



Vigesimoséptimo período de sesiones
Oranjestad, Aruba, 11 al 16 de mayo de 1998

POBLACIÓN, SALUD REPRODUCTIVA Y
POBREZA

ÍNDICE

	<i>Página</i>
SÍNTESIS Y CONCLUSIONES	1
A. PROPÓSITOS DEL DOCUMENTO	1
B. PRINCIPALES RESULTADOS	3
C. CONCLUSIONES	8
I. CONCEPTOS BÁSICOS	11
A. EL ÁMBITO GENERAL DE LA REPRODUCCIÓN	11
B. CONDUCTAS, SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS	12
C. POBLACIÓN, SALUD REPRODUCTIVA E INEQUIDAD SOCIAL	13
II. TENDENCIAS DEL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO SEGÚN GRUPOS SOCIOECONÓMICOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	17
A. EL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD	17
B. LAS DIFERENCIAS INTRANACIONALES DE FECUNDIDAD	21
III. LOS CAMBIOS EN EL CALENDARIO REPRODUCTIVO: SU CONCENTRACIÓN Y EL PROTAGONISMO DE LA FECUNDIDAD ENTRE ADOLESCENTES	33
A. EL CAMBIO DEL CALENDARIO	33
B. TENDENCIAS DE LA FECUNDIDAD ENTRE ADOLESCENTES	35
C. DIFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS DE LA FECUNDIDAD DE LAS ADOLESCENTES	38
IV. IDEALES REPRODUCTIVOS Y FECUNDIDAD NO DESEADA	51
A. IDEALES REPRODUCTIVOS	51
B. FECUNDIDAD NO DESEADA	57
V. DIMENSIONES BÁSICAS DEL ESTADO DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	65
A. INICIO DE LA VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA	66
B. PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN	74
1. Conocimientos y actitudes	74
2. Prácticas anticonceptivas	79

C. SALUD MATERNA E INFANTIL.....	90
1. Atención prenatal.....	93
2. Atención del parto	98
3. Mortalidad materna	103
4. Mortalidad infantil.....	108
D. UN SERIO PROBLEMA DE SALUD SEXUAL: LA EPIDEMIA CAUSADA POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).....	113
Bibliografía.....	123
Anexo	131
RECUADROS	
1: Evolución reciente de la fecundidad según zona de residencia en países de América Latina	25
2: Comportamiento reproductivo según grupos sociales: los casos de Bolivia, 1994 y Colombia, 1995	31
3: Fecundidad entre las adolescentes del Caribe: ejemplo de un programa dirigido a mitigar sus consecuencias	39
4: Fecundidad en la temprana adolescencia y la pubertad	41
5: Pobreza y comportamiento reproductivo: hechos y controversias	64
6: Papel de la mujer y patrones de unión consensual en Venezuela	72
7: Cambios en la planificación familiar en México.....	85
8: La caída de la fecundidad en Brasil: un cambio no propuesto explícitamente	89
9: Salud femenina durante las edades reproductivas: equidad y especificidad de género	92
10: La salud reproductiva y los grupos étnicos. Cifras y perspectivas.....	97
11: El aborto como un problema social y de salud.....	107
12: Mortalidad infantil y segmentación social del espacio urbano	112
13: SIDA: tendencias y perspectivas	114
14: Enfoques programáticos de la salud reproductiva en situaciones de transición demográfica avanzada: notas sobre el caso de Argentina	121
GRÁFICOS	
1: Tasa global de fecundidad: evolución en el período 1955-2000 por grandes regiones del mundo.....	18
2: América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad 1950-1955, 1970-1975 y 1995-2000 según países.....	19
3: América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad según zona de residencia urbana, rural y total nacional, países seleccionados, aproximadamente en 1995	23

4:	América Latina y el Caribe: diferencia porcentual de la fecundidad según zona de residencia, países seleccionados, aproximadamente en 1995	24
5:	América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad en grupos educacionales extremos, países seleccionados, aproximadamente en 1995	26
6:	América Latina y el Caribe: diferencia porcentual de la TGF entre mujeres sin instrucción y mujeres con educación superior, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	27
7:	América Latina y el Caribe: tasas específicas de fecundidad, 1950-1955, 1995-2000 y 2040-2050.....	36
8:	América Latina y el Caribe: estructura de la fecundidad, 1950-1955, 1995-2000 y 2045-2050.....	37
9:	América Latina y el Caribe: tasas específicas de fecundidad adolescente (15 a 19 años) según zona de residencia, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	43
10:	América Latina y el Caribe: fracción que representa la fecundidad adolescente dentro de la fecundidad total según zona de residencia, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	44
11:	América Latina y el Caribe: porcentaje de adolescentes con experiencia reproductiva según zona de residencia y total nacional, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	46
12:	América Latina y el Caribe: expresión porcentual de las diferencias entre zonas rurales y urbanas en cuanto a los adolescentes con experiencia reproductiva, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	47
13:	América Latina y el Caribe: porcentaje de adolescentes con experiencia reproductiva según condición educativa, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	48
14:	América Latina y el Caribe: porcentaje de adolescentes con experiencia reproductiva según grado de instrucción, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	49
15:	América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad y número medio de hijos deseados, países seleccionados, aproximadamente en 1995	53
16:	América Latina y el Caribe: número medio de hijos deseado según zona de residencia y total nacional, países seleccionados, aproximadamente en 1995	54
17:	América Latina y el Caribe: número medio de hijos deseado según nivel de educación, países seleccionados, aproximadamente en 1995	55
18:	América Latina y el Caribe: número medio de hijos deseado según sexo y diferencias absolutas y relativas en cuanto a las aspiraciones reproductivas entre hombres y mujeres, países seleccionados, aproximadamente en 1995	58
19:	América Latina y el Caribe: porcentaje de fecundidad no deseada total, según residencia y nivel de educación, países seleccionados, aproximadamente en 1995	59
20:	América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad y tasa global de fecundidad deseada, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	61
21:	América Latina y el Caribe: tasa global de fecundidad deseada total, según zona de residencia y nivel de educación, países seleccionados, aproximadamente en 1995	62

22:	América Latina y el Caribe: edad mediana de la primera relación sexual y de la primera unión, mujeres 25-49 años, países seleccionados, aproximadamente en 1995	68
23:	América Latina y el Caribe: edad mediana de la primera relación sexual y de la primera unión, hombres 25-49 años, países seleccionados, aproximadamente en 1995	69
24:	América Latina y el Caribe: diferencia porcentual entre la edad de la primera unión y de la primera relación sexual, según zona de residencia y nivel de instrucción, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	71
25:	América Latina y el Caribe: porcentaje de conocimiento de métodos anticonceptivos, países seleccionados, aproximadamente en 1995	75
26:	América Latina y el Caribe: porcentaje de mujeres unidas que conocen algún método moderno de anticoncepción según zona de residencia y nivel de instrucción, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	76
27:	América Latina y el Caribe: porcentaje de mujeres que rechazan los mensajes y uso de anticonceptivos, según nivel de instrucción y zona de residencia, países seleccionados, aproximadamente en 1995	78
28:	América Latina y el Caribe: porcentaje de parejas donde la mujer aprueba y su compañero se opone a la planificación familiar, según zona de residencia y nivel de instrucción, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	80
29:	América Latina y el Caribe: mujeres actualmente unidas, según uso de métodos anticonceptivos, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	81
30:	América Latina y el Caribe: porcentaje de mujeres unidas con necesidad insatisfecha de planificación familiar según zona de residencia y nivel de educación, países seleccionados, aproximadamente en 1995	84
31:	América Latina y el Caribe: prevalencia de la esterilización entre las mujeres unidas, países seleccionados, aproximadamente en 1995	88
32:	América Latina y el Caribe: peso de la esterilización entre los métodos anticonceptivos en uso, total y según zona de residencia y grupos educacionales extremos, países seleccionados, aproximadamente en 1995	91
33:	América Latina y el Caribe: porcentaje de mujeres gestantes con control prenatal, países seleccionados, aproximadamente en 1995	94
34:	América Latina y el Caribe: porcentaje de mujeres gestantes con control prenatal, según zona de residencia y nivel de instrucción, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	96
35:	América Latina y el Caribe: porcentaje de nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta asistidos por personal capacitado, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	100
36:	América Latina y el Caribe: porcentaje de nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta, asistidos por personal capacitado, según zona de residencia de la madre, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	101
37:	América Latina y el Caribe: porcentaje de nacimientos en los cinco años anteriores a la encuesta, asistidos por personal capacitado, según nivel de instrucción de la madre, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	102

38:	América Latina y el Caribe: razón de mortalidad materna por 100 000 nacimientos, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	105
39:	América Latina y el Caribe: tasas de mortalidad infantil total, según zona de residencia y según nivel de instrucción, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	111
40:	América Latina y el Caribe: porcentaje de personas que tienen conocimiento del SIDA según sexo, países seleccionados, aproximadamente en 1995.....	117
41:	América Latina y el Caribe: porcentaje de mujeres en edad reproductiva que conocen el SIDA según zona de residencia y nivel de instrucción, países seleccionados, aproximadamente en 1995	118
42:	América Latina y el Caribe: porcentaje de las mujeres en edad reproductiva que declaran tener conocimiento sobre cómo prevenir el SIDA, países seleccionados, aproximadamente en 1995	119

SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

A. PROPÓSITOS DEL DOCUMENTO

Son tres las razones que dan sentido a este documento: i) el acuerdo generalizado entre los países de la región sobre la necesidad de respetar y promover los derechos reproductivos, incluyendo la posibilidad de regular la fecundidad; ii) la constatación de que existe una dinámica demográfica de la pobreza que suele representar una más de las tantas barreras que enfrentan los pobres para salir de su precaria situación; iii) la convicción de que el cuidado de la salud reproductiva constituye una de las dimensiones de cualquier estrategia que procure, simultáneamente, mejorar las condiciones de vida de la población, elevar la calidad de los recursos humanos y atenuar las desigualdades socioeconómicas.

En 1993, como parte de las actividades preparatorias de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo efectuada en El Cairo en 1994, los países de la región celebraron en la Ciudad de México la Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo y suscribieron el Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo. En este documento se reconoce que *“la posibilidad de regular la fecundidad es un derecho humano fundamental universalmente reconocido”*; se recomienda *“garantizar el ejercicio pleno de este derecho como un objetivo de primordial importancia”* y, para tales efectos, se propone *“asegurar el acceso a los servicios de planificación familiar, ampliar su cobertura y mejorar su calidad, dando atención irrestricta a todos los hombres y mujeres que lo deseen, en un marco de pleno respeto a las libertades individuales y a la diversidad de creencias y valores propia de la heterogeneidad sociocultural y religiosa”* (p. 15).

En este Consenso también se constatan desigualdades sociales pertinentes dentro de los países, una de cuyas expresiones más dramáticas es la alta proporción de la población que vive en condiciones de pobreza. Estas desigualdades se expresan en el plano demográfico como *“diferencias de morbimortalidad, particularmente la maternoinfantil, de los patrones de movilidad territorial y de fecundidad según sectores sociales y grupos étnicos. Particularmente, se ha observado la carencia de programas de planificación familiar adecuados a los principios de asistencia integral a la mujer y los niños. La satisfacción de estas demandas, junto con otras de carácter social (como salud y educación), además de cumplir con el requisito de equidad, tendría efectos positivos sobre el desarrollo de los recursos humanos”* (p. 4 y 5). De una manera más específica, los vínculos entre la peculiar conducta reproductiva de los pobres y la transmisión intergeneracional de la pobreza se exponen en un documento que la Secretaría de la CEPAL presentó en la Conferencia antes citada (CEPAL/CELADE, 1995) *“El descenso de la fecundidad no tuvo la misma intensidad en todos los grupos sociales, las mujeres de los estratos más desposeídos tienen un mayor promedio de hijos; del mismo modo, la fecundidad más elevada de las zonas rurales se asocia con los sectores campesinos, trabajadores sin tierras y las minorías étnicas, que se encuentran marginados de los frutos del progreso. Un hecho de singular importancia es*

que muchas de esas mujeres declaran sistemáticamente que una elevada proporción de su fecundidad real es no deseada. Por lo tanto, la planificación familiar parece haber seguido una línea de inequidad; por ser inaccesible para ciertos grupos, se vuelve para ellos casi imposible el ejercicio de un derecho reproductivo esencial y coarta la libertad de las parejas para decidir acerca del número de hijos que desean tener... Las diferencias de la fecundidad por sectores sociales son, pues, expresiones notorias de la inequidad prevaleciente en los países de la región (p. 44 y 45).

En el mismo sentido, el informe de seguimiento del Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo presentado por la Secretaría de la CEPAL en su vigésimo sexto período de sesiones (1996) resume el papel que juega la alta fecundidad de los pobres en la trama que da forma al proceso de transmisión intergeneracional de la pobreza a escala de las familias: “... *la alta fecundidad se transforma en un elemento que contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza. En efecto los niños nacidos en hogares pobres —es decir hogares donde los padres, por mala inserción en los mercados productivo y laboral, sólo acceden a bajo ingresos— se desarrollan en condiciones desfavorables en materia de nutrición y atención, cuidados de salud y educación. De ese modo, al llegar a adultos, están en malas condiciones para acceder a ocupaciones de alta productividad y terminan replicando la condición de bajos ingresos de sus progenitores, o sea pasan a ser adultos pobres. Ese ciclo se ve reforzado cuando el número de niños en los hogares es relativamente alto, pues entonces lo que cada uno de ellos recibe en nutrición, educación, etc. es proporcionalmente menor. Más aún, cuando llegan a adultos en situación de pobreza, es posible que tiendan a reproducir las pautas de fecundidad de sus padres. Debe anotarse aquí que, además de diferencias cuantitativas en la fecundidad, los hogares pobres también presentan una mayor incidencia de la fecundidad temprana (adolescente)...” (p. 7).*

El Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo destina un capítulo a los *derechos reproductivos y la salud reproductiva* (p. 32 a 41). Sin entrar en el debate sobre los aspectos éticos implícitos en los distintos puntos de vista existentes sobre los derechos reproductivos —pero asumiendo, eso sí, la posición concordada por los países en el Consenso antes mencionado sobre “*el derecho de los individuos, las parejas y las uniones a disponer de una amplia gama de métodos de regulación de la fecundidad*” (p. 16)—, existe consenso en que la salud reproductiva constituye un elemento crucial de la salud de las personas y que, por tanto, su cuidado contribuye al bienestar físico y espiritual de los individuos y a su desempeño como sujetos productivos y participativos. La prevención y curación en el ámbito de la salud reproductiva supone un rol activo de las personas, que deben contar con conocimientos sobre su fisiología y, en particular, sobre las repercusiones de sus conductas sexuales y reproductivas, para así tener la posibilidad de optar por comportamientos coherentes con sus aspiraciones y con su bienestar. Además de constituir un avance sustantivo en materia de equidad, la adopción de tales decisiones de manera libre e informada, sin distinción de sexo, clase social, etnia o nacionalidad, resulta una opción legítima para la promoción de cambios en los comportamientos reproductivos, en particular entre los grupos más vulnerables en términos socioeconómicos y más incluso si las personas que pertenecen a estos grupos han modificado sus preferencias reproductivas en sentido descendente y todavía no pueden materializarlas. En suma, es menester considerar que con el realce de la salud reproductiva se amplía el enfoque clásico de salud maternoinfantil, ya que expande el campo de preocupaciones a todo el ciclo de la reproducción y a las conductas sexuales, exige una combinación de las perspectivas médicas con las socioculturales y subraya la perspectiva de género al considerar ambos sexos.¹ Adicionalmente, el relevamiento de la salud

¹ Esto se advierte con claridad en la definición de salud reproductiva: “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el

reproductiva origina una nueva manera de enfrentar algunas de las antinomias tradicionales (entre crecimiento de la población y desarrollo económico y social, por ejemplo) en el contexto de la población y el desarrollo; en efecto, la promoción de la salud reproductiva requiere que la comunidad en su conjunto tome conciencia de las aspiraciones, comportamientos y prácticas de las personas y las parejas en los ámbitos sexual y reproductivo. De esta manera, los vínculos entre los patrones reproductivos y el desarrollo no serán enfrentadas sólo desde la perspectiva gubernamental, típicamente macrosocial —por ejemplo, la política pública en materia de salud o los planteamientos oficiales sobre los niveles y tendencias de la fecundidad— sino también desde la óptica de las familias y de los individuos, típicamente microsical —que concierne a los raciocinios cotidianos sobre la existencia.

B. PRINCIPALES RESULTADOS

¿Cómo han afectado los cambios socioeconómicos y demográficos de la región a la salud reproductiva de su población? ¿Qué antecedentes existen sobre la realidad actual de las inequidades en materia de conducta y salud reproductivas y sus interrelaciones con las desigualdades sociales y la pobreza en América Latina y el Caribe? ¿Qué desafíos se advierten, en el plano de las políticas, para lograr el pleno ejercicio de los derechos reproductivos y garantizar la atención universal de la salud reproductiva para la población latinoamericana y caribeña? En esta sección se procura entregar algunas respuestas sobre estas preguntas, a la luz de la información disponible y procesada, y del análisis realizado en el cuerpo central de este documento.

La drástica caída de la fecundidad ha marcado la trayectoria y el perfil demográficos de la población latinoamericana y caribeña en los últimos 30 años. Si bien todos los países de la región han reducido sus niveles de fecundidad, la heterogeneidad entre ellos se ha acentuado ligeramente. Según las estimaciones vigentes, en la actualidad (quinquenio 1995-2000) hay un grupo pequeño de países con tasas globales de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo (menos de 2.1 hijos promedio por mujer), un grupo amplio —que reúne a la mayoría de las naciones y al grueso de la población de la región— con valores superiores al nivel de reemplazo, pero inferiores al promedio mundial de 3 hijos por mujer, y un tercer grupo de países con tasas globales de fecundidad que exceden este promedio. En general, las naciones que registran mayores índices de fecundidad son aquellas que tienen rezagos socioeconómicos más acusados y menores índices de desarrollo humano. El descenso de la fecundidad ha sido particularmente marcado entre las mujeres mayores de 35 años lo que, conjuntamente con el aumento de los intervalos intergenésicos, ha contribuido a atenuar la incidencia de nacimientos de alto riesgo. En el otro extremo etario, la fecundidad adolescente también ha descendido, pero de manera más lenta y con tendencias erráticas en algunos países.

Este descenso de la fecundidad se ha presentado en todos los grupos sociales, lo que puede ser considerado tanto una señal de éxito de las políticas que en algunos países han procurado explícitamente tal propósito como una manifestación inequívoca de la potencia y la amplitud de las fuerzas estructurales que impulsan a las parejas a tener menos hijos. Sin embargo, los grupos más desfavorecidos socialmente, como los estratos pobres, los segmentos con escasa o nula instrucción escolar, los habitantes del campo y los indígenas, todavía exhiben niveles de fecundidad superiores —en ocasiones varias veces superior— a sus respectivos promedios nacionales; en varios países estos grupos registran tasas globales de

sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia" (Naciones Unidas, 1995a, p. 32).

fecundidad del orden de 5 hijos por mujer, llegando a un máximo de 7 entre aquellas sin instrucción escolar. Aunque el proceso de urbanización y la expansión de la cobertura escolar han hecho que en algunas naciones de la región los analfabetos y la población del campo hayan perdido importancia en términos de cuantía demográfica, todavía siguen existiendo zonas cuya población muestra una alta fecundidad que va aunada con la pobreza y la marginalidad.

