IFHIPAL). En estudios demográficos de la pobreza se han obtenido similares resultados, observándose importantes diferencias entre niveles de mortalidad infantil de familias pobres y no pobres (INEI/PRES/FONCODES/CELADE, 1996). Por otra parte, a partir de las Encuestas de Demografía y Salud se ha logrado identificar el vínculo existente entre el nivel de mortalidad infantil, las condiciones de salud de la madre y del niño y la calidad de la atención médica recibida, a partir de indicadores tales como la edad de la madre al momento del parto, cuando ésta se encuentra en los intervalos de edad de mayor riesgo, los intervalos intergenésicos más cortos, el mayor orden del nacimiento, la falta de atención médica prenatal y durante el parto, y el bajo peso al nacer.

Si bien estas diferencias sociales en lo que respecta al riesgo de muerte en la infancia se han observado en todas las etapas de la transición demográfica, son más acentuadas cuanto mayor es el nivel general de la mortalidad y disminuyen significativamente cuando el nivel de la mortalidad general es bajo, como consecuencia de una mayor cobertura de los servicios de salud, del control de importantes focos de enfermedades transmisibles y del mayor nivel educativo de la población, entre otros factores.

En el cuadro 5 se presentan las tasas de mortalidad infantil según algunos de estos indicadores y se observa que cuanto más desagregado se presenta un indicador, como ocurre con el nivel de instrucción de las madres, mayores son las diferencias existentes entre los distintos grupos sociales.

² IMIAL (Investigación de la Mortalidad Infantil en América Latina) e IFHIPAL (Investigación de Fecundidad a partir de Hijos Propios en América Latina), CELADE, entre 1975 y 1985, aproximadamente.

³ Programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS), realizadas por el Institute of Resource Development/Macro International Inc. con instituciones nacionales de diversos países de América Latina.

En los casos observados, las tasas de mortalidad infantil en Perú, República Dominicana y Bolivia son las que ponen de manifiesto las mayores diferencias entre las mujeres sin instrucción y las que tienen, al menos, educación secundaria. Estas diferencias serían aún mayores si se consideraran grupos aún más alejados desde el punto de vista educativo. Por otra parte, las diferencias tienden a reducirse cuando el nivel de mortalidad general disminuye y se observa una tendencia a la convergencia entre los diferentes grupos. La identificación y cuantificación de los grupos más vulnerables puede contribuir a determinar las prioridades de atención y redefinir los objetivos y necesidades de los servicios de salud, lo que permitiría concentrar las intervenciones en los sectores más expuestos a los riesgos de morbilidad y muerte.

4. FECUNDIDAD Y SALUD

Las implicaciones del descenso de la fecundidad son también de importancia para el sector salud ya que, al igual que la mortalidad, inciden en la magnitud y el tipo de demanda que recibe. Entre sus consecuencias figuran las siguientes: i) la disminución del ritmo de crecimiento de los nacimientos y del número de mujeres en edad fértil, lo que reduce la presión ejercida por la demanda de atención materno-infantil y permite, en consecuencia, una reorientación de los recursos al mejoramiento de la calidad de la atención y ii) el rejuvenecimiento de la estructura por edades de la fecundidad, proceso caracterizado por una menor fecundidad en las edades extremas, de mayor riesgo para la salud, lo que contribuye a reducir tanto la mortalidad materna como la infantil.

4.1 La evolución de los nacimientos

Si bien el ritmo de crecimiento de los nacimientos en América Latina se ha reducido en forma muy marcada en los últimos treinta años y es probable que siga haciéndolo en el futuro, esto no significa necesariamente que el número de nacimientos anuales haya disminuido en valores absolutos. Lo que sí podría afirmarse es que su crecimiento es mucho más lento y que, en caso de mantenerse las tendencias previstas de la fecundidad, en la región su número comenzará a descender en los primeros años del próximo siglo y tenderá a estabilizarse en alrededor de 11 millones. La situación difiere, como es de esperar, de un grupo de países a otro (véase el cuadro 6).

En los países de transición avanzada la fecundidad se ha estabilizado en niveles bajos, debido a lo cual el número de nacimientos anuales también se ha estabilizado (Argentina, Chile, Uruguay) e, incluso, ha comenzado a descender, como puede observarse en el caso de Cuba. Esto, a su vez, reducirá la presión de la demanda de atención materno-infantil sobre el sistema de salud y generará mejores condiciones para la inversión de recursos

en el mejoramiento de la calidad de los servicios y la formación de personal capacitado, en el marco de una cobertura sanitaria ya relativamente extensa.

Debido a la heterogeneidad interna, sin embargo, y a la persistencia de grupos sociales cuyas necesidades en materia de salud nunca han sido debidamente satisfechas, los servicios debieran orientarse a brindar una mejor atención a los sectores de más alta fecundidad y menores ingresos. Esto se verá favorecido por el hecho de que estos países cuentan ya con una población predominantemente urbana y con una amplia infraestructura de salud.

En los países en plena transición, las tasas de crecimiento de los nacimientos también se estabilizarán a partir de aproximadamente el año 2000, en un proceso similar al registrado en algunos países de transición avanzada. Pese a esto, con la excepción de Costa Rica, país que tiene una amplia cobertura de salud, en la mayoría de los países de este grupo sigue siendo necesaria una mayor expansión de los servicios y, posiblemente, también se requiera un mayor esfuerzo en términos de provisión de recursos y capacitación para satisfacer la demanda de los grupos menos favorecidos. Por el tamaño de su población, las marcadas diferencias sociales internas y el incipiente proceso de envejecimiento, se puede pensar que Brasil y México serán dos de los países de este grupo que se enfrentan a mayores desafíos en el campo de la salud.

Finalmente, en los países de transición incipiente y moderada, con altos niveles de fecundidad, el ritmo de crecimiento de los nacimientos sigue siendo elevado, sobre todo en países como Guatemala y Nicaragua, y las mayores exigencias seguirán proveniente del ámbito de la salud maternoinfantil y de los adultos jóvenes. Estos países presentan patrones de morbilidad y mortalidad característicos de países menos desarrollados, con una mayor prevalencia de enfermedades infecciosas y parasitarias. Se caracterizan también por presentar altos niveles de desnutrición y grandes diferencias internas en materia de fecundidad, y mortalidad infantil y materna. Una característica de estos países es que los grupos expuestos a los mayores riesgos constituyen una proporción importante de la población nacional, que vive en condiciones ambientales insalubres. Por este motivo la atención de salud exige, en mayor medida que en países de mayor desarrollo relativo, un enfoque integrado que incluya otras acciones como la ampliación de las redes de agua potable y de servicios sanitarios así como campañas educativas de carácter masivo.

4.2 Fecundidad y edades de riesgo

El hecho de que el descenso del nivel de la fecundidad esté vinculado al rejuvenecimiento de su estructura por edades tiene importantes consecuencias positivas para la salud de mujeres y niños, ya que implica

un desplazamiento desde las edades extremas hacia las centrales, que son menos problemáticas desde el punto de vista de los riesgos para la salud. En efecto, la edad de las mujeres es un factor de riesgo para la salud reproductiva tanto cuando son muy jóvenes –menores de 20 años– como cuando tienen más de 34. Las mujeres de estas categorías se ven más afectadas por la hipertensión y la anemia, y están más expuestas a complicaciones obstétricas que las que se encuentran en las edades centrales del ciclo reproductivo; además, entre ellas se dan tanto un mayor porcentaje de nacimientos prematuros como de niños con bajo peso al nacer (Maine y Allman, 1990). Todo esto se traduce en mayores niveles de mortalidad infantil y materna. Las cifras de mortalidad infantil, por ejemplo, son más altas en el caso de las madres menores de 20 años y descienden entre los 20 y 30 años, para luego volver a subir hacia el final de la vida reproductiva (Taucher, 1996; CELADE/BID, 1996 y cuadro 5).

El riesgo es, además, mayor cuando las condiciones psicológicas y de salud física de las madres son inadecuadas, lo que depende de un complejo conjunto de factores biológicos, sociales, económicos y culturales. Si, además de concebir un hijo en una edad de alto riesgo biológico, una mujer lo hace en condiciones de alto riesgo socioeconómico, se produce un encadenamiento de factores que afectará negativamente a las sucesivas generaciones (Winikoff, 1990), y perpetuará situaciones de pobreza y privación. En consecuencia, el descenso de la fecundidad y la variación de la estructura por edades, particularmente en las mujeres más expuestas a riesgos debido a sus precarias condiciones de vida, ha sido beneficioso para la salud tanto de las madres como de sus hijos, en todos los países, independientemente de la etapa de la transición demográfica en que se encuentren.

Cabe mencionar, sin embargo, que el descenso de la fecundidad en las menores de 20 años ha sido inferior que el de las mujeres en las últimas edades del ciclo reproductivo y, por lo tanto, sigue teniendo un fuerte impacto negativo tanto para las actuales generaciones como para las futuras. Si bien las tasas de fecundidad de este grupo de edades han disminuido, la proporción de los nacimientos correspondientes a madres adolescentes ha aumentado por efecto de la mayor disminución de los nacimientos de las mayores de 34 años; también ha aumentado su número absoluto, debido al incremento del número de adolescentes derivado de las altas tasas de fecundidad de períodos anteriores. En efecto, la población de mujeres de 15-19 años de América Latina pasó de 14.2 millones en 1970 a 24.3 millones en 1995, y se estima que la tendencia creciente se mantendrá, aunque a un ritmo mucho más lento, por lo que ascenderá a 26.4 millones en el año 2025.

En el cuadro 7 puede observarse que en los países de más alto crecimiento demográfico, en especial en el grupo de transición moderada, las adolescentes han representado desde 1960-1965 un alto porcentaje de

la fecundidad total, incluso más elevado, entre otros en El Salvador y Guatemala, que las mayores de 34 años. Sin embargo, en los últimos 30 años su contribución a la fecundidad total se ha elevado, de alrededor del 15% al 22% de la fecundidad total, mientras que las mujeres de 34 años y más han perdido peso relativo y su participación se ha reducido de aproximadamente 15% a 10%-12%. No obstante, se prevé que las más jóvenes disminuyan su aporte en los próximos 20 ó 25 años, aunque a niveles no inferiores a los observados en 1960-1965.

Los países en plena transición presentan un cuadro muy variado. En algunos de ellos el peso relativo de las adolescentes en la fecundidad total se ha incrementado; tal es el caso, por ejemplo, de Brasil, Colombia, Costa Rica, México y Venezuela. En otros, en cambio, se ha mantenido prácticamente constante, como ha ocurrido en Panamá, Perú y República Dominicana. En los países de transición avanzada la situación tampoco ha sido totalmente homogénea; en el período comprendido aproximadamente 1960 y 1990, el peso relativo de la fecundidad adolescente mostró una tendencia a disminuir en Argentina, Cuba y Uruguay pero se mantuvo constante en Chile.