Sea por efecto de la globalización de las relaciones socioeconómicas o a raíz de la uniformidad de los mensajes culturales, el número ideal de hijos declarado por las mujeres de los diversos estratos sociales muestra mayor homogeneidad que la fecundidad observada. Entre los grupos pobres esta discrepancia se traduce en una descendencia superior a la deseada; como contrapartida, en algunos países, la fecundidad observada entre los grupos más instruidos es inferior al número ideal de hijos declarado. Así, tanto entre los grupos pobres como entre los segmentos altamente instruidos, los derechos reproductivos pueden estar siendo vulnerados, aunque por razones distintas y con consecuencias también disímiles. Mientras que la sociedad no entrega a los primeros los medios para hacer coincidir la fecundidad observada con la deseada —situación que queda de manifiesto por los bajos índices de uso de anticonceptivos—, las exigencias de desempeño que esa misma sociedad impone a los segundos para mantener un nivel de vida acorde con sus calificaciones tienden a generar incompatibilidades con la tenencia de hijos (una descendencia menos numerosa que la deseada constituye, así, una opción determinada por la presión que ejerce el contexto económico y sociocultural).

La particular conducta reproductiva de los pobres tiene en la díada sexualidad/unión temprana uno de sus fundamentos.² Esta díada favorece tanto la fecundidad precoz y adolescente, pues las uniones siguen teniendo en la procreación uno de sus principales propósitos, como niveles reproductivos elevados, dado que —en ausencia de una planificación familiar extendida— la edad a la que se inicia la vida reproductiva se convierte en determinante de la fecundidad final de las mujeres. Por cierto, las consecuencias de este patrón de nupcialidad no se limitan sólo a la fecundidad; en varios países las cifras disponibles muestran que entre los grupos desfavorecidos la edad mediana en que se forma la primera unión suele ser equivalente o inferior a la edad en que concluye la educación escolar, lo que indicaría el potencial carácter obstructivo que estos patrones de unión tendrían para la formación de recursos humanos entre los grupos pobres de la población. Por lo demás, la crianza y formación de los niños que son hijos de padres adolescentes presenta dificultades —en alguna medida independientes de la situación socioeconómica de la familia— asociadas a la insuficiente madurez de esos progenitores para enfrentar los desafíos emocionales y económicos que implica el hecho de tener hijos.

Enfrentar en forma decidida las repercusiones que trae consigo el patrón de sexualidad/unión temprana parece constituir una de las claves para abordar el problema de la fecundidad adolescente, que constituye un problema prioritario en la región, tal como lo reconocen los gobiernos en el Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo: *“el embarazo adolescente es un motivo de preocupación por sus efectos sobre la salud materna e infantil, particularmente por la alta incidencia de la morbimortalidad materna, y por sus consecuencias psicosociales, tales como la interrupción del proceso educativo, desventajas en la preparación para ingresar al mercado laboral y dificultades para*

² El mayor grado de compromiso y estabilidad de la pareja es lo que distingue las relaciones sexuales regulares de las ocasionales. Aunque las relaciones sexuales regulares son homologadas al matrimonio en los análisis demográficos, esas relaciones adoptan modalidades muy diferentes, que comprenden desde las uniones legales reguladas por las normas de derecho civil o de derecho eclesiástico, hasta uniones menos formales (Naciones Unidas, 1998). En el presente documento se emplea la expresión unión para referirse a cualquiera de esas modalidades.

consolidar una pareja” (p. 16). Por consiguiente, el Consenso “*insta a los gobiernos a que dediquen esfuerzos, de manera prioritaria, a diseñar y adoptar modelos de atención integral a la salud reproductiva de los adolescentes, prestando particular atención a la educación en población, y dentro de ella a la educación familiar, la educación sexual integral y la planificación familiar*” (p. 16). La preocupación por la fecundidad adolescente tiene plena vigencia por cuanto todavía exhibe niveles altos y tendencias erráticas en algunos países; sin embargo, el examen comparativo de las situaciones nacionales revela progresos en algunos países, lo que ratifica las posibilidades de mitigar este problema.

Si bien el conocimiento sobre medios anticonceptivos se ha generalizado en la región, todavía se presentan lagunas en algunos países, que afectan particularmente a los segmentos más marginados de la población. Más aún, se ha advertido que la declaración de conocer los medios anticonceptivos a menudo va acompañada de ignorancia en materia de nociones básicas de la fisiología de la reproducción, hecho que afecta la eficiencia en el uso de los métodos de regulación de la fecundidad, sobre todo de los tradicionales o naturales, cuya práctica exige la capacidad de seguimiento del ciclo fértil de la mujer.

Las actitudes positivas hacia la planificación familiar también son generalizadas, pero en todos los países existe una fracción de las mujeres que rechaza el uso de anticonceptivos por razones ideológicas (incluyen la desaprobación por motivos religiosos o razones vinculadas a pautas culturales o por inclinación personal); hay indicios en el sentido de que esta objeción es más frecuente entre los grupos pobres de la población, lo que constituye una barrera adicional para la reducción de las brechas sociales en materia de planificación familiar. Al rechazo ideológico se agrega la renuencia por razones obvias (estar embarazada, ser estéril, estar buscando el embarazo o ausencia de actividad sexual) y por argumentos que, siendo válidos para la mujer, pueden basarse en prejuicios (efectos negativos sobre la salud o pérdida de potencia sexual).

Los conflictos de género se expresan claramente en el uso de métodos para regular la fecundidad. El uso de casi todos los medios anticonceptivos es de responsabilidad femenina —el condón o la vasectomía no están generalizados en la región—, lo que refleja tanto el desequilibrio del poder dentro de las parejas como una cierta desaprensión de los hombres respecto de sus conductas sexuales o, al menos, de sus consecuencias reproductivas. Asimismo las campañas que promueven la planificación familiar tienden a dirigirse a las mujeres. Ilustrativo de los conflictos de género resulta también el hecho de que en la mayoría de las parejas que discrepan sobre el uso de anticonceptivos, sea el hombre el que se opone; esta situación es más frecuente entre los grupos pobres de la población y probablemente representa una de las manifestaciones del machismo que perdura en estratos donde es frecuente que la valoración social de las mujeres esté en función de su rol de madres y esposas. No obstante, la mayor parte de las parejas concuerda en su disposición favorable al uso de métodos de regulación de la fecundidad. Asimismo, los datos disponibles permiten descartar la eventual ignorancia masculina sobre anticoncepción como razón para que las parejas no practiquen la planificación familiar.

Esta breve referencia a los factores que limitan el acceso a la planificación familiar no puede omitir el hecho de que, sistemáticamente, las causas económicas (costos monetarios de los medios anticonceptivos) o físicas (cercanía de puestos de salud) sean escasamente mencionadas como razones para no usar medios de regulación de la fecundidad. Las barreras socioculturales (incluida la concentración de la responsabilidad en las mujeres) y los temores (fundados o no) de efectos colaterales parecen constituir las principales fuerzas que inhiben la generalización de la planificación familiar en la región.

Los contextos económicos, socioculturales y políticos nacionales imprimen especificidades en todos los aspectos de la conducta y la salud reproductivas. Por ejemplo, en el Caribe y Centroamérica las edades de iniciación sexual y de unión suelen ser más prematuras que en la zona Andina, lo que se asocia a tasas de fecundidad entre adolescentes más altas en las primeras subregiones; las raíces de este patrón serían eminentemente culturales. El uso de anticonceptivos también varía ampliamente entre los países (como Brasil o Colombia) donde más del 80% de las mujeres integrantes de uniones han usado alguna vez medios anticonceptivos modernos y otros (como Guatemala o Haití) donde menos de un tercio de esas mujeres ha usado algún medio anticonceptivo moderno. Estas especificidades también se verifican en el plano de las inequidades intranacionales; por ejemplo, mientras en algunos países el acceso a la planificación familiar presenta diferencias leves entre los estratos sociales (aunque, siempre desfavorables a los grupos más pobres) en otros, las diferencias son abismantes. Quizá la expresión más nítida de estas inequidades se encuentre en la *demanda insatisfecha de planificación familiar*. Si se compara la situación de los grupos educacionales extremos, se advierte que la proporción de mujeres integrantes de uniones con bajo nivel educacional que no logra satisfacer sus requerimientos de planificación familiar supera entre 4 y 10 veces (dependiendo del país) la proporción de mujeres con educación superior en tal condición. Las reticencias para acceder a la planificación familiar también presentan peculiaridades nacionales; en algunos países predomina la búsqueda del embarazo, en otros los temores de repercusiones en la salud y en unos cuantos —en general los más rezagados en materia de cobertura de los servicios de planificación familiar—, las renuencias fundadas en objeciones ideológicas o en el desconocimiento de métodos o fuentes de abastecimiento.

Cabe destacar que las particularidades nacionales antes subrayadas no se remiten exclusivamente a las políticas públicas de promoción explícita de la planificación familiar. El caso de Brasil, que nunca ha tenido una política oficial en tal sentido, muestra que la reducción de la fecundidad puede extenderse a los distintos grupos sociales sin haber contado con un apoyo estatal evidente. Sin embargo, la ausencia de este apoyo entraña potenciales riesgos —para la sociedad, la estabilidad de las parejas y la salud de las mujeres— como elevadas tasas de aborto y escasas opciones en la oferta de métodos anticonceptivos.

El fortalecimiento de los componentes de cuidado durante el embarazo, el parto y el puerperio, y de salud sexual —incluida la prevención de enfermedades de transmisión sexual y otras relacionadas con el aparato reproductor—, resulta fundamental para una estrategia que procure atender integralmente las distintas dimensiones de la salud reproductiva. En virtud de la concentración de los programas de salud en el ámbito materno-infantil, han mejorado en forma generalizada los indicadores de la atención vinculada con el embarazo y el parto. No obstante, tanto en estos indicadores como en los de morbilidad, se aprecian rezagos respecto de las regiones industrializadas. Por cierto, un grupo selecto de países ha alcanzado niveles de cobertura de los servicios materno-infantiles prácticamente universales, lo que les ha permitido lograr tasas de mortalidad infantil levemente superiores a 10 por mil, cercanas a la media del mundo desarrollado; como contrapartida, dos países de la región (Bolivia y Haití) todavía exhiben tasas de mortalidad infantil superiores a 60 por mil.

Varios factores han contribuido a que en algunos países se haya avanzado más en el control de la mortalidad infantil. Un primer factor es la decisión política de poner en marcha —y la perseverancia para mantener en funciones— programas de salud para la infancia, que incluyen componentes de atención primaria con amplia cobertura nacional y acciones especialmente dirigidas a los sectores más vulnerables de la población. El segundo factor es la consolidación de estrategias de salud materno-infantil, con un fuerte énfasis en el control y seguimiento de las personas y en la aplicación de medidas de medicina preventiva. Un tercer factor, propio del ambiente de la salud reproductiva, es la aplicación de programas y estrategias dentro del marco de una declinación sostenida de la fecundidad y de disminución de los nacimientos de alto

riesgo. Finalmente, todo el proceso de reducción de la mortalidad en la infancia ha ocurrido en un contexto de ampliación del nivel de educación de la población, de difusión de normas para la protección de la salud y su cuidado por los propios interesados, de significativas ampliaciones de la cobertura del saneamiento ambiental y de las redes de comunicaciones y de transporte. La experiencia de estos países debería ser considerada no sólo con el objeto de reducir las disparidades internacionales existentes en la región sino también con el propósito de atenuar las inequidades intranacionales. Las diferencias de mortalidad infantil entre los estratos sociales constituyen expresiones agudas de la desigualdad social, pues las tasas que se registran entre los grupos pobres y marginados suelen ser varias veces superiores a los promedios nacionales; incluso en los países que más han avanzado en la prevención de la mortalidad infantil se advierten diferencias relativas importantes entre segmentos socioeconómicos.

Si bien la mortalidad materna representa, en general, una baja proporción dentro de las defunciones de los países de la región, su sola presencia es un motivo de preocupación, pues prácticamente en todos los casos es evitable mediante medidas de prevención o tratamiento relativamente simples. Aunque la información disponible sobre este problema de salud —que posee un evidente sesgo de género— es fragmentaria, permite identificar a Bolivia, Perú y Haití con tasas altas de mortalidad materna en el contexto regional (superiores a 250 por 100 mil). Los antecedentes recabados indican, además, que la mortalidad materna afecta básicamente a grupos pobres y marginados de la población: en México, la razón de mortalidad materna en el estado de Oaxaca es ocho veces superior a la de Nuevo León y en Bolivia se ha estimado que, en el decenio 1984-1994, esa razón en las zonas rurales del Altiplano fue seis veces superior a la de los Llanos.

Garantizar la salud sexual es un prerequisite para lograr una reproducción sin riesgos. Aunque también la información disponible sobre las condiciones de la salud sexual en la región es parcial, puede señalarse que persisten amplias deficiencias en la prevención y el tratamiento oportuno de varias patologías, entre ellas algunas venéreas (sífilis, gonorrea), otras neoplásicas (cáncer cérvicouterino, cáncer de mamas, cáncer testicular) y, con creciente relevancia, las relacionadas con el VIH/SIDA. El SIDA constituye una preocupación mayor en la región por la rápida difusión que ha experimentado y por su letalidad; pese a las campañas de concientización realizadas, aún existen segmentos de la población que desconocen la existencia del SIDA (sólo un tercio de las mujeres rurales de Bolivia y un 47% de las peruanas iletradas han oído hablar del SIDA); la ignorancia sobre cómo prevenir el SIDA es frecuente entre los grupos de bajo nivel educacional. Aunque es necesario que continúen las campañas de educación e información sobre estos tópicos, deberá otorgarse especial importancia a los dirigidos a los segmentos de la población no cubiertos —los menos expuestos a los mensajes de los medios de comunicación y con más dificultades para comprender la propaganda escrita—, sobre todo si se encuentran en condiciones de alto riesgo de contagio.

C. CONCLUSIONES

¿Cómo modificar esta pertinaz realidad de deficiencias e inequidades en la cobertura y la calidad de la atención de la salud reproductiva y de conculcación de los derechos reproductivos, en particular entre los pobres?

Tanto el Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo como el Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y el Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo entregan un conjunto de objetivos, sugerencias, recomendaciones y medidas que apuntan precisamente a dicho objetivo. Los países ya han acordado una estrategia operativa básica: *“proporcionar acceso a los servicios para una maternidad sin riesgos, en particular los relativos a la educación sexual, la atención del embarazo, el parto y el puerperio y la planificación familiar. Estos servicios deben ofrecer una atención integral de buena calidad, tomando en cuenta la identidad sociocultural de los usuarios y dando prioridad a los grupos más vulnerables de la población”* (CEPAL, CELADE, 1996, p. 35).

La puesta en práctica exitosa de la estrategia anterior tropieza con grandes dificultades:³ i) las deficiencias de recursos materiales, financieros y humanos que deben superarse son significativas y atañen a los segmentos pobres y marginados de la sociedad, que requieren de asistencia gratuita o subsidiada, lo que entraña un costo considerable para los recursos públicos; ii) la experiencia institucional en materia de implementación de servicios de salud que integren los diferentes aspectos de la salud reproductiva es escasa (el enfoque más bien tradicional de los programas de planificación familiar y de salud materno-infantil sigue vigente en la región); iii) la persistencia de barreras socioculturales y sicosociales que entran la aceptación generalizada de los servicios de salud reproductiva, en particular en lo que toca a la conducta sexual y a la regulación de la fecundidad. Estas dificultades afectan principalmente a los grupos pobres de la población.

Dada la heterogeneidad de situaciones entre países —confirmada en el análisis—, las políticas y programas de salud reproductiva, aunque inspirados en una racionalidad común, deben adquirir lógicas, contornos y contenidos adecuados a las realidades nacionales. En algunos países las condiciones materiales, socioculturales y sicosociales existentes permitirían que la atención integral de la salud reproductiva cubra rápidamente a una fracción muy amplia de la población, pues ya se atiende a una demanda masiva y estructurada de servicios de planificación familiar y de salud materno-infantil; por tanto, la tarea central parece consistir en institucionalizar la atención de la salud reproductiva, mejorar su calidad y fomentar programas integrados que cubran sus diferentes aspectos; especialmente la promoción del derecho a una reproducción deseada y sin riesgo. En otros países, en cambio, los rezagos materiales y socioculturales son más abultados y se manifiestan, entre otros indicadores, en mayores niveles de fecundidad, porcentajes más altos de desconocimiento de los medios anticonceptivos, mayores índices de necesidades insatisfechas de planificación familiar y de mortalidad infantil; son países en los que los servicios básicos de planificación familiar y de atención de la salud materno-infantil no están consolidados aún. El compromiso nacional, el apoyo internacional y la cooperación de otros países de la

³ En esta sección se evitará reiterar los contenidos de los dos instrumentos de acción aprobados unánimemente por los países de la región (Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo y Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo) y se concentrará en las conclusiones estratégicas que se desprenden de los resultados discutidos en el documento.

región parecen fundamentales para avanzar en la atención de la salud reproductiva y el resguardo de los derechos reproductivos en estos países. En todos los casos debe prestarse especial atención para adoptar una estrategia que considere a hombres y mujeres como sujetos activos en el cuidado de su salud reproductiva y, adicionalmente, proporcione, de una manera no coercitiva, una oferta transparente y amplia de métodos de control de la fecundidad.

A raíz de la heterogeneidad entre estratos y grupos sociales —también constatada en el análisis—, es necesario que las políticas y programas de salud reproductiva se armonicen con las especificidades de estos grupos. La extensión de los servicios de salud reproductiva requiere programas particularizados —tanto de fomento como de suministro de servicios— dirigidos hacia los grupos destinatarios que en la mayoría de los casos se caracterizan también por una condición de pobreza vinculada con: i) desventajas de localización, como es el caso de los habitantes del medio rural o de zonas escasamente pobladas; ii) peculiaridades culturales, como las que tienen los grupos indígenas; iii) rezagos sociales, como los que presentan los segmentos con escasa o nula instrucción escolar; iv) vulnerabilidad inherente a su etapa en el ciclo de vida, como la que se observa entre los adolescentes; v) condición de riesgo por edad, como ocurre con las mujeres menores de 20 años o mayores de 34; vi) predisposición fisiológica, como la existencia de patologías previas o antecedentes genéticos de enfermedad; vii) trayectoria reproductiva, como la alta paridez o los reducidos intervalos intergenésicos; viii) comportamientos sexuales descuidados, una de cuyas consecuencias se manifiesta en la frecuencia de las patologías de transmisión sexual.

Una atención integral y general de la salud reproductiva constituye por sí misma un aporte al bienestar de las personas, en particular de los grupos pobres que exhiben las mayores deficiencias en esta materia, a la vez que puede contribuir a la reducción de las desigualdades vigentes. Sin embargo, tal logro no constituye una garantía de movilidad social o de superación de la pobreza. Aunque la batalla contra este flagelo puede resultar menos complicada en un contexto en que la dinámica reproductiva de los pobres no retroalimenta su condición, la erradicación de la pobreza debe lograrse mediante la remoción de sus causas inmediatas, que se vinculan, entre otros aspectos, con el crecimiento económico, las pautas estructurales de distribución del ingreso, la inserción laboral, el desempeño educacional y la inversión social. Además, si bien es cierto que el ejercicio pleno del derecho reproductivo básico conduciría a una reducción de la fecundidad observada en la región —pues ésta es sistemáticamente mayor que el número medio de hijos deseado— a corto plazo es improbable que se alcance una fecundidad inferior al nivel de reemplazo, porque las preferencias reproductivas actuales son del orden de 2.5 hijos por mujer. Adicionalmente, es necesario propiciar una discusión a fondo sobre el ejercicio libre del derecho reproductivo básico entre las mujeres que no logran alcanzar el número medio de hijos que desean tener, sea por infertilidad o por exigencias del medio; la experiencia europea demuestra que en un estado avanzado de la transición demográfica, la fecundidad observada puede ser inferior al número de hijos deseado y que las medidas que persiguen una concordancia entre ambos indicadores tienen escaso éxito.