Tanto por sus efectos negativos en lo que respecta a la salud de madres e hijos como por sus consecuencias sociales (CEPAL, 1998), este es un problema que sigue exigiendo soluciones efectivas de carácter preventivo, entre otros, más educación sexual, acceso a medios de planificación familiar y a una atención médica adecuada en la gran mayoría de los países. A pesar de su importancia en los ámbitos de la educación y de la salud pública, en muchos casos este problema no se ha encarado en forma decidida. Por encontrarse al comienzo de la vida reproductiva, los adolescentes constituyen un grupo especialmente vulnerable, lo que supone un gran número de embarazos no deseados. Como se observa en el cuadro 8, la mayor fecundidad se concentra en niñas sin educación o con educación primaria y sobre todo de zonas rurales, lo que acentúa la exposición del grupo a los factores de riesgo. La información proveniente de algunos países permite observar que la fecundidad de las jóvenes de 15-19 años que viven en zonas rurales llega hasta a duplicar la de las adolescentes urbanas (véase el cuadro 9). El embarazo adolescente puede dar lugar, más que en otras edades, a una mayor incidencia de abortos inducidos, a la interrupción de la formación escolar, a la pérdida de mejores oportunidades laborales, a la constitución de hogares con madres solteras y, por último, a una transmisión intergeneracional de la pobreza, aunque no sea causa de ella.

4.3 DESIGUALDADES SOCIALES Y FECUNDIDAD

Ya se han mencionado las diferencias entre países en cuanto al nivel de la fecundidad que, al igual que las diferencias en los niveles de mortalidad infantil, son indicadores de inequidad en las condiciones de vida, el nivel

de instrucción recibido, el acceso a los servicios básicos, la atención médica y los mecanismos que permiten el desarrollo de una vida reproductiva saludable y acorde a las necesidades y deseos de las personas.

En todos los países se pueden identificar sectores de alta fecundidad, pero en los de transición menos avanzada éstos representan proporciones importantes de la población total. Se caracterizan por ser en su mayor parte de origen rural, por concentrarse en bajos estratos ocupacionales y con escasa instrucción, y por pertenecer a los sectores más pobres e indigentes y a poblaciones indígenas (CELADE/CEPAL, 1995). En efecto, como ya se ha indicado, la fecundidad rural es mayor que la urbana, pero esta diferencia puede fluctuar, en promedio, de menos de un hijo en Chile a más de tres hijos en Perú. Lo mismo ocurre cuando se examinan otras variables como la pertenencia a una etnia indígena o la condición de pobreza. En cuanto al nivel educativo de las madres, entre las más educadas y las que no tienen ninguna educación puede haber una diferencia de hasta cinco hijos en países como Brasil, Colombia y Perú (véase el cuadro 10), mientras que en Chile y Cuba ésta no alcanza a un hijo (INE/CELADE, 1989; Cuba, Comité Estatal de Estadísticas, 1987). Esta situación pone de manifiesto el hecho de que las diferencias internas de fecundidad disminuyen cuanto más avanzado se encuentre un país en el proceso de transición demográfica, mientras en aquellos en los que la fecundidad ha alcanzado niveles bajos se da un claro proceso de convergencia.

En suma, las diferencias de fecundidad derivadas del origen geográfico y las características socioeconómicas y culturales de la madre, del padre y del hogar permiten no sólo describir situaciones contrastantes, sino también recolectar información útil para focalizar grupos vulnerables y diseñar programas de atención en función de la demanda.

Como ha quedado demostrado, las mujeres con elevado número de hijos son las más pobres, las menos instruidas y las que viven en zonas rurales; estas mujeres también inician su vida conyugal a una edad más temprana, regulan menos su fecundidad, se someten con menor frecuencia a atención médica prenatal o del parto, y tienen embarazos menos espaciados, que se concentran con mayor frecuencia en las edades del ciclo reproductivo que presentan mayores riesgos para la salud.

Apesar de lo dicho, la elevada fecundidad difícilmente puede seguir atribuyéndose a diferencias sociales en cuanto al número deseado de hijos pues, de acuerdo con los datos de las Encuestas de Demografía y Salud, según lo declarado por las mujeres de menor educación el número ideal de hijos es relativamente bajo y se encuentra, en general, entre 2 y 3, número similar al declarado por las mujeres de mayor educación (véase el cuadro 11). Esto revela, por lo tanto, que la brecha entre fecundidad deseada y observada es de una magnitud muy considerable (de hecho, en el caso de las mujeres sin educación es de alrededor de 4 hijos en Bolivia y Perú, y

de alrededor de 2 en Paraguay, Brasil, Colombia, Ecuador y República Dominicana). Si bien ya se ha iniciado el proceso de descenso de la fecundidad en los sectores más rezagados (Chackiel y Schkolnik, 1997), hay factores que inciden en la perpetuación del fenómeno de los embarazos no deseados, así como en sus consecuencias tanto en el ámbito psicológico como en el de la salud.

Estudios realizados sobre la base de determinantes próximos de la fecundidad, tales como la frecuencia de las uniones conyugales, la infertilidad después del parto y el uso de anticonceptivos, han demostrado que esta última variable ha ejercido una influencia decisiva en el descenso de la fecundidad en la región (Weinberger et al., 1989; Moreno y Singh, 1992; Rosero, 1992). El aborto, uno de los determinantes próximos más importantes de la fecundidad en la región generalmente no se toma en consideración en estos estudios, debido a la falta de información que permita cuantificar su contribución al descenso de la fecundidad, aunque en algunos países hay indicios de que puede estar jugando un papel importante en este proceso.