La educación constituye una fuerza poderosa para modificar conductas sexuales y reproductivas que pueden resultar lesivas. Entre los pobres, una trayectoria educacional normal debiera fomentar el aumento de la edad en que se constituye la primera unión y, por esa vía, retrasar la iniciación sexual, y atenuar la incidencia del embarazo en edades precoces y adolescentes. A su vez, la educación sexual constituye uno de los pilares de la prevención de riesgos; además, puede contribuir a fomentar un papel activo de las personas en los ámbitos de la salud reproductiva y del ejercicio de los derechos en este campo. Estos esfuerzos en materia de educación son fundamentales para mejorar la eficacia en el uso de los métodos anticonceptivos, sobre todo si éstos son naturales o tradicionales; también estos esfuerzos

coadyuvarían a satisfacer la exigencia de una disponibilidad amplia de medios anticonceptivos y a reducir los riesgos de programas coercitivos. Asimismo, tanto la educación formal como la sexual favorecen la apertura hacia la medicina moderna —en particular, entre los grupos étnicos—, elevan la capacidad de madres y padres para prevenir enfermedades durante la niñez y amplían las opciones de información sobre patologías de transmisión sexual o relacionadas con el aparato reproductivo.

Ahora bien, la educación formal y la educación sexual no constituyen garantías de comportamientos sexuales y reproductivos responsables. Los adolescentes requieren programas especiales y cuidadosamente diseñados para influir en sus pautas sexuales, nupciales y reproductivas. Las cifras muestran categóricamente que los mayores índices de fecundidad entre adolescentes —así como las edades más tempranas de iniciación sexual y constitución de la primera unión— se verifican entre los grupos más postergados de la sociedad. No obstante, estos grupos no se caracterizan por una mayor libertad sexual que otros; por el contrario, una fracción significativa de los segmentos más postergados, ante la escasez de proyectos de vida alternativos, parece virtualmente “destinada” a una iniciación sexual y a una unión tempranas. La ampliación de horizontes que conlleva la educación y la existencia de alternativas laborales para los jóvenes resultan fundamentales para el desarrollo de proyectos de vida que eviten la paternidad o la maternidad durante la adolescencia. Como contrapartida, la modernización trae consigo un cierto relajamiento en los controles sociales de la conducta sexual; aunque una mayor libertad sexual no es sinónimo de una mayor incidencia del embarazo entre adolescentes, la falta de acceso a medios para regular la fecundidad puede ocasionar tal resultado, a la vez que podría traer consigo un aumento de los nacimientos ilegítimos y de las uniones a edades tempranas forzadas por el embarazo.

Dado que la mortalidad materna puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, durante el parto o el puerperio, tanto el seguimiento de la embarazada que efectúan los servicios de salud maternoinfantiles como la atención institucional del parto son piezas claves para reducirla. No obstante, estas medidas resultan insuficientes pues una fracción importante de la mortalidad materna parece deberse a los efectos del aborto inducido, particularmente cuando es realizado en condiciones precarias. En este caso, la ampliación de los servicios de planificación familiar resulta fundamental para prevenir la fecundidad no deseada y, por esa vía, desestimular la práctica del aborto.

Finalmente, el logro de una creciente equidad de género resulta una de las sendas más promisorias para la generación de una demanda activa y estructurada de salud reproductiva. Tal equidad también es un requisito para el ejercicio efectivo de los derechos reproductivos. La experiencia demuestra inequívocamente que la valoración de hombres y mujeres como actores sociales equivalentes contribuye, entre otros de sus resultados socialmente deseables, a la definición de nuevos proyectos de vida para las mujeres y a la alteración de la estructura de costos que para las parejas suponen el embarazo y la crianza. Así, la equidad de género tiende a modificar, de un modo estratégico, las pautas reproductivas y las actitudes hacia el control de la fecundidad, contribuyendo a una convergencia entre la fecundidad observada y la deseada.

I. CONCEPTOS BÁSICOS

A. EL ÁMBITO GENERAL DE LA REPRODUCCIÓN

La reproducción, como proceso fundamental de la perpetuación de la especie humana, comprende componentes biológicos y sociales que interactúan constantemente y que algunas veces se refuerzan y otras se contraponen entre sí. Entre las manifestaciones de este proceso se destacan la reproducción cotidiana y la reproducción intergeneracional. La *reproducción cotidiana* está supeditada a la presencia de un conjunto de factores —como la alimentación, el control de las enfermedades y las condiciones ambientales—, que permiten la supervivencia de los individuos. Dado que al prestar atención a estos factores sólo se garantiza una solución temporal a la contraposición entre la vida y la muerte, se torna necesaria otra forma de reproducción a más largo plazo, que atañe a la procreación de nuevos individuos. Como respuesta perdurable a la contraposición mencionada, la *reproducción intergeneracional* es el mecanismo que impide la extinción de una población con el transcurso del tiempo.

No hay duda que ambos tipos de reproducción se relacionan de modo dinámico. Para que una generación pueda reproducirse es imprescindible la supervivencia cotidiana de una proporción importante de sus miembros hasta que hayan enterado su ciclo de edad fértil. No obstante sus interacciones, ambos tipos de reproducción no siempre son coincidentes. Así, si se pusiese en peligro la supervivencia de los individuos —que es lo que sucedería, por ejemplo, si hubiese una hambruna prolongada—, la reproducción intergeneracional podría quedar relegada a segundo plano durante un período dado; expresiones extremas de este predominio de la supervivencia individual (reproducción cotidiana) son la práctica del infanticidio o el abandono de los hijos. Por el contrario, si la supervivencia de un individuo entrañase un riesgo para la perduración de la comunidad, es posible que esta última se oponga a que éste continúe viviendo; como ejemplo de este último caso cabe citar una antigua costumbre de los esquimales, de abandonar y dejar morir a los ancianos, ya que su vida nómada de recolectores y cazadores les exigía una gran movilidad, condición que no podían satisfacer los individuos de más edad.

En este documento se enfatizará el examen de la reproducción intergeneracional lo que permitirá poner de relieve el papel de las dos variables demográficas que la determinan: la fecundidad y la mortalidad. Más específicamente, y concordando con el Programa de Acción aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) realizada en 1994, se adoptará un enfoque basado en la salud reproductiva que se vincula estrechamente con la fecundidad sin dejar de lado sus nexos con la mortalidad —principalmente, la infantil y la materna. En un sentido más amplio, se subrayarán las interrelaciones de la salud reproductiva con las condiciones de pobreza que afectan a la población de América Latina y el Caribe.

B. CONDUCTAS, SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Estos tres conceptos, aunque íntimamente ligados, remiten a distintas dimensiones de la reproducción y, por lo mismo, ayudan a comprender sus alcances dentro de una población determinada. Tal vez el más general de estos conceptos sea el de *conducta reproductiva*. Si bien el proceso reproductivo puede ser descrito como una cadena de acontecimientos de base biológica que conducen al nacimiento de nuevos individuos, en la sociedad humana estos acontecimientos se definen dentro de contextos históricos, sociales y culturales, que les confieren significados específicos. Así, el comportamiento de los individuos y las parejas frente a la procreación representa una conducta que, como tal, se deriva de la adopción de decisiones en esta materia. Estas decisiones se manifiestan en la esfera individual, pero en ellas influyen normas y pautas que acotan las conductas socialmente aceptables. Dos aspectos particularmente importantes a los que atañen tales decisiones son los que se refieren al número de hijos que se tienen (intensidad de la fecundidad) y a la manera en que se distribuyen sus nacimientos a lo largo de la vida de las mujeres y las parejas (calendario de la fecundidad). Ambos aspectos se relacionan con las formas consideradas aceptables para regular la cantidad de hijos y la oportunidad de tenerlos, y también con la posibilidad de desvincular la actividad sexual de la procreación.

La noción de *salud reproductiva* constituye un capítulo fundamental dentro del ámbito de la salud. Este tema concita preocupación tanto por sus aspectos éticos, asociados a la defensa y la preservación de la vida, como porque —si bien involucra al hombre y la mujer— guarda estrechos vínculos con la condición de la mujer en la sociedad y con el proceso de socialización temprana de los niños. La salud reproductiva puede definirse como "un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidirlo hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia" (Naciones Unidas, 1995a, p. 32). Este concepto se refiere también a los derechos de la mujer a disponer de adecuados servicios de salud durante el embarazo, el parto y después del parto así como a ser informada y capacitada para acceder a métodos de planificación familiar que sean seguros, eficaces, aceptables y acordes con su elección. Asimismo, la concepción de salud reproductiva subsume la salud sexual e incorpora elementos de salud mental y social, que no se contemplaban en los enfoques tradicionales de salud maternoinfantil o en los programas específicos de planificación familiar.

Finalmente, la noción de *derechos reproductivos* abarca algunos de los derechos humanos reconocidos en los documentos de las Naciones Unidas que contienen consensos alcanzados por la comunidad internacional y consagrados en las leyes nacionales. Un precepto del cual emanan los derechos reproductivos es el reconocimiento del derecho básico que asiste a las parejas e individuos "a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los métodos para ello" (Naciones Unidas, 1995a, p. 32). En la misma dirección apunta el Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo —adoptado unánimemente por la Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo (México, 1993), preparatoria de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994—, que señala: "Reconociendo que la posibilidad de regular la fecundidad es un derecho humano fundamental universalmente reconocido, se recomienda a los gobiernos garantizar el ejercicio pleno de este derecho como un objetivo de primordial importancia, y proporcionar la información veraz y completa necesaria para tal fin" (p. 15). Por cierto, tales derechos incluyen la posibilidad de adoptar decisiones relativas a la reproducción sin discriminación, coacción ni violencia.

Como puede desprenderse de las especificaciones precedentes, el ejercicio efectivo de los derechos reproductivos supone una adopción libre, responsable e informada de decisiones que atañen a las esferas de la procreación y de la vida sexual. Desde luego, para que esta condición pueda satisfacerse será necesario que los individuos dispongan de opciones, a las cuales debe contribuir una oferta integral de servicios de salud reproductiva. Por tanto, la posibilidad o la imposibilidad concretas de ejercer los derechos reproductivos y de acceder a la salud reproductiva definen condiciones básicas para la generación de un clima social y cultural dentro del cual las conductas de las personas en materia de procreación sean o no concordantes con sus aspiraciones efectivas. Es decir, las relaciones que se establecen entre los tres conceptos descritos ayudan a comprender mejor los procesos biológicos y sociales subyacentes en las decisiones reproductivas y sociales; asimismo, contribuyen a dar una visión más exacta de los efectos de aquellas decisiones sobre las personas, las parejas y sus descendientes.

C. POBLACIÓN, SALUD REPRODUCTIVA E INEQUIDAD SOCIAL

Existe una creciente literatura sobre los vínculos entre la reproducción de la población y la reproducción de la pobreza. Si bien la orientación de esos vínculos continúa siendo un tema de discusión en el plano teórico, los antecedentes conceptuales y empíricos disponibles señalan que ambas se relacionan de una forma interactiva, y presentan distintas especificidades según se les examine a escala macrosocial o microsicial.

Si se considera una sociedad en su conjunto —es decir, si se adopta una escala macrosocial—, es factible identificar estratos con arreglo a diversos criterios, sean ellos de índole económica, cultural, geográfica o étnica. Se advierte que el ritmo de incremento demográfico de los diversos estratos es diferente; si la tasa de crecimiento de la población fuese el único factor que interviniera, estaría delimitando la trayectoria de las magnitudes demográficas de cada estrato de aquella sociedad. Sin embargo, en una sociedad moderna —que no reconoce discriminación de castas—, la existencia de movilidad social configurará un factor "distorsionador" de aquella trayectoria de origen demográfico; en efecto, tal movilidad podría ejercer un papel más gravitante que las diferencias de incremento demográfico entre los estratos, condición ésta que tiene una especial importancia respecto de la incidencia de la pobreza dentro de la población total.

Ahora bien, dentro del contexto de América Latina y el Caribe —y tal vez del mundo en su conjunto—, una de las lecciones que depara la historia reciente es que las hipótesis optimistas sobre un descenso sostenido de la pobreza a lo largo del tiempo —fundadas en las expectativas que generó el desarrollo experimentado durante los 15 años siguientes a la segunda guerra mundial— resultaron exageradas. Todo parece sugerir que los modelos de desarrollo puestos en práctica, agravados por las crisis estructurales, interpusieron escollos en el camino de la equidad social. Diversos índices ponen en evidencia el carácter persistente de la desigualdad, que se manifiesta tanto en los ingresos como en el acceso a los servicios básicos; además, en las últimas décadas se han visto surgir nuevas formas de exclusión social a la vez que se han ido debilitando las capas medias. Una expresión elocuente de esta situación es la elevada incidencia de la pobreza que afecta a un 40% de la población total de la región en su conjunto; dado que los grupos pobres tienden en general a registrar un crecimiento demográfico más acelerado que el resto de la población, este factor contribuye a que sea más difícil enfrentar el desafío de reducir y erradicar las condiciones de vida precarias.

Desde el ángulo de los individuos y las familias —es decir, a escala microsocioal—, la conducta reproductiva guarda profundas interrelaciones con la condición socioeconómica y las opciones de movilidad social. En este sentido, inciden tanto la intensidad de la fecundidad como su calendario. De manera sistemática, en los países de América Latina y el Caribe la fecundidad entre los pobres alcanza una mayor magnitud y se hace presente más temprano. En particular, cabe destacar los obstáculos que, especialmente en condiciones de pobreza, entrafia la fecundidad en edades precoces y en la adolescencia.⁴ Estos obstáculos —en materia de salud, nutrición y educación—, que afectan a los progenitores y sus hijos, tienden a disminuir las posibilidades de las personas para adquirir o desarrollar habilidades, capacidades y conocimientos que las transformarían en recursos humanos de mejor calidad; restringiéndose así sus probabilidades de movilidad social ascendente. No es inofensivo, por ende, asignar algún papel a este peculiar comportamiento reproductivo de los pobres en el fenómeno de la transmisión intergeneracional de la pobreza.

La alta fecundidad de los pobres, tanto a raíz de los costos directos y de oportunidad que entrafia la maternidad y la crianza como al efecto reductor del ingreso *per capita* —a escala de los hogares— que conlleva un elevado índice de dependencia, constituye un freno para la acumulación del capital —en cualquiera de sus modalidades— requerida para garantizar un proceso de movilidad social ascendente. Análogamente, una situación inicial de recursos limitados puede verse agudizada por un comportamiento reproductivo que, al no reconocer mecanismos de control, daría lugar a una menor inversión *per capita* para hijos y padres; en esas circunstancias aumenta el riesgo de que se recurra a la utilización de mecanismos indeseables de compensación económica, como el trabajo infantil que trae consigo deserción escolar.

Si bien lo dicho anteriormente ilustra los vínculos que es dable establecer entre la posición socioeconómica —en especial la condición de pobreza— de los individuos o los grupos humanos y el comportamiento reproductivo, su examen exige un mayor rigor conceptual y operativo. Un ejemplo permite señalar la complejidad de aquellos vínculos. En una sociedad moderna, de tipo urbano y con una base productiva industrial (o de servicios del terciario superior), los hijos significan costos económicos muy superiores a los beneficios que eventualmente depararían a sus progenitores. En ese contexto, podría pensarse que la opción racional —desde un punto de vista estrictamente económico— sería no tener hijos. Sin embargo, si tal opción se convirtiese en una norma genérica del comportamiento reproductivo, sus efectos a corto plazo —en el curso de una generación— serían desastrosos a escala macrosocioal, pues conducirían a la virtual extinción de la población. Además, no obstante su base racional, aquella opción entra en conflicto con las aspiraciones y los sentimientos que integran la realidad sicosocioal de las personas y que contribuyen a que las motivaciones para tener hijos escapen a la lógica de las relaciones entre costos y beneficios exclusivamente económicos.

Dado que aún existe una gran incertidumbre sobre el comportamiento reproductivo y esto justifica la necesidad de proseguir investigando sus tendencias, patrones y consecuencias según estratos sociales, todo parecería indicar que la discusión sobre políticas en materia de reproducción debería dirigirse a los planos de la salud y de los derechos pertinentes. En cuanto al primero de estos planos, los temas más importantes son los relativos a los problemas de orden sanitario derivados del comportamiento reproductivo y a las inequidades sociales en cuanto al acceso a la información y atención en materia de salud reproductiva que afectan a las madres, los padres y los hijos. En relación con los derechos

⁴ En este documento, la noción de fecundidad en edades adolescentes alude al hecho de ser madre antes de haber cumplido los 20 años; la fecundidad en edades precoces es un subconjunto de la anterior y se refiere al hecho de serlo antes de los 15 años.

reproductivos, los asuntos más preocupantes son los que atañen al hiato que se produce entre las aspiraciones de las parejas y las posibilidades efectivas de materializarlas; este campo incluye tanto los aspectos legales ligados al ejercicio de la libertad para adoptar decisiones informadas y responsables en materia de reproducción como el acceso a los medios necesarios para concretar tales decisiones.

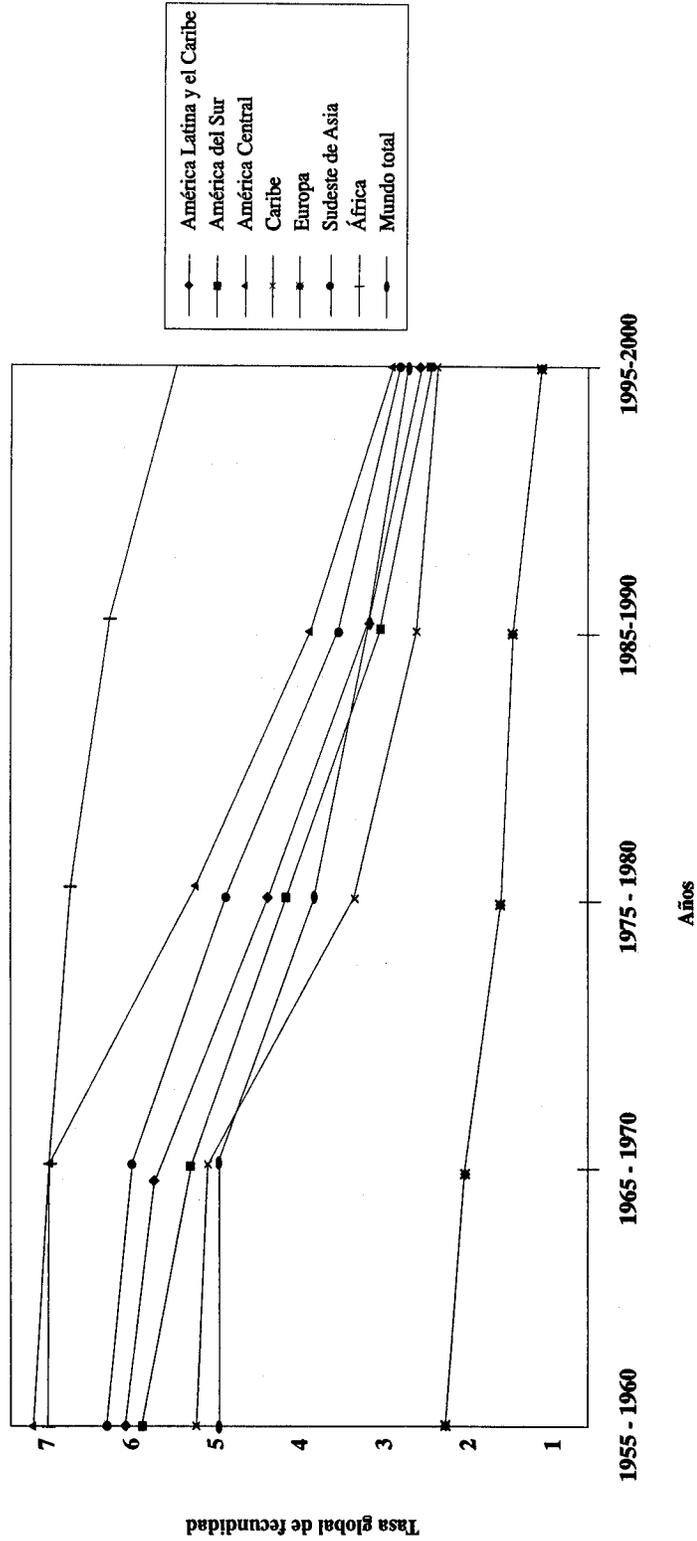
II. TENDENCIAS DEL COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO SEGÚN GRUPOS SOCIOECONÓMICOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

A. EL DESCENSO DE LA FECUNDIDAD

Una de las manifestaciones más notables del cambio social experimentado por la región de América Latina y el Caribe durante las últimas décadas ha sido la transformación radical del comportamiento reproductivo. Todavía a mediados de los años sesenta las mujeres tenían, en promedio, seis hijos; 30 años más tarde esa cifra se había reducido a la mitad. Este fuerte descenso no encuentra parangón en la historia humana y sólo es comparable con la disminución registrada, durante un lapso similar, en algunos países del sudeste asiático (véanse el gráfico 1 y el cuadro 1 del anexo). Respecto de los años venideros, las proyecciones descansan sobre un supuesto de declinación más pausada, que gradualmente llevaría a un nivel de reemplazo de la población (que corresponde a una tasa global de fecundidad cercana a 2.1 hijos por mujer). Más allá de las previsiones basadas en las tendencias, la trayectoria futura de la fecundidad puede convertirse en motivo de especulación; no cabe descartar la posibilidad de que ésta se estabilice durante algunos períodos como tampoco que sufra alguna reversión —tal vez de carácter coyuntural—, que puede ocurrir cuando se alcanzan intensidades reducidas de la fecundidad.