Se ha observado que en los países en los que la transición se encuentra en una etapa más avanzada el uso de anticonceptivos es elevado y se concentra en los métodos más modernos, mientras que en los de alta fecundidad la proporción de usuarias es notablemente menor. Según los datos más recientes recopilados en las Encuestas de Demografía y Salud, la proporción de mujeres en unión que usan anticonceptivos modernos es de 70.3% en Brasil (DHS-96, 1997), 59.3% en Colombia (DHS-95, 1996), 51.8% en República Dominicana (DHS-96, 1997), 48% en El Salvador (FESAL-93, 1994), 45% en Ecuador (ENDEMAIN-94, 1995), 41.3% en Paraguay (ENDSR 95-96, 1997), 41% en Honduras (ENESF-96, 1996), 32.8% en Perú (DHS-92, 1993), 26.9% en Guatemala (DHS-95, 1997), 17.8% en Bolivia (DHS-94, 1995) y 13.5% en Haití (EMMUS-II-94, 1995). Según las encuestas, esta relación también parece darse en el caso de los grupos más rezagados, ya que se ha observado un aumento del uso de anticonceptivos asociado al descenso de la tasa global de fecundidad. Es significativo que los países donde la fecundidad de las mujeres sin instrucción ya muestra niveles de alrededor de 5 hijos por mujer (El Salvador, Brasil, Colombia y República Dominicana) la prevalencia de los anticonceptivos modernos fluctúe, en términos generales, entre un 45% y un 55%, mientras en aquellos en los que estas mujeres todavía presentan una fecundidad superior a 6 y 7 hijos (Bolivia, Paraguay, Ecuador y Perú) el uso de anticonceptivos oscile entre un 3% y un 25% (véase el cuadro 11).

Todo lo anterior indica que aún hay un amplio campo para la expansión de la educación en materia de salud y planificación familiar, a fin de fomentar un uso consciente e informado de métodos que puedan beneficiar a las madres y sus hijos y traducirse en una mayor equidad en el acceso a la salud

reproductiva. Al parecer, es que la superación de esta situación dependerá del acceso que tengan todas las mujeres — no sólo las más privilegiadas por su condición social— a recursos que les permitan regular su vida reproductiva de acuerdo a sus expectativas personales.

CONCLUSIONES

En un contexto de relativo desarrollo económico, social y cultural como el de América Latina, los cambios demográficos han seguido un curso que tiende a favorecer el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, desde dos perspectivas. Desde el punto de vista de la demanda, por los cambios en el tamaño y el peso relativo de los grupos demandantes de servicios de salud, y de la oferta, por crear las condiciones para la orientación de recursos hacia áreas de mayor especialización, problemas emergentes o a los sectores históricamente más postergados.

A pesar de esto, los cambios más positivos, como los derivados de la lucha contra la mortalidad infantil y el mayor cuidado de la salud reproductiva entre las mujeres de edad fértil, no han tenido los mismos efectos en todos los grupos sociales, lo que reproduce las inequidades sociales a través de factores de riesgo para la salud que afectan principalmente a los grupos más desfavorecidos desde el punto de vista social y económico. Es en este ámbito donde se plantean actualmente los más importantes desafíos en el área de la salud. Al mismo tiempo, en algunos países ya comienzan a manifestarse problemas asociados con el envejecimiento de la población, situación a la que se encamina un número creciente de países de la región.

Bibliografía

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1998), *Población, salud reproductiva y pobreza* (LC/G.2015(SES.27/20)), Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Centro Latinoamericano de Demografía) (1995), *Población, equidad y transformación productiva*, serie E, N° 37 (LC/G.1758/Rev.2-P; LC/DEM/G.131/Rev.2), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.93.II.G.8.
- CEPAL/CELADE/BID (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Centro Latinoamericano de Demografía/ Banco Interamericano de Desarrollo) (1996), "Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina: contribución al diseño de políticas y programas", serie E, N° 45 (LC/DEM/G.161), Santiago de Chile.
- Chackiel, Juan y Renate Plaut (1993), "América Latina: tendencias demográficas con énfasis en la mortalidad", documento presentado al Seminario sobre Mortalidad en México, México, D.F., 21 al 22 de marzo.
- Chackiel, Juan y Susana Schkolnik (1997), "Latin America: Demographic Transition in Less Advanced Groups", documento presentado en la Conferencia Internacional de Población, Beijing, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP), octubre.
- Cuba, Comité Estatal de Estadísticas (1987), *Encuesta nacional de fecundidad*, La Habana.
- Guzmán, José Miguel (1992), "Crisis, Adjustment and Fertility During Latin America's 'Lost Decade': Facts and Speculations", documento presentado en el Seminario sobre las consecuencias demográficas del ajuste estructural en América Latina (Belo Horizonte, del 29 de septiembre al 2 octubre de 1992), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- INE/CELADE (Instituto Nacional de Estadísticas/ Centro Latinoamericano de Demografía) (1989), *La transición de la fecundidad en Chile: un análisis por grupos socioeconómicos y áreas geográficas*, Santiago de Chile.
- INEI/PRES/FONCODES/CELADE (Instituto Nacional de Estadísticas/ Ministerio de la Presidencia del Perú/ Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social/ Centro Latinoamericano de Demografía) (1996), *Información sobre población y pobreza para programas sociales*, Lima.
- Maine, J. y M. Allman (1990), "The demography of maternal and child health", *Health Care of Women and Children in Developing Countries*, H. Wallace y Giri Kanti (comps.), Oakland, California, Third Party Publishing Company.
- Moreno, L. y S. Singh (1992), "Descenso de la fecundidad y cambios en sus determinantes próximos en América Latina y el Caribe", *Notas de población*, año 20, N° 55 (LC/DEM/G.124), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1990), *Las condiciones de salud en las Américas*, vol. 1, Publicación Científica, N° 524, Washington, D.C.
- Rosero, Luis (1992), "Las tendencias de la nupcialidad y la transición de la fecundidad en América Latina", *Notas de población*, año 20, N° 55 (LC/DEM/G.124), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Taucher, Erika (1996), "The impact of fertility decline on levels of infant mortality", *The Fertility Transition in Latin America*, Guzmán y otros (comps.), Oxford, Clarendon Press.
- Weinberger, M.B. y otros (1989), "Women's education and fertility: A decade of change in four Latin American countries", *International Family Planning Perspectives*, vol. 15, N° 1.