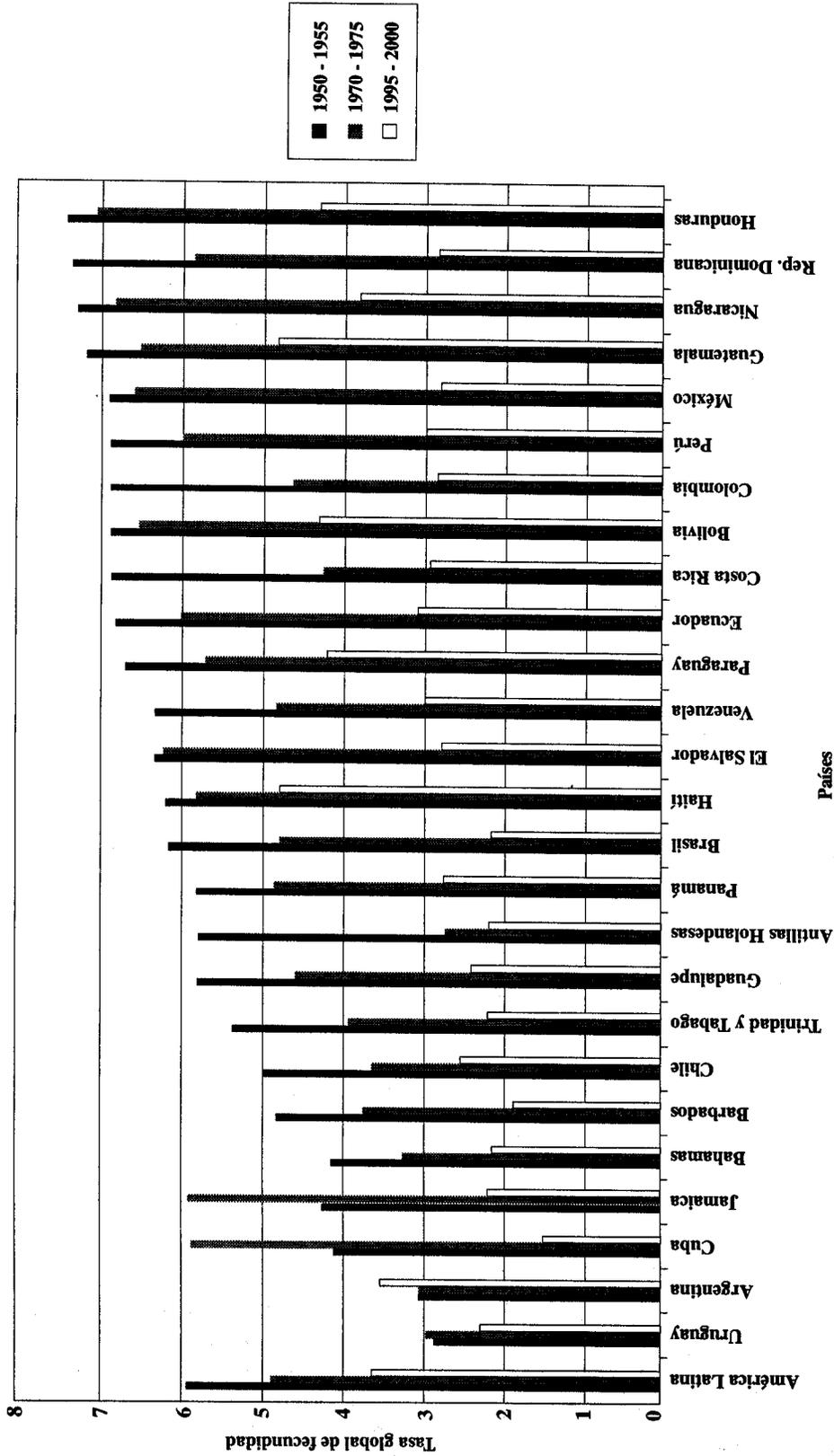
El descenso de la fecundidad es una expresión concreta del complejo de cambios sociales acaecidos en la región. Más que con el fortalecimiento de un determinado paradigma económico, el descenso de la fecundidad parece asociarse con la progresiva consolidación de un modelo de sociedad urbana y moderna, cuyo funcionamiento impone exigencias formativas y de desempeño laboral difícilmente compatibles con una familia de gran tamaño. Dentro de tal modelo —que se ha venido imponiendo en el mundo contemporáneo—, junto con un cambio en la configuración de los estratos sociales y una secularización de las relaciones sociales (y de las funciones de las instituciones) cada vez más firme, tiende a predominar una lógica en materia de decisiones apoyada en el ejercicio de la racionalidad instrumental —en la que el cálculo de los costos y los beneficios juega un papel central. Al amparo de tales condiciones, la reproducción comienza a desacralizarse para insertarse de pleno dentro del ámbito de comportamientos dirigidos —de manera creciente— a la atención de los intereses, expectativas y necesidades individuales.

Gráfico 1
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD: EVOLUCIÓN EN EL PERÍODO 1955 - 2000
POR GRANDES REGIONES DEL MUNDO



Fuente: Naciones Unidas, *World Population Prospects, the 1994 Revision (ST/ESA/SER.A/145)*.
 Publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: E.95.XII.16, Nueva York, 1995.

Gráfico 2
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE : TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD
 1950 - 1955, 1970 - 1975 Y 1995 - 2000 SEGÚN PAÍSES



Fuente: CELADE, estimaciones y proyecciones vigentes de población: Naciones Unidas, *World Population Prospects, the 1994 Revision* (ST/ESA/SER.A/145), Publicación de las Naciones Unidas, N° de Venta: E.95.XII.16, Nueva

El vigor mostrado por el descenso de la fecundidad a escala regional no debe empañar el hecho de que este proceso ha estado signado por la heterogeneidad socioterritorial que históricamente ha distinguido a los países de América Latina y el Caribe. Así, en algunos la reducción de la fecundidad ha sido lo suficientemente veloz como para llegar, a mediados de la década de 1990, a niveles similares —incluso bastante inferiores en los casos de Cuba y Barbados— a los detentados por Uruguay y Argentina, en los que aquel proceso es de larga data. En otros países, en cambio, la declinación ha sido menos acelerada y en 1997 sus tasas de fecundidad —superiores a cuatro hijos por mujer— exceden los promedios de la región y del mundo (véanse el gráfico 2 y el cuadro 2 del anexo). Aunque el examen detenido de las tendencias sobre las que se basan las proyecciones permite suponer que —a mediano plazo— en estos últimos países se producirán las disminuciones más importantes de la fecundidad, es probable que algunas de las especificidades nacionales se mantengan a lo largo del tiempo.

A más largo plazo —hacia la tercera o la cuarta década del siglo XXI—, la variante media de las proyecciones de población postula que la fecundidad de todos los países de la región convergerá en torno a un valor equivalente al nivel de reemplazo. De cumplirse este supuesto, en algunos casos —como los de Cuba, Barbados y Bahamas— la fecundidad debería aumentar, pues sus actuales niveles ya se encuentran por debajo del valor de reemplazo. Además, tal supuesto de convergencia no resulta plenamente coherente con la trayectoria que ha registrado en los últimos años la reducción del nivel reproductivo en América Latina y el Caribe; si bien la disminución de la fecundidad fue generalizada entre 1950 y 1995, la heterogeneidad entre las tasas globales de los países se acrecentó.⁵ Es decir, el proceso de reducción de la fecundidad, como otros cambios en la esfera demográfica, no ha sido ajeno a las disparidades históricas entre los países de la región. Sin embargo, como estos antecedentes aluden a acontecimientos registrados en el pasado, no cabe interpretarlos como impedimentos sustantivos para el eventual cumplimiento del supuesto de una futura convergencia de los niveles reproductivos.⁶

Cualquier intento por discernir qué ocurrirá en el futuro con el descenso de la fecundidad en los países de América Latina y el Caribe debe tener en cuenta la dinámica de las fuerzas que han contribuido a tal descenso. Desde este ángulo, no parece haber espacio para una eventual reversión de las tendencias detectadas; es decir, es improbable que, a corto plazo, pueda producirse un aumento sostenido de la fecundidad. Por cierto, los rasgos que acoten la trayectoria de la fecundidad —esto es, las modalidades, ritmos y límites que asuma la continuación de su caída— definirán la magnitud demográfica y el momento en que cobrará vigencia la estabilización demográfica en la región. Sin embargo, aquellos rasgos estarán condicionados por diferentes factores de índole social, económica y cultural. Dentro de este campo cabe un papel de importancia a la intervención de los diversos agentes sociales en el ámbito de la procreación; en particular, un papel significativo corresponde a las políticas —explícitas o implícitas— respecto a la regulación de la fecundidad.

⁵ El aumento de la heterogeneidad intrarregional queda de manifiesto por el coeficiente de variación de las series de tasas globales de fecundidad de los países, que subió de 22% en 1952 a 26% en 1972 y a 31% en 1997.

⁶ En efecto, es difícil esperar que la caída de la fecundidad mantenga el impulso en aquellos países que ya se acercan al umbral de reemplazo de la población; menos factible parece este comportamiento en los casos en que las cifras están por debajo de aquel valor. Por consiguiente, es probable que, a corto y mediano plazos, la reducción de la fecundidad se agudice en los países que aún presentan una posición de rezago relativo, lo que le conferiría algún viso de realismo al supuesto de convergencia.

B. LAS DIFERENCIAS INTRANACIONALES DE FECUNDIDAD

La noción de heterogeneidad socioterritorial no se reduce a las diferencias entre los países; algunas de sus manifestaciones más destacadas tienen lugar dentro de ellos, vinculándose con la inequidad social. Este vínculo se constata al considerar los valores que asume la fecundidad en los diversos grupos identificados según su nivel socioeconómico; más aun, esas diferencias tienden a perpetuarse, pues constituyen francas desventajas para los segmentos socialmente vulnerables. Todas las informaciones disponibles indican que los grupos más postergados de la sociedad, integrados por personas que exhiben rezagos en su posible inserción productiva, presentan los más elevados índices de fecundidad; al mismo tiempo, estos grupos son los que se encuentran en condiciones materiales más desmedradas para enfrentar los desafíos que entraña tal tipo de comportamiento reproductivo.

Aunque los criterios de desagregación que permiten ilustrar la desigualdad socioterritorial dentro de los países son numerosos, dos bastarían para una primera aproximación: zona de residencia y nivel de educación. La utilización de la *zona de residencia* en las investigaciones sobre las diferencias de la fecundidad se justifica porque la localización de la población se vincula con los patrones de distribución geográfica tanto de la producción —y sus modalidades de organización— como de los estilos de vida de los individuos y las comunidades. Ambas distribuciones incidirían en el efecto diferenciador de los factores determinantes de los comportamientos reproductivos. Por lo común, la zona de residencia se asimila a la dicotomía urbano rural, para cuyo análisis se dispone de información relativamente comparable entre los países. La dicotomía se presta, además, para enfatizar disparidades entre las condiciones económicas, sociales y culturales imperantes en áreas urbanas y rurales, las que contribuirían a definir comportamientos reproductivos específicos de cada área.

Los datos de las últimas encuestas demográficas y de salud son elocuentes en este sentido: se aprecia que la fecundidad alcanza sistemáticamente intensidades mayores en el medio rural que en el urbano (véanse los gráficos 3 y 4 y el cuadro 3 del anexo).⁷ De los 12 países para los cuales se contó con información comparable, la discrepancia más estrecha entre las tasas globales de fecundidad de las áreas urbanas y rurales se registró en Costa Rica, donde alcanzó a 35%; en todos los demás casos, la disparidad excedió de 50%.⁸ Estas diferencias, detectadas de modo regular a lo largo de los años, han mostrado ser pertinaces y sus raíces deben buscarse, entre otros antecedentes, tanto en la importancia desigual que asumen —en cada contexto de residencia— los costos y beneficios de los hijos como en la existencia de pautas culturales también distintas respecto de la reproducción. Sin duda, un factor decisivo de tales diferencias son las condiciones de postergación económica, social y cultural de vastos segmentos de la población rural, que ven limitado su acceso a los medios y beneficios de la modernidad.

Un aspecto que merece subrayarse es que las diferencias entre el medio rural y el urbano de la tasa global de fecundidad no guardan una relación estrecha con los niveles del indicador en el medio urbano, aunque sí lo hacen con los del medio rural.⁹ Esto sugeriría que en los países con una fecundidad

⁷ La serie de encuestas de demografía y salud (EDS) —entre ellas las conocidas por su sigla en inglés, DHS (*Demographic and Health Surveys*)— forma parte de un proyecto mundial a largo plazo financiado principalmente por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

⁸ Cabe destacar que esta diferencia se observó entre el Área Metropolitana de San José, en un extremo, y las áreas rurales, en el otro.

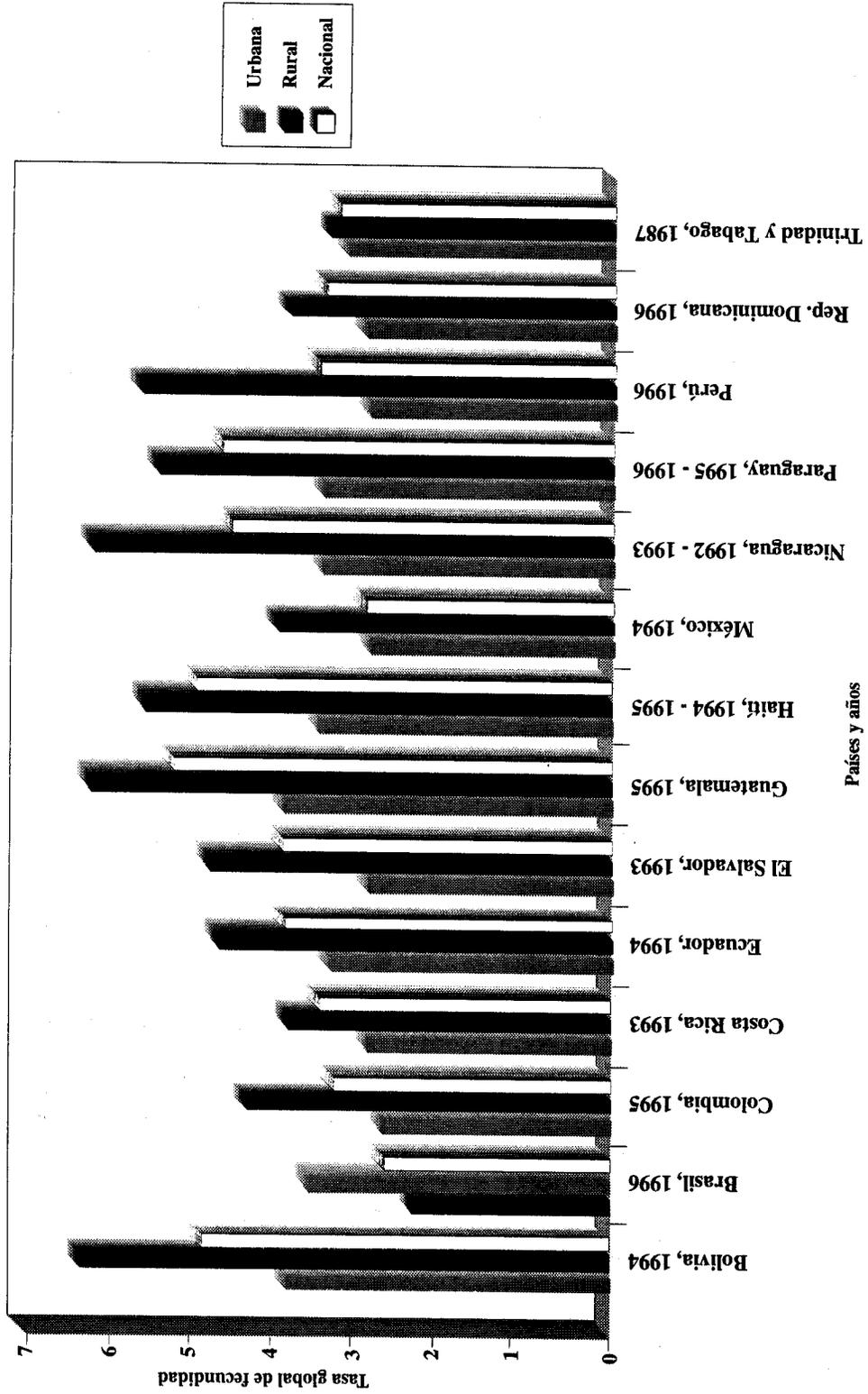
⁹ La diferencia entre las tasas globales de fecundidad (TGF) de las áreas urbanas y rurales presenta un coeficiente de correlación simple de sólo 0.16 con la TGF urbana; en cambio, ese coeficiente se eleva a 0.68 cuando la correlación se establece con la TGF rural. A su vez, el coeficiente de correlación simple entre las TGF urbanas y las rurales es de 0.83.

más elevada en el área rural —donde parecería que la reducción sostenida de la fecundidad apenas se ha iniciado— se presentan desigualdades más marcadas entre ambas zonas de residencia; estas desigualdades se destacan porque en las áreas urbanas de esos mismos países se observan evidencias de un descenso sistemático de la fecundidad. Aparentemente, el avance de la reducción de la fecundidad en los países de alto grado de ruralidad supondría quebrar la resistencia aún presente entre la población del campo. Por tanto, dado que la caída de la fecundidad es un proceso en marcha en todos los países de la región, en una fracción no despreciable de los mismos se estaría ensanchando una brecha histórica entre zonas urbanas y rurales, pues sólo en las primeras se aprecia un cambio sostenido de los comportamientos reproductivos.