Winikoff, Beverly (1990), "Women's health in the developing countries", *Health Care of Women and Children in Developing Countries*, H. Wallace y Giri Kanti (comps.), Oakland, California, Third Party Publishing Company.

Cuadro 1
**AMÉRICA LATINA: NÚMERO DE PAÍSES Y PORCENTAJE
 DE POBLACIÓN SEGÚN NIVELES DE FECUNDIDAD EN DOS
 PERÍODOS**

Nivel de fecundidad (Intervalos en función de laTGB)	TGF en 1960/65	Porcentaje de población en 1960	TGF en 1990/95	Porcentaje de población en 1995
Muy alta (6.5+)	13	45.0	-	-
Alta (5.5-6.4)	3	37.0	-	-
Media alta (4.5-5.4)	2	7.0	1	2.2
Media baja (3.5-4.4)	-	-	4	7.7
Baja (2.5-3.4)	2	11.0	11	50.9
Muy baja (< 2.5)	-	-	4	39.4
Total países	20	100.0	20	100.0

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes, 1998.

Cuadro 2
**AMÉRICA LATINA: TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD ENTRE 1960
 Y 2025, SEGÚN ETAPAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA**

Países	Quinquenios						
	1960-1965	1970-1975	1980-1985	1990-1995	2000-2005	2010-2015	2020-2025
GRUPO I							
Bolivia	6.6	6.5	5.3	4.8	3.9	3.1	2.5
Haití	6.3	5.8	6.2	4.8	4.0	3.3	2.7
GRUPO II							
El Salvador	6.9	6.1	4.5	3.5	2.9	2.4	2.2
Guatemala	6.9	6.5	6.3	5.4	4.4	3.4	2.7
Honduras	7.4	7.1	6.0	4.9	3.7	2.9	2.4
Nicaragua	7.3	6.8	6.2	4.9	3.9	3.0	2.4
Paraguay	6.6	5.7	5.3	4.6	3.8	3.3	2.8
GRUPO III							
Brasil	6.2	4.7	3.6	2.5	2.1	2.1	2.1
Colombia	6.8	5.0	3.7	3.0	2.6	2.4	2.2
Costa Rica	7.0	4.3	3.5	3.0	2.7	2.4	2.2
Ecuador	6.7	6.0	4.7	3.5	2.8	2.3	2.1
México	6.8	6.5	4.2	3.1	2.5	2.2	2.1
Panamá	5.9	4.9	3.5	2.9	2.4	2.2	2.1
Perú	6.9	6.0	4.6	3.4	2.6	2.3	2.1
República Dominicana	7.3	5.3	3.9	3.1	2.6	2.3	2.1
Venezuela	6.7	4.9	4.0	3.3	2.7	2.3	2.1
GRUPO IV							
Argentina	3.1	3.2	3.2	2.8	2.4	2.2	2.1
Chile	5.3	3.6	2.7	2.5	2.4	2.2	2.1
Cuba	4.7	3.6	1.8	1.6	1.6	1.7	1.8
Uruguay	2.9	3.0	2.6	2.5	2.3	2.2	2.1

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes, 1998.

Cuadro 3
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS
 DE EDADES SEGÚN LAS ETAPAS DE LATRANSICIÓN DEMOGRÁFICA.
 PAÍSES SELECCIONADOS**

Países	Quinquenios					
	1970- 1075	1980- 1985	1990- 1995	2000- 2005	2010- 2015	2020- 2025
GRUPO I						
Bolivia						
0-14	43.0	42.6	41.2	39.6	36.0	31.4
15-64	53.6	53.9	55.2	56.4	59.5	61.5
65+	3.4	3.5	3.6	4.0	4.5	4.9
GRUPO II						
El Salvador						
0-14	46.3	44.9	40.8	35.6	31.9	27.4
15-64	50.9	51.8	55.0	59.4	62.6	65.9
65+	2.8	3.2	4.2	5.0	5.6	6.7
Guatemala						
0-14	45.8	46.0	45.9	43.6	39.8	34.7
15-64	51.3	51.1	50.9	52.8	56.5	61.2
65+	2.8	2.9	3.2	3.5	3.7	4.2
GRUPO III						
Brasil						
0-14	42.4	38.1	34.7	28.8	25.2	24.2
15-64	54.0	57.8	61.0	66.1	68.4	68.4
65+	3.7	4.2	4.3	5.2	6.4	7.4
Colombia						
0-14	45.7	40.7	36.0	32.7	28.8	25.6
15-64	50.9	55.5	59.7	62.6	65.7	66.8
65+	3.4	3.8	4.3	4.7	5.5	7.6
México						
0-14	46.5	45.1	38.6	33.1	28.4	24.6
15-64	49.3	51.1	57.5	62.1	65.6	67.5
65+	4.3	3.8	4.0	4.7	5.9	7.9
GRUPO IV						
Chile						
0-14	39.2	33.5	30.1	28.5	24.9	22.9
15-64	55.7	60.9	63.8	64.4	66.5	66.2
65+	5.1	5.6	6.1	7.2	8.6	11.0
Cuba						
0-14	37.0	31.9	23.1	21.2	17.3	16.2
15-64	59.9	60.5	68.6	69.2	70.4	68.0
65+	6.1	7.6	8.4	9.6	12.4	15.8
Uruguay						
0-14	27.9	26.9	26.0	24.8	23.5	21.8
15-64	63.2	62.6	62.4	62.3	63.3	64.3
65+	8.9	1.5	11.5	12.9	13.2	13.9