La observación anterior puede entenderse como una expresión adicional de un rasgo que puede considerarse casi axiomático para los análisis de la realidad social de América Latina y el Caribe: los países de la región comparten raíces, procesos estructurales y características básicas comunes, pero también guardan profundas diferencias entre sí. De allí que los contextos nacionales sean relevantes en la interpretación del comportamiento reproductivo observado en sus respectivas áreas urbanas y rurales. En rigor, se observan importantes diferencias del nivel de la fecundidad de los países, incluso luego de haber controlado el efecto de la zona de residencia.¹⁰ Desde luego, las improntas nacionales subyacen en las variaciones observadas entre las áreas urbanas y rurales. En algunos casos estas improntas entrañan realidades propias de las áreas rurales, las cuales, amén de estar más allá del alcance de los medios de comunicación y lejos de las instancias de participación ciudadana, utilizan técnicas de producción que requieren escaso capital humano. En otros casos, aquellas improntas se manifiestan en ámbitos rurales relativamente integrados a los procesos de cambio económico y sociocultural, lo que da lugar a un mejoramiento de las condiciones materiales de vida y a un acceso fluido a los medios para lograr una inserción socioeconómica más plena dentro del mundo contemporáneo como educación, conocimientos, información, crédito y otros.

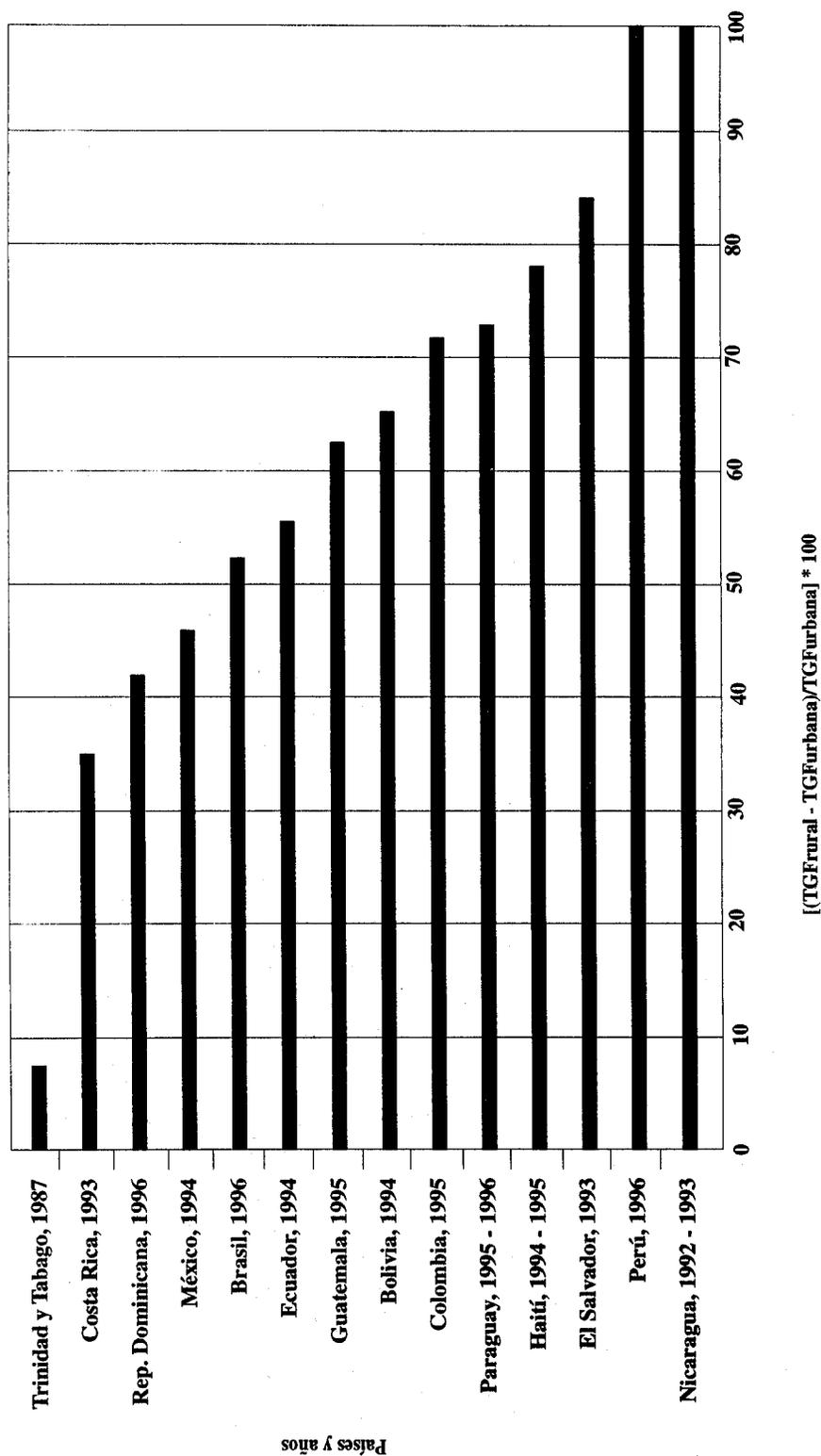
¹⁰ Las discrepancias aludidas se reflejan en coeficientes de variación de 15% para las áreas urbanas y de 20% para las rurales; aunque estos valores trasuntan una heterogeneidad nada despreciable, sus magnitudes son inferiores al coeficiente de 30% que se obtiene sin controlar la zona de residencia.

Gráfico 3
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA
URBANA, RURAL Y TOTAL NACIONAL, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y de salud (EDS).

Gráfico 4
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DIFERENCIA PORCENTUAL DE LA FECUNDIDAD SEGÚN ZONA DE
 RESIDENCIA, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Recuadro 1
EVOLUCIÓN RECIENTE DE LA FECUNDIDAD SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA EN
PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

La información reunida en los países de América Latina en que se han realizado dos o más encuestas demográficas y de salud en los últimos 12 años indica que, en general, la fecundidad ha seguido un ritmo descendente en las áreas urbanas y en las rurales. Sin embargo, esa declinación no ha presentado igual velocidad en ambas zonas de residencia. En particular, los casos nacionales en que los procesos de transición demográfica son recientes y no han calado profundo (Bolivia, Guatemala y Paraguay), el ritmo de descenso ha sido más pausado en el medio rural, donde la fecundidad continúa presentando niveles elevados. Por el contrario, en los países en que los procesos de transición demográfica han llegado a instancias más avanzadas, la tasa media anual de decrecimiento de la fecundidad ha sido más intensa en las áreas rurales que en las urbanas (Brasil, República Dominicana y Colombia).

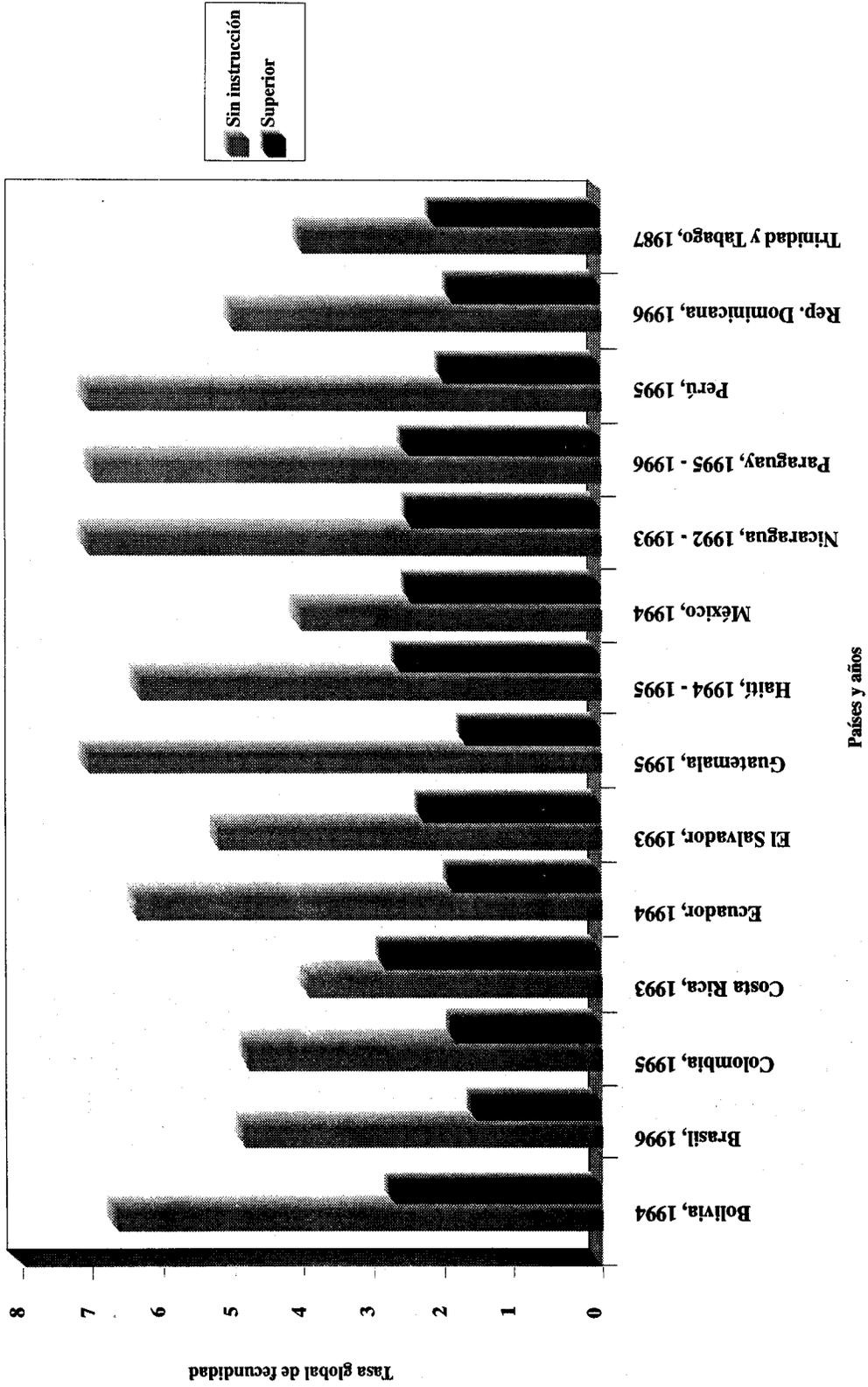
También parece desprenderse de los datos disponibles que el tránsito hacia niveles reproductivos más bajos se ha experimentado primero en el medio urbano; sólo más tarde se haría presente en las áreas rurales. Así lo sugiere el que los países con una tasa global de fecundidad urbana inferior a 3 hijos por mujer (Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana) sean aquellos en que la fecundidad rural muestra una mayor propensión al descenso que su congénere urbana. De esta misma observación se inferiría que el proceso de urbanización pudiera constituir uno de los mecanismos propiciatorios de la disminución de la fecundidad nacional.

Evolución de la tasa global de fecundidad según zona de residencia
en ocho países de América Latina, décadas de 1980 y 1990

País y años	Zona de residencia		País y años	Zona de residencia	
	Urbana	Rural		Urbana	Rural
Bolivia, 1989	4.0	6.4	Brasil, 1986	3.0	5.0
Bolivia, 1994	3.8	6.3	Brasil, 1996	2.3	3.5
Tasa de incremento	-1.0	-0.3		-2.7	-3.6
Colombia, 1986	2.8	4.9	Ecuador, 1987	3.5	5.4
Colombia, 1990	2.5	3.8	Ecuador, 1989	3.3	5.4
Colombia, 1995	2.5	4.3	Ecuador, 1994	3.0	4.6
Tasa de incremento	-1.3	-1.5		-2.2	-2.3
Guatemala, 1987	4.1	6.5	Paraguay, 1990	3.6	6.1
Guatemala, 1995	3.8	6.2	Paraguay, 1996	3.3	5.7
Tasa de incremento	-0.9	-0.6		-1.4	-1.0
Perú, 1986	3.1	6.3	Rep. Dominicana, 1991	2.8	4.4
Perú 1991-1992	2.8	6.2	Rep. Dominicana, 1996	2.8	4.0
Perú, 1995	2.8	5.6	Tasa de incremento	0.0	-1.9
Tasa de incremento	-1.1	-1.3			

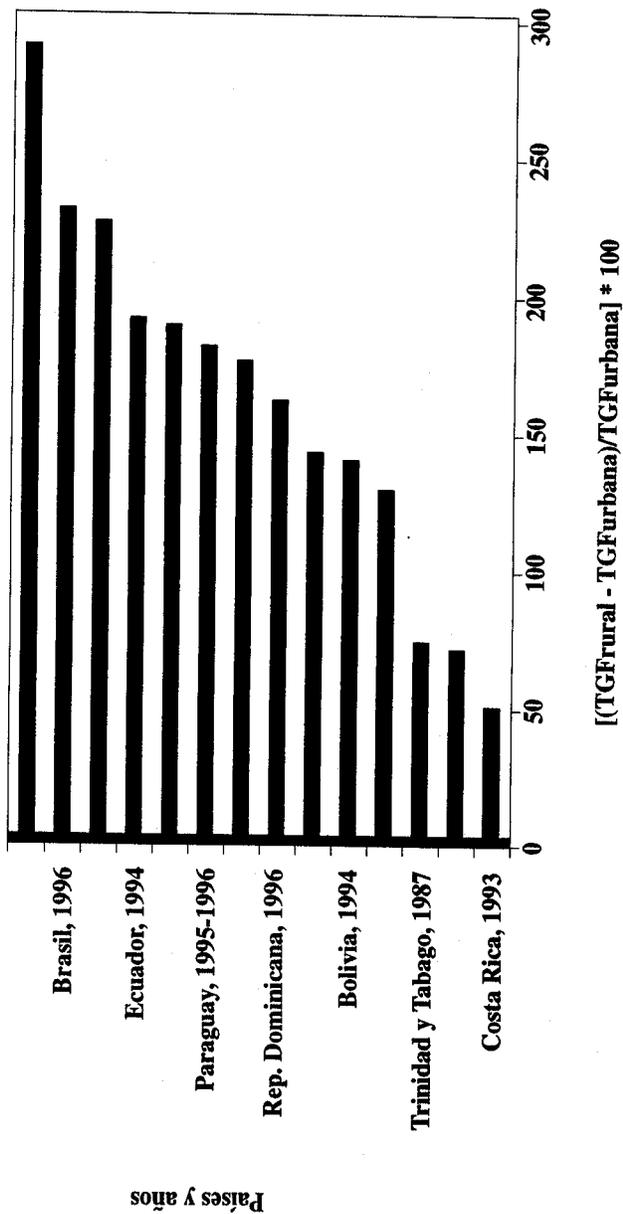
Fuente: Encuestas de demografía y salud (EDS); CELADE, sobre la base de informaciones oficiales.

Gráfico 5
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD EN GRUPOS EDUCACIONALES
EXTREMOS, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y de salud (EDS).

Gráfico 6
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DIFERENCIA PORCENTUAL DE LA TGF ENTRE MUJERES
SIN INSTRUCCIÓN Y MUJERES CON EDUCACIÓN SUPERIOR, PAÍSES SELECCIONADOS,
APROXIMADAMENTE EN 1995



Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

El *nivel educativo*, en tanto indicador de la segmentación social, constituye un factor diferenciador importante del comportamiento reproductivo, pues incide sobre los componentes económicos y socioculturales de las decisiones de las personas respecto de tener hijos. En relación con los componentes económicos de esas decisiones, el nivel educativo afecta la apreciación de las personas acerca de los costos —directos, indirectos y de oportunidad— que la paternidad o la maternidad conllevan; en el contexto contemporáneo, la educación contribuye a capacitar para el desempeño de funciones sociales que —en virtud de sus exigencias— tienden a ser incompatibles con una descendencia numerosa. En lo que atañe a los componentes socioculturales de las decisiones en materia de reproducción, el nivel educativo condiciona la inserción de las personas en el ámbito de la secularización y coadyuva a una redefinición de los criterios de racionalidad; por ende, contribuye a que los individuos evalúen, desde el ángulo de sus proyectos de vida, la compatibilidad entre tener hijos y sus expectativas de movilidad social y de trayectoria laboral. Estos elementos han sido examinados en investigaciones que usan datos de diversas fuentes; en particular, las encuestas demográficas y de salud realizadas durante la década de 1990 en varios países de América Latina y el Caribe permiten comprobar que persisten las diferencias del comportamiento reproductivo según el nivel de instrucción. A escala de los países, un mayor nivel educativo coincide sistemáticamente con una menor intensidad de la fecundidad (véanse los gráficos 5 y 6 y el cuadro 4 del anexo).

Con el propósito de ilustrar con mayor claridad las inequidades asociadas con la educación —y, de este modo, facilitar el análisis comparativo de la información disponible en las encuestas demográficas y de salud—, se ha estimado conveniente confrontar la situación de las personas ubicadas en los dos niveles extremos de educación: sin instrucción y educación superior, respectivamente. La identificación de estos dos niveles permite aproximarse a las posiciones polares de las personas en lo que concierne a su grado de integración social y a sus probabilidades de movilidad social ascendente. El examen de los datos revela en primer lugar que las diferencias entre los indicadores reproductivos de ambos conjuntos son mayúsculas y ponen de manifiesto disparidades muy superiores a las que se desprenden de la comparación según áreas urbanas y rurales.¹¹ En efecto, excluido el caso de Costa Rica, los valores de las tasas globales de fecundidad de las mujeres sin instrucción duplican con creces —y en Guatemala, triplican— los de aquellas que detentan educación superior.¹² Esa marcada discrepancia pone de manifiesto la alta fecundidad de las mujeres sin instrucción, que —a excepción del caso costarricense— tienen cinco o más hijos. Estas magnitudes tan elevadas revelan que esas mujeres han adoptado sólo marginalmente —o abiertamente no lo han hecho— las pautas reproductivas que se han ido imponiendo mayoritariamente en las sociedades latinoamericanas y caribeñas. Una fecundidad tan intensa implica que, tanto para las mujeres desprovistas de educación como para sus familias, aumentan los desafíos que deben enfrentar en materia de salud e inserción productiva. Además, es probable que tales dificultades repercutan sobre las condiciones de crianza y formación de los hijos y restrinjan su horizonte de oportunidades reales. Como contrapartida, las mujeres con un nivel alto de educación exhiben, en los 12 países para los que se dispone de información comparable, tasas globales de fecundidad inferiores a tres hijos; más aun, en cuatro de esos países, las tasas pertinentes alcanzan valores que se sitúan por debajo del nivel de reemplazo. De este modo, la combinación entre las

¹¹ Esto no significa que, la educación configure necesariamente un factor con mayor poder discriminatorio respecto de la fecundidad que la zona de residencia. Debe tenerse presente que la confrontación según el nivel de educación se realiza entre los grupos extremos (personas sin instrucción respecto de personas con educación superior) de un conjunto de categorías específicas; en cambio, la comparación según zona de residencia alude a segmentos que —si bien se excluyen mutuamente— son contiguos, poseen un alto grado de heterogeneidad interna y, en conjunto, comprenden toda la población.

¹² La situación excepcional de Costa Rica se explica, en parte, por el tipo de información disponible, que obligó a sustituir la categoría sin instrucción por la de nivel "bajo" de educación; ésta incluye tanto a las mujeres que no han asistido a la escuela como a aquellas que cuentan con educación primaria incompleta.

aspiraciones de tener una familia de tamaño reducido —con alrededor de dos hijos— y el acceso a medios para materializarlas parece haberse convertido en una norma entre las mujeres que han alcanzado un alto nivel de instrucción.