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes, 1998.

Cuadro 4
**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, ESPERANZA DE VIDA AL NACER
Y PORCENTAJE DE DEFUNCIONES POR GRUPOS DE EDADES
EN PAÍSES SELECCIONADOS, 1990-1995**

Países	Tasa global de fecundidad	Esperanza de vida al nacer	Tasa de mortalidad infantil	Porcentaje de defunciones por grupos de edades			
				Total	0-14	15-64	65+
GRUPO I							
Bolivia	4.8	59.3	75.1	100.0	41.5	33.0	25.6
Haití	4.8	55.4	74.1	100.0	39.9	35.6	24.5
GRUPO II							
El Salvador	3.5	67.1	40.2	100.0	26.7	39.4	33.9
Guatemala	5.4	62.6	51.1	100.0	36.4	38.3	25.0
Honduras	4.9	67.7	43.0	100.0	41.7	34.2	24.1
Nicaragua	4.9	62.2	65.0	100.0	48.5	31.7	19.8
Paraguay	4.6	68.5	46.7	100.0	33.6	27.0	39.5
GRUPO III							
Brasil	2.5	66.4	47.2	100.0	19.2	42.1	38.8
Colombia	3.0	68.6	35.2	100.0	22.2	41.6	36.2
Costa Rica	3.0	75.7	13.7	100.0	14.3	32.5	53.2
Ecuador	3.5	68.8	49.7	100.0	33.6	31.4	35.0
México	3.1	71.5	34.0	100.0	24.7	35.8	39.5
Panamá	2.9	72.9	25.1	100.0	19.2	31.4	49.4
Perú	3.4	66.7	55.5	100.0	35.1	31.3	33.6
República Dominicana	3.1	69.6	42.0	100.0	31.1	32.9	36.0
Venezuela	3.3	71.8	23.2	100.0	19.5	38.7	41.8
GRUPO IV							
Argentina	2.8	72.1	24.3	100.0	9.5	28.1	62.4
Chile	2.5	74.4	14.0	100.0	8.9	32.5	58.6
Cuba	1.6	75.3	10.0	100.0	5.6	29.4	65.0
Uruguay	2.5	73.0	20.1	100.0	6.3	25.8	67.8

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes, 1998.

Cuadro 5
DIFERENCIALES DE MORTALIDAD INFANTIL ALREDEDOR DE 1990
SEGÚN DIVERSOS INDICADORES, EN PAÍSES SELECCIONADOS

Tasa de mortalidad infantil						
Indicadores	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Perú	Panamá	Chile
socioeconómicos						
Total país	60	64	82	64	31	16
Rural	68	62	98	90	-	19
Urbano	51	43	67	48	-	14
Indígena	64	-	-	-	80	45
No indígena	53	-	-	-	23	-
Pobre	76	68	88	66	-	-
No pobre	53	34	66	37	-	-
	Guatemala	Bolivia	Colombia	Perú	México	Rep. Dom.
Sin instrucción	82	124	60	124	83	102
Primario inc.	86	108	40	85	64	76
Primario com.	61	65	-	42	46	57
Secundario y +	41	46	28	22	27	34
	Ecuador	Bolivia	Colombia	Brasil	El Salvador	Rep.Dom.
<i>Sexo</i>						
Masculino	42	91	35	51	-	51
Femenino	36	82	27	44	-	46
<i>Edad de la madre</i>						
<20 años	42	89	39	57	54	68
20-29	32	79	30	44	32	45
30-39	41	95	26	51	43	38
<i>Orden del nacimiento</i>						
Primer hijo	29	63	27	37	38	39
Segundo-tercero	35	77	31	44	37	53
Cuarto a sexto	43	101	36	67	43	47
Séptimo o más	68	114	36	86	-	69
<i>Intervalo entre nacimientos</i>						
< 2 años	42	138	44	81	36	63
2-3 años	38	77	29	42	28	52
4+ años	33	51	26	40	37	35
<i>Atención médica</i>						
Ninguna atención	62	99	54	-	-	86
Prenatal o parto	30	75	44	63	-	83
Prenatal y parto	34	36	22	20	-	43
<i>Tamaño al nacer</i>						
Muy pequeño	62	-	65	55	81	77
Pequeño	-	-	18	-	-	-
Promedio o grande	18	-	24	23	24	35

Fuente: Chackiel y Schkolnik (1997); CELADE/BID (1996); Encuestas de Demografía y Salud (DHS), años varios a partir de 1990.