Cabe agregar que —como se indicó con relación al área de residencia— el marco nacional impone rasgos específicos a los niveles de fecundidad, aun después de controlado el efecto de la educación.¹³ Si bien está claro que la educación es una variable que tiene gran poder discriminatorio en relación con las pautas reproductivas, su influencia no puede aislarse del contexto nacional dentro del cual interviene. El agudo contraste entre las mujeres con alto nivel de educación de Paraguay y Brasil da una indicación de estas especificidades: el valor de la tasa global de fecundidad de las primeras virtualmente duplica el de las segundas. En estas circunstancias, la influencia del contexto nacional sobre el comportamiento reproductivo se hace sentir —más que por medio de los contenidos o las características de la educación— como el fruto de una constelación de factores sociales, económicos y culturales que confieren significados particulares a los usos de la educación. Por lo mismo, es improbable que la elevación del nivel de educación de la población sea una condición suficiente —aunque sí necesaria— para promover una hipotética convergencia de la fecundidad entre los países. Esta convergencia exige que, además de los progresos en materia de educación, se generen condiciones que permitan una mayor semejanza en aspectos medulares de la sociedad, que atañen a las modalidades de inserción de la población en las actividades productivas, a la equidad social y de género, a la secularización y al papel que desempeña la familia.

La escasa vinculación entre las tasas globales de fecundidad de las mujeres sin instrucción y las de aquellas con educación superior destaca la importancia del contexto nacional como factor condicionante del efecto de la educación sobre la fecundidad.¹⁴ Este hecho señala la existencia de dinámicas demográficas diferenciadas según el nivel de instrucción *en cada país*. Así, en algunos casos, las mujeres cuyo nivel de educación es elevado ostentan tasas globales de fecundidad sustancialmente bajas, inferiores a lo que cabría esperar a la luz del estado de la transición demográfica a escala nacional. Como ejemplo, se puede considerar el caso de Guatemala, país en que la transición demográfica se encuentra en una instancia inicial y las mujeres sin instrucción —una fracción importante de la población femenina— tienen, como promedio, más de siete hijos; además, diversos indicadores revelan que el desarrollo económico y social del país es más bien precario. No obstante, las mujeres guatemaltecas que han alcanzado un alto nivel de educación se distinguen por niveles de fecundidad similares a los de varios países de Europa Occidental. Si bien sería válido sostener que este comportamiento se debe a que las mujeres guatemaltecas con educación superior constituyen una minoría selecta, tal interpretación no parece tener asidero en el caso de otro país, como Paraguay, donde las mujeres con tal nivel educativo tienen una fecundidad bastante mayor; por el contrario, en algunos países en los que el acceso de las mujeres a la educación superior es algo más generalizado, como Colombia, las tasas globales de fecundidad del grupo que ha llegado a tal nivel de instrucción son similares a las detectadas en Guatemala.

¹³ El coeficiente de variación entre las TGF nacionales de las mujeres sin instrucción es similar al que se obtiene de la serie correspondiente a las mujeres con un alto nivel de educación (alrededor del 16%).

¹⁴ El coeficiente de correlación simple entre los datos nacionales de ambas series de tasas es de sólo 0.11.

Aunque los índices de fecundidad de las mujeres sin instrucción son en general elevados también muestran señales de la influencia del contexto nacional. Estos índices alcanzan magnitudes comparativamente bajas en varios países, lo que podría reflejar la irrupción de procesos de transición demográfica acelerados, como parece apreciarse en El Salvador y República Dominicana.¹⁵ Dado que en estos países las condiciones de equidad social no difieren significativamente de las que existen en otros, cabría suponer que aquella aparente aceleración de la transición demográfica —y los menores niveles de fecundidad de las mujeres sin instrucción— se derivan de la puesta en práctica de políticas y programas tendientes a reducir la fecundidad de grupos específicos de la población. Si bien estas medidas parecen haber sido efectivas —pues la fecundidad de las mujeres que carecen de educación alcanza niveles inferiores a los observados en otros países—, su alcance todavía es reducido, como se deduce de la persistencia de tasas globales superiores a cinco hijos por mujer; la mantención de las condiciones estructurales de marginalidad estimularían esta persistencia.

¹⁵ El que la tasa global de fecundidad de las mujeres sin instrucción sea menor en Haití que en otros países de transición demográfica más avanzada —como Ecuador, Paraguay o Perú— pudiera deberse a que las condiciones precarias de la salud constituyen obstáculos para una mayor fecundidad.

Recuadro 2
**COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO SEGÚN GRUPOS SOCIALES:
 LOS CASOS DE BOLIVIA, 1994, Y COLOMBIA, 1995**

Cuando se controla la educación, se atenúan las diferencias del comportamiento reproductivo entre las áreas urbanas y rurales de los países. En Bolivia, por ejemplo, las mujeres sin instrucción tienen una fecundidad muy alta en ambas zonas. Por cierto, de lo anterior no puede inferirse que la zona de residencia sea irrelevante para el comportamiento reproductivo, pues los resultados de Bolivia también dejan en claro que entre las mujeres que han accedido a la educación formal las tasas globales de fecundidad en las áreas rurales exceden sistemáticamente a las que se registran en las urbanas.

El procesamiento de las bases de microdatos de las Encuestas de Demografía y Salud permite examinar estas relaciones de manera más precisa y amplia, y poner de relieve las disparidades entre los países. En efecto, si se cotejan los casos de Colombia y Bolivia se advierte que entre las mujeres sin instrucción las diferencias urbano-rurales del comportamiento reproductivo se moderan; en Bolivia, se vuelven prácticamente nulas en relación con algunos aspectos de la conducta reproductiva. En Colombia las desigualdades se expresan más claramente en el plano del uso de anticonceptivos y, por lo mismo, en lo que se refiere a momento e intensidad de la fecundidad; en cambio, en lo que toca a actitudes y conocimientos sobre planificación familiar prácticamente no hay diferencias entre las mujeres sin instrucción urbanas y rurales.

La comparación entre los perfiles de información de Bolivia y Colombia también permite identificar la razón por la cual ambos países se encuentran en situaciones demográficas tan disímiles. En particular, las mujeres que pueden considerarse más excluidas en Colombia —las rurales sin instrucción— presentan un índice de uso de anticonceptivos modernos 20 veces superior al de sus homólogas bolivianas.

**INDICADORES DE COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE GRUPOS
 EDUCACIONALES EXTREMOS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA,
 COLOMBIA, 1995 Y BOLIVIA 1994**

	COLOMBIA			BOLIVIA		
	Rural	Urbana	Total	Rural	Urbana	Total
Porcentaje de mujeres sin instrucción que:						
tuvo su primer hijo antes de los 18 años	43.9	35.3	40.8	25.8	26.7	26.1
tuvo seis o más hijos	38.3	25.1	33.4	49.5	40.6	47.2
no deseó tener a su último hijo	48.8	37.2	46.1	62.0	62.9	62.2
conoce algún método anticonceptivo moderno ^a	98.7	97.3	98.2	35.8	66.4	44.0
usó alguna vez un método anticonceptivo moderno ^a	55.6	69.7	60.8	2.8	8.7	4.4
usa actualmente un método anticonceptivo moderno ^a	36.8	46.8	40.5	1.7	4.9	2.5
aprueba la planificación familiar	86.1	86.8	86.4	55.7	66.1	58.5
tiene necesidad de planificación familiar insatisfecha ^a	15.3	8.9	13.1	38.6	26.4	35.8
su compañero quiere más hijos que ella	22.4	21.1	21.9	15.4	13.8	15.0
Porcentaje de mujeres con instrucción superior que: ^b						
tuvo su primer hijo antes de los 18 años	5.4	4.1	4.9	4.5	6.7	6.6
tuvo seis o más hijos	0.0	0.1	0.1	0.0	1.1	1.0
no deseó tener a su último hijo	15.2	9.1	9.6	18.9	12.5	12.9
conoce algún método anticonceptivo moderno	100.0	100.0	100.0	97.9	99.9	99.8
usó alguna vez un método anticonceptivo moderno ^a	72.5	69.4	69.6	31.5	45.8	45.0
usa actualmente un método anticonceptivo moderno ^a	38.5	40.1	40.1	23.2	25.3	25.2
aprueba la planificación familiar	96.5	98.5	98.4	96.4	96.9	96.8
tiene necesidad de planificación familiar insatisfecha ^a	0.0	4.0	3.7	7.9	3.6	3.8
su compañero quiere más hijos que ella ^a	23.9	17.5	17.9	10.4	20.3	19.8

Fuente: Encuestas de demografía y salud (EDS).

^a Mujeres unidas.

^b En general, los datos sobre las mujeres con nivel de educación superior se basan en un número reducido de casos.

III. LOS CAMBIOS EN EL CALENDARIO REPRODUCTIVO: SU CONCENTRACIÓN Y EL PROTAGONISMO DE LA FECUNDIDAD ENTRE ADOLESCENTES

A. EL CAMBIO DEL CALENDARIO

El descenso de la fecundidad ha cobrado una intensidad desigual según la edad fértil de las mujeres latinoamericanas y caribeñas y, por lo común, en las etapas finales de la vida reproductiva —por encima de los 34 años de edad— se han registrado las reducciones más acentuadas. Como resultado, la fecundidad ha tendido a concentrarse entre los 20 y los 34 años, lo que habitualmente se considera positivo, pues en estas edades son menos frecuentes los riesgos de salud inherentes al embarazo y al parto. Además, dentro del prisma de las valoraciones culturales, se supone que aquellas son las edades idóneas para asumir las exigencias físicas y materiales de la procreación y la crianza: los individuos ingresan de lleno a una etapa del ciclo de vida que coincide con el término de la educación regular y la incorporación al mundo del trabajo, condiciones que facilitan el sostén económico de la crianza y aminoran los eventuales conflictos entre la tenencia de hijos y el cumplimiento de otras responsabilidades.

Como se indicó, la concentración de la fecundidad entre los 20 y los 34 años se ha producido a raíz de la declinación del aporte que efectúan las mujeres de mayor edad. En cambio, el grupo de las menores de 20 años no ha contribuido a tal concentración, pues este conjunto se ha mostrado refractario al descenso de la fecundidad; si bien, en general, las tasas específicas pertinentes han disminuido, el ritmo de descenso ha sido menor que en las demás edades. Este comportamiento se ha constituido en un motivo de preocupación para la mayoría de los gobiernos de América Latina y el Caribe, que han concordado en la necesidad de "emprender programas que ayuden a reducir la incidencia del embarazo de las adolescentes y sus consecuencias psicosociales y que favorezcan la continuidad de su proceso educativo, creando mejores condiciones para su incorporación al campo laboral y a la sociedad en su conjunto" (CEPAL/CELADE, 1996, p. 36). Asimismo, estos gobiernos se han propuesto "hacer el máximo esfuerzo por reducir la incidencia del embarazo adolescente no planeado ni deseado" (CEPAL/CELADE, 1996, p. 37). Esta preocupación nace de la convicción de que la fecundidad de los adolescentes involucra riesgos tanto para los hijos como para sus padres y sus familias.

Desde luego, el hecho de formular las observaciones anteriores no significa desconocer que las pautas de fecundidad —en particular las que atañen a las personas adolescentes— se establecen dentro de contextos socioculturales específicos. Así, en diversas etnias de la región, las normas que rigen la iniciación de la vida sexual y el ingreso a la unión marital dan lugar a que la fecundidad de los adolescentes configure un comportamiento habitual y coherente con las funciones del grupo social o la comunidad a la que pertenecen. En estas circunstancias, aunque presenta riesgos de salud, dicha fecundidad no supone vetos ni restricciones sociales; por cierto, puede transformarse en un obstáculo

para las personas que deseen o deban abandonar el ambiente de su comunidad. Sin embargo, el alto grado de concentración de la población latinoamericana y caribeña en ciudades favorece el predominio de marcos culturales asociados a estilos de vida y patrones de funcionamiento propios de una sociedad de base urbana. Dentro de este tipo de contexto resulta comprensible que la fecundidad de los adolescentes se convierta en un motivo de preocupación, pues dificulta la adquisición de las condiciones necesarias que faculten a las personas para acceder a mejores oportunidades de inserción productiva. Más aún, en las sociedades urbanas modernas la adolescencia es percibida como una etapa de transición entre instancias más definidas del ciclo de vida; dentro de este enfoque, se estima que los adolescentes no han consolidado una preparación psicológica que los habilite para enfrentar las exigencias del embarazo, el parto y la crianza.

El examen de la información disponible sugiere que los cambios en el calendario de la fecundidad han sido importantes en América Latina y el Caribe. Los datos del inicio del decenio de 1950 dejan en claro que muy cerca de un cuarto de la fecundidad total era aportada por las mujeres de 35 y más años de edad, a fines de los años noventa, ese aporte se reducía a alrededor de un 15%. La contribución de las adolescentes, que en la primera fecha representaban un tercio de la proporcionada por las mujeres de 35 y más años, en el quinquenio 1995-2000 se hace equivalente a la de estas últimas (véanse los gráficos 7 y 8 y el cuadro 5 del anexo). Dicho de otro modo, la concentración de la fecundidad entre los 20 y los 34 años, en desmedro de la participación que cabe a las mujeres de mayor edad, no ha impedido un repunte de la importancia correspondiente a las adolescentes.¹⁶ A raíz de estas modificaciones en la estructura de la fecundidad a escala de la región se ha producido un desplazamiento hacia edades más tempranas; la cúspide se trasladó desde el grupo de 25 a 29 años al de 20 a 24 años. Este último fenómeno parece ser un rasgo singular de la fecundidad de América Latina y el Caribe; en otras regiones del mundo el descenso de los niveles reproductivos ha ocasionado una concentración entre los 25 y los 34 años, que se explica por las incompatibilidades entre la maternidad y las crecientes exigencias educacionales y laborales experimentadas por las mujeres.¹⁷

¹⁶ Como la fecundidad ha disminuido en todos los grupos de edad, este repunte debe interpretarse como un aumento del porcentaje de la fecundidad de las adolescentes en relación con el total.

¹⁷ Está dentro del ámbito de lo posible —y, tal vez, de lo probable— que estas exigencias se presenten en el futuro también en los países de la región. Cabría suponer, entonces, que la eventual trayectoria futura de la fecundidad se aleje de las tendencias actuales y que, en su reemplazo, emerjan nuevas modalidades de distribución de la fecundidad según la edad. Desde luego, éste es un campo fértil para especulaciones sobre las interacciones del cambio social y las conductas reproductivas.

B. TENDENCIAS DE LA FECUNDIDAD ENTRE ADOLESCENTES

En el conjunto de América Latina y el Caribe, el nivel de la fecundidad de las adolescentes ha disminuido a un ritmo ostensiblemente menor que el registrado por las mujeres de las demás edades fértiles.¹⁸ A raíz de esta evolución desigual, la contribución de la maternidad de las adolescentes a la fecundidad total se incrementó de poco más del 8% en el quinquenio comprendido entre 1950 y 1955 a cerca del 14% en el último lustro del siglo XX. Incluso, en países que han tenido trayectorias demográficas distintas, el comportamiento reproductivo de las adolescentes ha mostrado una inclinación contraria a la tendencia general a la baja de la fecundidad. En el Caribe de habla inglesa la evolución de la fecundidad de las adolescentes ha sido particularmente compleja: hasta la segunda mitad de la década de 1970 presentó altibajos, posteriormente se redujo de una manera sostenida y en los últimos 15 años adoptó un ritmo de disminución similar al observado entre las mujeres de las demás edades fértiles; sin embargo, como el efecto neto final ha sido un aumento del aporte de las adolescentes a la fecundidad social, este tema mantiene su carácter de problema social y de salud prioritario en los países caribeños (Boland, 1997).¹⁹

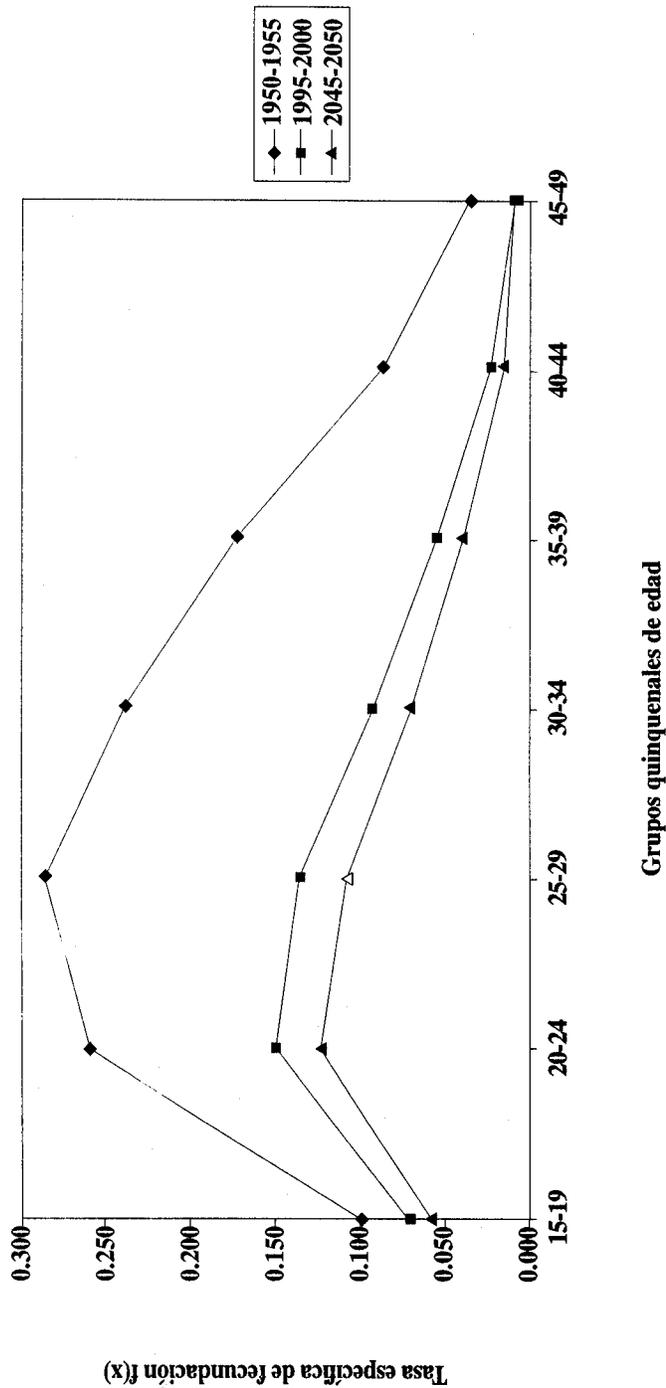
Aunque las tasas de fecundidad de las adolescentes de Brasil han sido inferiores al promedio regional, entre los quinquenios de 1980-1985 y 1990-1995 se produjo un aumento que —si bien leve— ha ido en detrimento del rumbo descendente detectado desde fines de los años sesenta. Como no se tiene certeza acerca de los factores que habrían contribuido a esta aparente reversión de la tendencia, puede pensarse en un hecho coyuntural y no en un cambio efectivo de comportamiento de algunos grupos de la población. Otro fenómeno de incremento de la fecundidad de las adolescentes, que se registró en Argentina entre la década de 1960 y la segunda mitad de la de 1980, parece haber sido un episodio transitorio, pues en los años noventa ha comenzado a insinuarse una declinación. Diferente ha sido la experiencia de la trayectoria seguida por la fecundidad de las adolescentes en Cuba: después de haber registrado uno de los niveles más bajos de la región en 1950, sufrió una franca escalada hasta principios del decenio de 1970, llegando a cifras superiores a las de países con muy alta fecundidad; tras este ascenso ha tendido a bajar, pero con un ritmo menor que el de la fecundidad total. Como resultado, a comienzos de la década de 1990 el nivel de la fecundidad de las adolescentes cubanas es similar al registrado 40 años antes; en este lapso, la tasa global de fecundidad del país se redujo a un tercio del valor inicial.

La interpretación de las fluctuaciones experimentadas por la fecundidad de las adolescentes se ve dificultada por la necesidad de prestar atención a numerosos factores vinculados con cambios de comportamientos que tienen un alto grado de especificidad; la ausencia de antecedentes idóneos puede originar imágenes erróneas. Por ejemplo, podría imputarse el aumento registrado en Cuba entre 1960 y 1980 a una combinación de una educación sexual deficitaria y un escaso uso (y conocimiento) de medios anticonceptivos. Sin embargo, en Cuba existe un amplio programa de enseñanza formal sobre sexualidad y reproducción abierto a todas las personas, en especial las adolescentes; además en éste hay una oferta oficial de métodos de regulación de la fecundidad.

¹⁸ La tasa específica de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años descendió de 100 por mil a principios de la década de 1950 a 73 por mil a fines de los años noventa; en cambio, durante ese mismo período, la tasa del grupo de 25 a 29 años —que era la más elevada en el decenio de 1950— disminuyó de 289 por mil a 137 por mil y la del grupo de 20 a 24 años —la más alta en la década de 1990— se redujo de 264 por mil a 152 por mil.

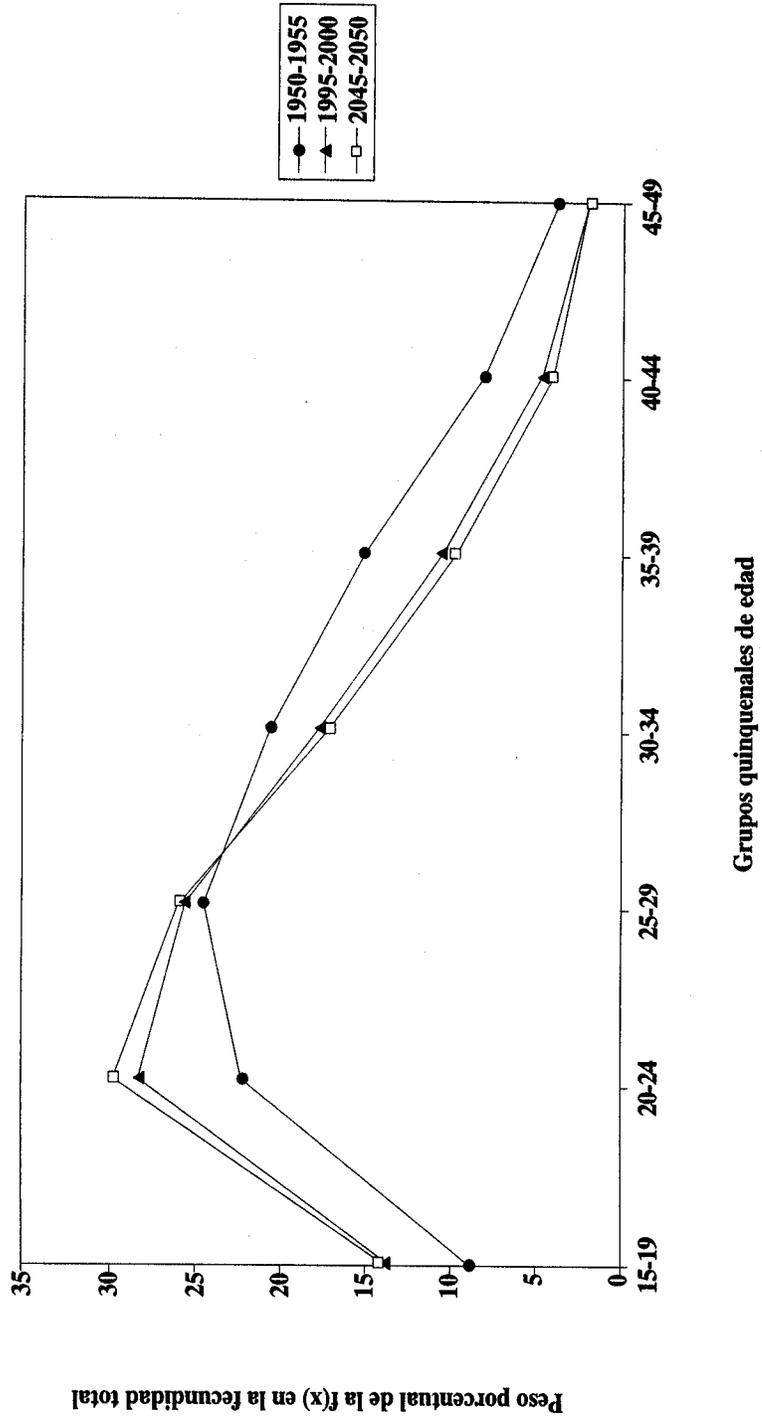
¹⁹ Según Boland (1997, p. 58) “las tasas de fecundidad de las adolescentes en los países del Caribe, aunque han disminuido, siguen siendo extraordinariamente elevadas. Actualmente, la fecundidad de las adolescentes es un poco menor que la que registraron sus padres durante su adolescencia en el decenio de 1950”.

Gráfico 7
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD,
 1950-1955, 1995-2000 Y 2040-2050



Fuente: CELADE, sobre la base de estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Gráfico 8
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ESTRUCTURA DE LA FECUNDIDAD, 1950-1955, 1995-2000 y 2045-2050



Fuente: CELADE, sobre la base de estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Las especificidades de la fecundidad en la adolescencia deben entenderse tanto en virtud de elementos presentes en la sociedad en su conjunto como en los propios adolescentes. Entre los primeros se encuentran las reticencias, institucionales y del ámbito familiar, para aceptar que se trata de sujetos sexualmente activos. Como ejemplos de los elementos propios de los adolescentes pueden mencionarse: la percepción de la fecundidad como un expediente para independizarse del hogar, una relativa despreocupación por las consecuencias de sus actos durante esta etapa de la vida, el reforzamiento de identidades aún no suficientemente consolidadas. Dadas las particularidades que distinguen a la fecundidad entre los adolescentes, las intervenciones que se diseñen con el propósito de prevenirla no deben ser una simple réplica de los programas de salud reproductiva disponibles para las personas de otras edades. Los componentes de educación, fomento de la responsabilidad y fortalecimiento de la personalidad son claves para que sus decisiones y conductas en el plano sexual y reproductivo no se traduzcan en embarazos no deseados, enfermedades de contagio sexual o abortos. Así lo han convenido los gobiernos de la región, al establecer que es necesario: "diseñar y adoptar modelos de atención integral de la salud reproductiva de los adolescentes, que incluyan componentes de educación en población y planificación familiar y se adecuen al contexto sociocultural en el que se desarrollan" (CEPAL, 1996, p. 35).

C. DIFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS DE LA FECUNDIDAD DE LAS ADOLESCENTES

La discriminación del comportamiento reproductivo de los adolescentes según variables que reflejan la segmentación del mundo socioeconómico hace patentes grandes diferencias, que muestran semejanzas y disparidades con las advertidas en el análisis de las variaciones de la tasa global de fecundidad. Un primer criterio de discriminación es la *zona de residencia*, representada por la dicotomía urbano-rural. Como en el caso de la fecundidad total, el nivel reproductivo de las adolescentes rurales supera al de sus congéneres urbanas en todos los países para los que se dispone de información comparable reciente en las encuestas demográficas y de salud. Aunque la magnitud de esta diferencia varía desde el 47% (Ecuador) al 153% (Perú), en la mayoría de los países se ubica entre el 50% y el 80% (véanse los gráficos 9 y 10 y el cuadro 8 del anexo).

La sistemática diferencia urbano-rural permite poner en tela de juicio —por lo menos en parte— el argumento de la "libertad sexual" como factor explicativo de la relativa resistencia al descenso que muestra la fecundidad de las adolescentes. Es altamente probable que esa "libertad" haya tenido lugar, de modo más general, en los contextos urbanos, expuestos —casi por antonomasia— a los cambios en favor de la secularización y a una mayor permisividad en los usos y costumbres. Por tanto, si se aplicase el argumento mencionado, la fecundidad debería ser más elevada entre las adolescentes urbanas; sin embargo, el signo de las diferencias encontradas es claramente incoherente con aquella tesis.²⁰

²⁰ Con esta observación no se pretende discutir la validez del argumento en su sentido genérico, sino su aplicabilidad para explicar la renuencia al descenso de la fecundidad de las adolescentes. En rigor, es concebible que en el mundo contemporáneo exista una mayor "libertad sexual" que en tiempos pasados —como también es posible que sea más acentuada en el medio urbano que en el rural—, pero de ello no se colige que deba expresarse en la reproducción.

Recuadro 3

FECUNDIDAD ENTRE LAS ADOLESCENTES DEL CARIBE: EJEMPLO DE UN PROGRAMA DIRIGIDO A MITIGAR SUS CONSECUENCIAS

Aunque la fecundidad entre las adolescentes de los países del Caribe ha descendido, en particular desde 1980, sus tasas siguen elevadas en comparación con las que se registran en los países de mayor desarrollo. La fecundidad en esta etapa de la vida trae consigo diversas repercusiones negativas que se hacen manifiestas en la subregión. Entre estas repercusiones pueden señalarse:

Deserción escolar: en 1987, alrededor de un tercio de las jóvenes de 13 a 24 años que asistían a centros de enseñanza se embarazó y un 81% de ellas abandonó los estudios después de dar a luz; cabe destacar que tres de cada cuatro de estos nacimientos fueron no deseados.

Riesgos para la salud: la maternidad de las adolescentes, por la falta de madurez fisiológica de las madres, conlleva riesgos de morbilidad y mortalidad materno-infantil. Si bien, como apuntan diversos estudios, el efecto de esta restricción fisiológica tendería a disminuir entre las madres mayores de 16 años, las condiciones precarias de vida que suelen afectar a las madres de edades adolescentes siguen constituyendo factores de riesgo para la salud.

Pobreza: dado que los nacimientos de madres adolescentes son más frecuentes en contextos de bajo nivel de instrucción y desempleo, es muy probable que, en importante proporción, esa reproducción sea, a la vez, un factor que contribuye a perpetuar la pobreza y una consecuencia de ella; en estas condiciones, la maternidad de las adolescentes puede significar una carga tanto para las familias —que deben asumir el sostén financiero de los hijos— como para el Estado, que debe proporcionar subsidios de salud, alimentarios y de vivienda.

Dadas las desfavorables consecuencias de la maternidad en la etapa de la adolescencia —que afectan primordialmente a las madres y a sus hijos—, los gobiernos de la subregión reconocen la importancia de medidas que permitan ir reduciendo ese fenómeno. Sin embargo, el logro de este propósito se ve dificultado, entre otros factores, por una tradición de temprana iniciación sexual y por una fuerte resistencia de los adolescentes al uso de anticonceptivos.

No son muchos los programas públicos dirigidos a paliar las consecuencias negativas de la fecundidad de las adolescentes, sin embargo hay uno que ha sido particularmente exitoso: el Programa del Centro Femenino de Jamaica (*Jamaica Women's Centre Programme*), creado en 1978 con el objetivo de ayudar a las jóvenes embarazadas para que continuaran su educación, reingresaran al sistema educativo después del parto o se incorporaran al mundo laboral en condiciones menos desventajosas. Una evaluación realizada a comienzos de los años noventa indicó que alrededor del 55% de las estudiantes que quedaron embarazadas y participaron en las actividades del Centro logró reiniciar sus estudios; en cambio, en el grupo control la proporción se redujo al 15%. Además, se observó que sólo el 15% de las egresadas del Centro había tenido un nuevo embarazo al cabo de tres años, reincidencia que comprendió al 39% de las jóvenes del grupo control. Por último, también se verificó que los salarios percibidos por las madres adolescentes egresadas del Centro que se encontraban trabajando eran superiores a los devengados por sus contrapartes del grupo control.

Fuente: Barbara Boland, *Dinámica de la población y desarrollo en el Caribe*, Cuaderno de la CEPAL (LC/G.1879-P, LC/DEM/G.171), Santiago de Chile, 1977, pp. 67-69.

Si la mayor "libertad sexual" de las adolescentes urbanas no redundaba en una maternidad más elevada, la discusión sobre los factores que afectan su fecundidad debería trascender la restringida esfera de la actividad sexual. Por lo demás, es razonable suponer que a los jóvenes del medio urbano les resulta más factible —tanto por la existencia de un marco sociocultural favorable como por sus posibilidades de acceso más fluidas al conocimiento y uso de los medios pertinentes— disociar la actividad sexual de la procreación. A la postre, en ausencia de condiciones que faciliten esa disociación, no es extraño que las jóvenes rurales —en particular, si las normas culturales imperantes propician las uniones a una edad temprana— exhiban mayores índices de fecundidad.

Otra forma de considerar las diferencias urbano-rurales de la fecundidad de las adolescentes consiste en estimar su participación como componente de la fecundidad total en cada una de esas áreas. En cinco países —de los 12 para los que se dispone de datos— el aporte del componente adolescente a la fecundidad total es menor en el medio urbano que en el rural. En cuatro de estos países —Brasil, Colombia, Costa Rica y República Dominicana— es posible que el uso de medios anticonceptivos esté también difundido entre los adolescentes urbanos.

Un indicador adicional para examinar las diferencias de la fecundidad entre las jóvenes urbanas y rurales es la proporción de éstas que, al momento de las encuestas demográficas y de salud, tenía experiencia reproductiva.²¹ Además de confirmar que es elevada la proporción de la fecundidad correspondiente a las adolescentes de América Latina y el Caribe, las cifras señalan que en las áreas rurales de todos los países —con la excepción de Haití— una o más de cada cinco mujeres ha tenido su primer hijo antes de cumplir los 20 años de edad (véanse los gráficos 11 y 12 y el cuadro 9 del anexo). Aunque algo menor, la incidencia de este fenómeno en el medio urbano de la mayoría de los países alcanza al 15% o más de las adolescentes. Sobresale el caso de Nicaragua, donde una cuarta parte de las mujeres urbanas y cuatro de cada 10 rurales han procreado durante la adolescencia.

Las elevadas proporciones de jóvenes con experiencia reproductiva significan interrupciones de las trayectorias educativas que van en desmedro del fortalecimiento de los recursos humanos y entrañan serios riesgos de vulnerabilidad social. También es dable destacar la considerable brecha urbano-rural que se observa en Perú y que parece obedecer tanto a los fuertes rezagos socioculturales como a las precarias condiciones materiales de vida de las zonas rurales del país.

Los antecedentes mencionados confirman, de manera reiterada, que la fecundidad de las adolescentes es un hecho particularmente frecuente en las zonas rurales de América Latina y el Caribe. Esto es indicativo de severas insuficiencias e inequidades en materia de servicios de salud reproductiva, en especial en lo que atañe a sus componentes de educación sexual y planificación familiar. Si bien pudiera ser alentador que la fecundidad de las adolescentes se haya reducido levemente en las áreas urbanas de la región, no debe perderse de vista que las tasas pertinentes son todavía elevadas en comparación con los valores de los países más desarrollados. En general, la urgencia que reviste la aplicación de políticas dirigidas a prevenir la fecundidad entre los adolescentes —urbanos y rurales— no se funda en un juicio sobre su nivel, sino en las limitaciones y obstáculos que este fenómeno conlleva para la ulterior inserción social de los jóvenes; además de los riesgos de índole biológica ya mencionados, la fecundidad puede convertirse en un factor de restricción de las oportunidades sociales y económicas de los adolescentes. La misma percepción que los jóvenes tienen de estos riesgos parece ser válida en el caso del elevado porcentaje de concepciones que ocurren antes de los veinte años de edad y que se declaran como no deseadas.

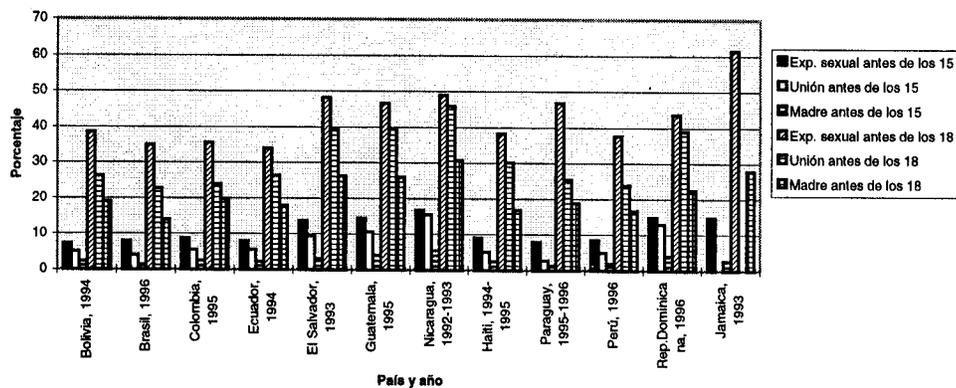
²¹ Las adolescentes con experiencia reproductiva son aquellas que en la encuesta declararon ser madres o estar embarazadas.

Recuadro 4
FECUNDIDAD EN LA TEMPRANA ADOLESCENCIA Y LA PUBERTAD

Las repercusiones negativas de la fecundidad en edades tempranas suelen ser enfrentadas de manera diferente según el estrato social al que pertenecen las adolescentes y púberes. Por cierto, en los grupos sociales acomodados es mayor la probabilidad de encarar los efectos más perjudiciales del fenómeno; en cambio, en los grupos pobres tienden a acrecentarse las dificultades, muchas de ellas propias de la exclusión social —entre otras, la deserción escolar por motivos económicos— que, como tales, son previas al embarazo. No sería extraño que, en circunstancias extremas de marginalidad social, algunas adolescentes perciban que "sólo tienen un proyecto de vida posible: la maternidad" (Pantelides, 1996, p. 244). En todo caso, estas especificidades no impiden reconocer que —en el ámbito de la sociedad actual— la maternidad en edades tempranas constituye un problema, que afecta a los progenitores, sus descendientes y la comunidad. Por lo general, cuanto más precoz es la maternidad tanto mayor es la complejidad del problema, en especial por los riesgos que conlleva, como lo pone de manifiesto la secuela de complicaciones para la salud maternoinfantil que se desprende de la fecundidad antes de 18 años de edad.

La fecundidad precoz es un reto de la mayor importancia para la salud reproductiva en América Latina y el Caribe. En varios países más de un quinto de las mujeres menores de 18 años son madres; en Nicaragua esta proporción llega al 30% de ellas (véase el gráfico adjunto). La información disponible indica la existencia de una estrecha asociación entre la proporción de madres precoces y la incidencia de la unión en edades tempranas, incluso bastante antes de los 18 años. Esta situación alerta sobre la gran escala social que asumen las repercusiones de la reproducción entre personas tan jóvenes, pues muchas de ellas ven tronchadas sus trayectorias educacionales y, por ende, no pueden adquirir la calificación necesaria para escapar de una inserción laboral precaria y mal remunerada. Dentro de ambientes familiares afectados por estas limitaciones, las oportunidades para los hijos también tienden a cercenarse. Dadas estas condiciones, la formación de "proyectos de vida" personales se ve severamente restringida y la sociedad en su conjunto, despojada de recursos humanos idóneos para incrementar su potencial económico, tiende a mantener sus rezagos de desigualdad.

PRIMERA EXPERIENCIA SEXUAL, PRIMERA UNIÓN Y PRIMER HIJO ANTES DE LOS 15 Y ANTES DE LOS 18 AÑOS: PORCENTAJE DE LAS MUJERES DE ENTRE 20 Y 49 AÑOS, PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Fuente: Encuestas EDS.