Cuadro 6
**AMÉRICA LATINA: NACIMIENTOS ANUALES Y TASA
 DE CRECIMIENTO DE LOS NACIMIENTOS, 1960-1965, 1990-1995
 Y 2020-2025**

Países	Nacimientos anuales					
	Número			Tasa de crecimiento		
	1960/ 1965	1990/ 1995	2020/ 2025	1960/ 1970	1990/ 2000	2020/ 2030
GRUPO I						
Bolivia	163	249	264	2.2	0.7	-0.1
Haití	166	245	266	0.9	1.3	0.0
GRUPO II						
El Salvador	133	183	157	2.1	0.5	0.0
Guatemala	204	361	438	2.1	1.5	0.0
Honduras	105	195	208	2.3	0.6	0.0
Nicaragua	82	161	178	2.6	1.2	0.0
Paraguay	77	154	200	1.3	0.6	0.0
GRUPO III						
Brasil	3301	3411	3327	0.4	-0.1	0.0
Colombia	762	991	994	-0.4	-0.1	0.0
Costa Rica	62	83	97	-0.7	0.5	0.0
Ecuador	211	307	288	2.1	0.0	0.0
México	1786	2357	2070	2.8	-0.4	0.0
Panamá	49	63	58	1.5	-0.5	0.0
Perú	495	622	573	1.5	0.4	0.0
Rep. Dominicana	174	202	176	0.6	-0.5	0.0
Venezuela	375	566	562	0.9	0.2	0.0
GRUPO IV						
Argentina	498	700	715	1.6	0.4	0.0
Chile	300	298	291	-0.9	-0.4	0.0
Cuba	258	161	125	-0.8	-1.9	0.0
Uruguay	57	58	56	0.5	0.0	0.0

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes, 1998.

Cuadro 7
AMÉRICA LATINA: PORCENAJE DE NACIMIENTOS POR GRUPOS DE EDADES DE RIESGO DE LAS MADRES, 1960-1965, 1990-1995 Y 2020-2025

Países	Porcentaje de nacimientos por grupos de edades								
	Bajo riesgo			Alto riesgo					
	20-34 años			15-19 años			35 años y más		
	1960/ 1965	1990/ 1995	2020/ 2025	1960/ 1965	1990/ 1995	2020/ 2025	1960/ 1965	1990/ 1995	2020/ 2025
A. LATINA	70.1	71.9	72.4	12.1	17.2	14.9	17.8	10.9	12.7
GRUPO I									
Bolivia	69.3	71.5	73.9	10.4	12.4	13.0	20.2	16.1	13.1
Haití	64.5	71.4	66.7	9.0	7.9	9.8	26.5	20.7	23.5
GRUPO II									
El Salvador	69.2	67.8	69.5	16.5	22.3	16.1	14.3	10.4	14.4
Guatemala	67.6	69.5	71.0	16.7	17.9	16.8	15.7	12.6	12.2
Honduras	68.6	67.3	70.0	15.2	22.3	16.4	16.2	10.4	13.6
Nicaragua	68.3	69.0	70.0	15.9	18.5	20.1	15.9	12.5	9.9
Paraguay	68.8	70.5	74.8	11.7	12.6	12.2	19.5	16.9	13.0
GRUPO III									
Brasil	70.6	71.7	72.0	9.6	19.0	16.7	19.8	9.3	11.3
Colombia	67.7	71.1	72.3	14.4	18.9	14.6	17.8	10.0	13.1
Costa Rica	72.6	72.2	71.4	11.3	16.8	16.3	16.1	11.0	12.3
Ecuador	67.8	70.7	69.6	14.2	15.1	12.7	18.0	14.2	17.7
México	70.8	73.3	73.1	12.9	16.5	13.5	16.3	10.2	13.4
Panamá	69.4	73.0	73.9	18.4	18.4	15.4	12.2	8.6	10.7
Perú	68.1	72.5	71.2	13.5	12.3	10.8	18.4	15.2	18.0
República Dominicana	69.0	73.9	70.3	16.7	17.5	19.0	14.4	8.6	10.7
Venezuela	70.7	70.7	69.2	14.4	18.6	20.3	14.9	10.7	10.5
GRUPO IV									
Argentina	73.7	72.2	75.1	11.0	15.2	12.8	15.3	12.6	12.1
Chile	71.3	79.3	85.8	11.0	11.3	7.1	17.7	9.4	7.1
Cuba	72.1	76.5	73.9	16.7	19.1	18.4	11.2	4.4	7.7
Uruguay	73.7	71.9	74.8	12.3	16.1	16.4	14.0	12.0	8.8

Fuente: CELADE, Proyecciones de población vigentes, 1998.

Cuadro 8
**PORCENTAJES DE MUJERES DE 15-19 AÑOS, YA MADRES
O EMBARAZADAS SEGÚN EDAD, LUGAR DE RESIDENCIA
Y NIVEL EDUCATIVO, PAÍSES SELECCIONADOS**

Indicadores	Mujeres 15-19 años				
	Bolivia 1994	Ecuador 1994	Brasil 1996	Colombia 1995	República Dominicana 1996
Total	17.5	17.5	18.0	17.4	22.7
Edad					
15	2.8	-	4.4	4.9	6.8
16	8.1	-	10.6	9.4	12.7
17	14.9	-	20.5	14.0	23.2
18	27.8	-	25.3	25.6	29.8
19	40.3	-	34.8	38.6	40.6
Residencia					
Urbano	14.9	14.6	16.6	14.6	18.4
Rural	22.2	21.3	24.2	25.5	30.6
Instrucción					
Ninguna	37.6	32.3	54.4	29.9	58.3
Prim. incompl.	28.4	-	28.2	-	42.5
Prim. completa	18.7	16.7	18.2	-	24.9
Sec. incompl.	-	8.6	6.4	-	-
Sec. completa	-	-	-	12.4	11.4
Sec. y más	9.4	9.0	-	6.5	5.2
Superior	-	-	-	-	-

Fuente: Encuestas de Demografía y Salud (DHS), años indicados.

Cuadro 9
**TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD ALREDEDOR DE 1990 SEGÚN
 LUGAR DE RESIDENCIA EN PAÍSES SELECCIONADOS**

Grupos de edades	Tasas de fecundidad por edades							
	Brasil 1996		Colombia 1995		República Dominicana 1996		Bolivia 1994	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural
15-19	78	122	74	137	87	160	80	119
20-24	144	194	150	245	170	261	207	272
25-29	114	165	135	190	143	186	189	290
30-34	77	99	91	132	111	110	147	253
35-39	39	78	41	95	31	56	96	202
40-44	11	35	11	58	8	26	42	91
45-49	2	7	1	5	0	2	4	30
TGF	2.3	3.5	2.5	4.3	2.8	4.0	3.8	6.3

Fuente: Encuestas de Demografía y Salud (DHS), años indicados

Cuadro 10
**DIFERENCIALES DE FECUNDIDAD ALREDEDOR DE 1990 SEGÚN
 DIVERSOS INDICADORES EN PAÍSES SELECCIONADOS**

Indicadores	Tasa global de fecundidad					
	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Perú	Panamá	Chile
Total país	5.1	5.3	5.8	3.5	2.9	2.5
Rural	6.2	6.5	7.6	6.2	4.0	3.1
Urbano	3.8	3.9	4.6	2.8	2.2	2.4
Indígena	6.8	-	-	-	6.9	3.9
No indígena	4.3	-	-	-	4.7	-
Pobre	6.8	6.0	6.7	4.6	-	-
No pobre	3.3	3.2	3.7	2.2	-	-

Nivel educativo	Bolivia	Brasil	Colombia	Perú	Paraguay	Rep. Dom.
Ninguno	6.1	6.5	5.4	6.6	6.7	5.3
Básico	5.9	5.1	4.2	5.0	6.2	4.3
Intermedio	2.9	3.1	2.5	3.1	4.5	2.9
Medio o más	3.2	2.5	1.5	1.9	3.2	2.1

Fuente: Encuestas de Demografía y Salud (DHS), entre 1990 y 1996.

Cuadro 11
**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, PROMEDIO IDEAL DE HIJOS,
 CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS, PAÍSES
 SELECCIONADOS**

Países y nivel de instrucción	TGF	Promedio ideal de hijos	Conocimiento de anticonceptivos modernos	Prevalencia anticonceptivos totales	Prevalencia anticonceptivos modernos
<i>Bolivia 1994</i>					
Ninguna	6.5	2.7	44.7	22.7	3.0
Primaria	6.0	2.5	71.9	39.2	11.4
Intermedia	4.9	2.5	82.9	46.7	17.1
Sec. y más	2.7	2.4	98.4	66.2	35.9
<i>El Salvador 1993</i>					
Ninguna	5.4	-	-	43.4	41.8
Primaria	4.3	-	-	51.0	46.6
7-9 años	3.1	-	-	59.5	51.9
10 años y más	2.3	-	-	67.5	54.3
<i>Paraguay 1995-1996</i>					
0-2	6.9	4.7	99.1	32.6	25.8
3-5	5.5	4.1	99.0	43.0	35.4
6	4.7	3.6	99.5	51.4	42.2
7-11	3.4	3.1	99.8	64.4	51.4
12 y +	2.4	3.0	-	-	-
<i>Brasil 1996</i>					
Ninguna	5.0	2.7	-	64.1	56.6
1-3	3.6	2.6	-	69.2	63.7
4	3.0	2.4	-	75.0	68.8
5-8	2.4	2.2	-	80.1	74.5
9-11	1.7	2.2	-	83.1	75.4
12 o +	1.5	2.2	-	85.7	76.3
<i>Colombia 1995</i>					
Ninguna	5.0	3.3	-	58.0	45.4
Primaria	3.8	2.8	-	70.4	56.6
Secundaria	2.6	2.3	-	74.7	62.7
Superior	1.8	2.4	-	77.1	64.5
<i>Ecuador 1994</i>					
Ninguna	6.2	3.6	59.7	26.0	20.3
Primaria	4.4	2.9	88.5	51.2	40.3
Secundaria	2.8	2.4	97.9	65.8	52.7
Superior	2.1	2.4	99.3	74.3	54.8
<i>Perú 1991- 1992</i>					
Ninguna	7.1	3.0	72.9	34.9	11.2
Primaria	5.1	2.6	92.5	51.3	24.0
Secundaria	3.1	2.3	99.3	65.6	39.6
Superior	1.9	2.4	100.0	73.2	47.9
<i>Rep. Dominicana. 1996</i>					
Ninguna	5.0	3.7	98.2	53.1	50.7
Primaria 1-4	4.3	3.5	99.6	64.3	61.0
Primaria 5.8	3.4	3.2	99.9	64.5	61.1
Secundaria	2.6	2.9	100.0	62.8	57.4
Superior	1.9	2.9	100.0	70.5	61.6

Fuente: Encuestas de Demografía y Salud (DHS), años indicados.