¿Qué se puede hacer para prevenir la fecundidad antes de los 18 años? Tal vez lo primero sea lograr un reconocimiento consensual acerca de su existencia y de la necesidad de evitarla. Después cabría diseñar y ejecutar programas orientados —de manera explícita y deliberada— a conseguir el objetivo de evitarla. Para lograr que esas intervenciones sean pertinentes será menester que se preste una adecuada consideración al contexto sociocultural en que se manifiesta esa fecundidad. Por ejemplo, en varias sociedades las bases culturales sobre las cuales se asienta la fecundidad precoz forman parte de identidades étnicas, con todo un caudal de usos, costumbres y tradiciones, que fortalecen estrategias históricas de supervivencia; en estas situaciones la reducción de esa fecundidad será un desafío extremadamente complejo, que exigirá estudios especiales y formas novedosas de participación de las comunidades.

Dado que buena parte de la fecundidad precoz tiene sus raíces en las categorías estructurales de pobreza y marginación, su prevención podría intentarse por medio de programas dirigidos a dos de las fuentes más directas y centrados en ellas: las uniones nupciales a temprana edad y la actividad sexual sin el uso de anticonceptivos. Como muchas adolescentes de los estratos pobres no asisten a la escuela, los programas de información y educación deberían aplicarse en el ámbito de las unidades residenciales, procurando ampliar los horizontes de las púberes para evitar que su condición de marginadas las lleve a "unirse o ser madres cuanto antes". En estos programas es necesaria la participación de la familia y, en particular, de las madres; una reciente investigación realizada en Buenos Aires concluye que las mujeres más pobres —con poca educación y cuya fecundidad es elevada— y sus hijas deben ser "la primera prioridad en la focalización de políticas y programas. ... es importante enseñar a las madres que sus propios actos dirigidos al cuidado de sí mismas y al cuidado de las hijas tendrán mayores resultados que los consejos abstractos" (Geldstein e Infesta, 1997, p. 21).

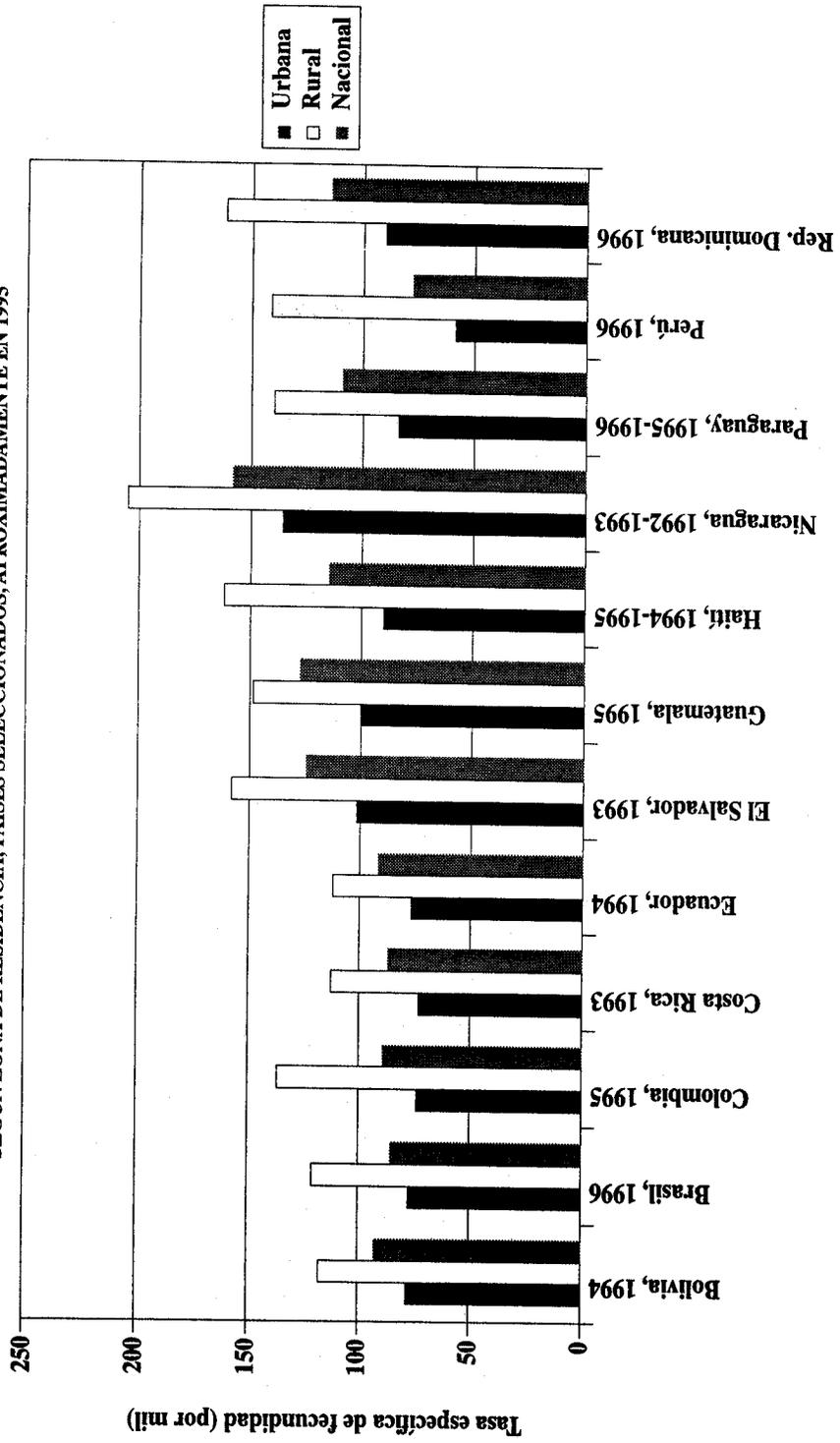
No debe descartarse que otro componente de la fecundidad precoz se asocia a una mayor permisividad sexual sin que se adopten resguardos. Frente a esta situación es probable que la escuela y los medios de comunicación sean vías apropiadas para promover una conducta sexual responsable, pues las pautas de nupcialidad suelen definirse para edades más tardías. Las reuniones dedicadas a discutir abiertamente la sexualidad entre púberes y adolescentes pueden ser efectivas, sea para evitar el temprano inicio de la vida sexual o para que tomen medidas de resguardo. Sin duda las madres y los padres, dada su importancia como figuras de referencia, deben incorporarse en estos programas, participando en las conversaciones indicadas y cumpliendo actividades complementarias de refuerzo.

Fuente: Rosa Geldstein y Graciela Infesta, *Las dos caras de la moneda: la salud reproductiva de las adolescentes en la mirada de las madres e hijas*, Centro de Estudios de Población y Sociedad (CENEP), Buenos Aires, documento presentado a las Cuartas Jornadas Argentinas de la Población, 17 al 19 de septiembre de 1997, Resistencia, Argentina, 1997. E Pantelides, "Adolescentes, sexualidad y salud reproductiva", *Salud reproductiva, nuevos desafíos*, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto de Estudios de Población (IEPO). Programa de Salud Reproductiva (PROSAR), Lima, Perú, marzo de 1996.

Con el propósito de profundizar en el tema de las inequidades del comportamiento reproductivo de las adolescentes, se considera —como segundo criterio de discriminación— el nivel educativo. En este caso se utiliza la información sobre experiencia reproductiva al momento de la realización de las encuestas demográficas y de salud en ocho países de la región y, para permitir la comparación de los datos, las jóvenes entrevistadas se distribuyen entre dos categorías: las que carecen de instrucción y aquellas que cuentan con algún grado de educación. De la confrontación surgen —como en el examen de la fecundidad total— diferencias más marcadas que las deducidas del contraste según área de residencia. En efecto, los porcentajes de adolescentes con experiencia reproductiva que no tienen instrucción duplican —y hasta triplican— las cifras de las que poseen alguna educación (véanse los gráficos 13 y 14 y el cuadro 10 del anexo). La disparidad entre ambas categorías es lo suficientemente amplia como para sugerir que la educación formal contribuye a la prevención de la maternidad de las mujeres menores de 20 años. Sin embargo, también es claro que el acceso a la educación no es condición suficiente como para impedir la fecundidad entre las adolescentes.²²

²² A mayor abundamiento, cabe añadir que una fracción de las jóvenes que han alcanzado niveles superiores de enseñanza formal son madres. Si esta situación se presenta aun entre los segmentos más privilegiados de la sociedad, parece necesario que en la definición de políticas dirigidas a la prevención de la fecundidad adolescente se reconozca la existencia de grupos en condiciones de riesgo en todas las capas sociales.

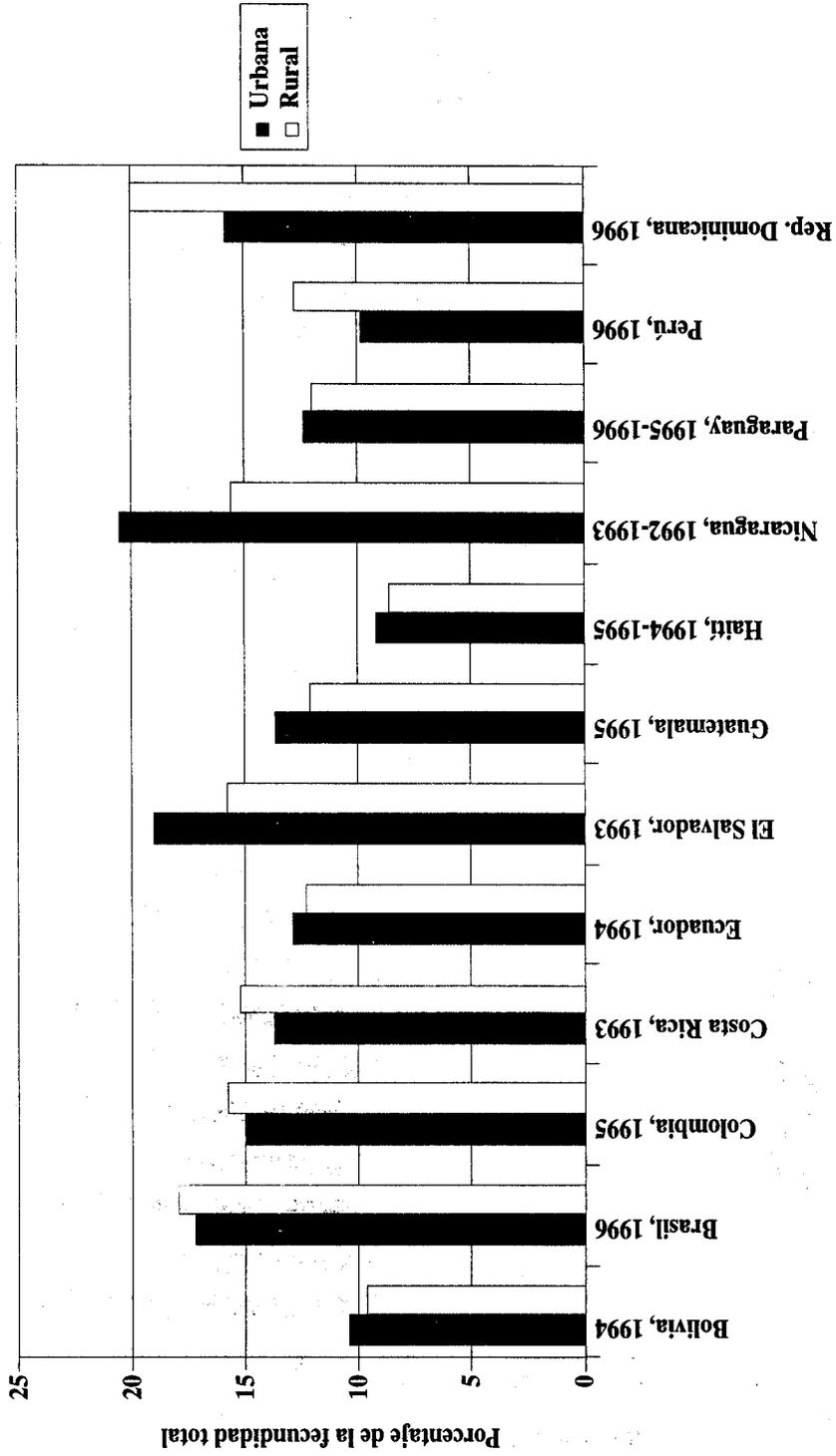
Gráfico 9
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE (15 A 19 AÑOS)
SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Países y años

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Gráfico 10
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: FRACCIÓN QUE REPRESENTA LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE DENTRO DE LA FECUNDIDAD TOTAL, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995

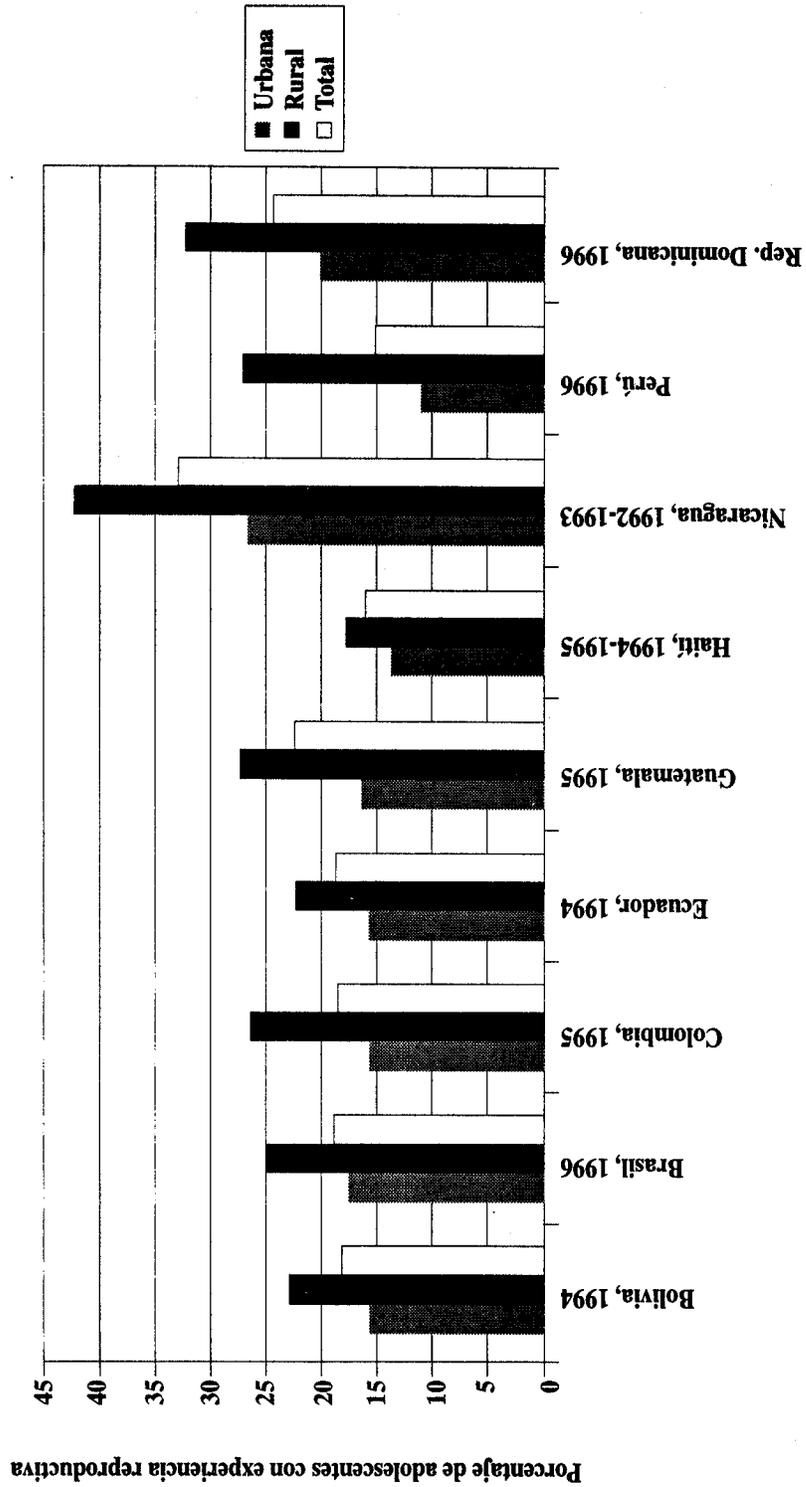


Países y años

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Uno de los resultados de este examen es que en cuatro países —de los ocho para los que se dispone de información comparable— más de la mitad de las menores de 20 años que carecen de instrucción son madres. Esta constatación apunta a una de las expresiones más pertinaces del fenómeno de la transmisión intergeneracional de la pobreza. Dado que las mujeres excluidas de la enseñanza formal —concebida como un mecanismo coadyuvante de la equidad— comienzan su historia reproductiva a edades muy tempranas, su marginación social tiende a perpetuarse y, por lo mismo, es muy probable que redunde en la perpetuación de esa condición entre sus hijos. Tan elevada incidencia de la maternidad entre las jóvenes sin educación pone también en claro otro hecho: la resistencia a disminuir que muestra la fecundidad de las adolescentes en los países de América Latina y el Caribe se explica en importante medida por el comportamiento de las mujeres más desprovistas de medios para conseguir una inserción plena en la sociedad. Estas observaciones llevan a reafirmar el problema social que trae consigo el embarazo de las adolescentes; por tanto, su prevención exige el diseño de políticas que, amén de proporcionar servicios de salud reproductiva, abarquen esferas más amplias de la vida de las personas.

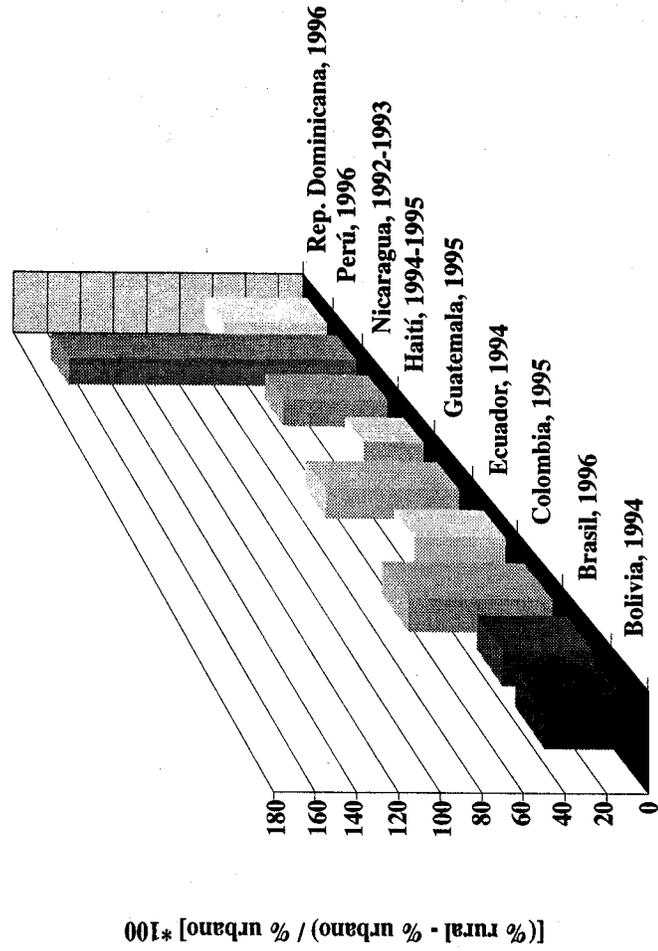
Gráfico 11
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE ADOLESCENTES CON EXPERIENCIA REPRODUCTIVA
 SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y TOTAL NACIONAL, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Países y años

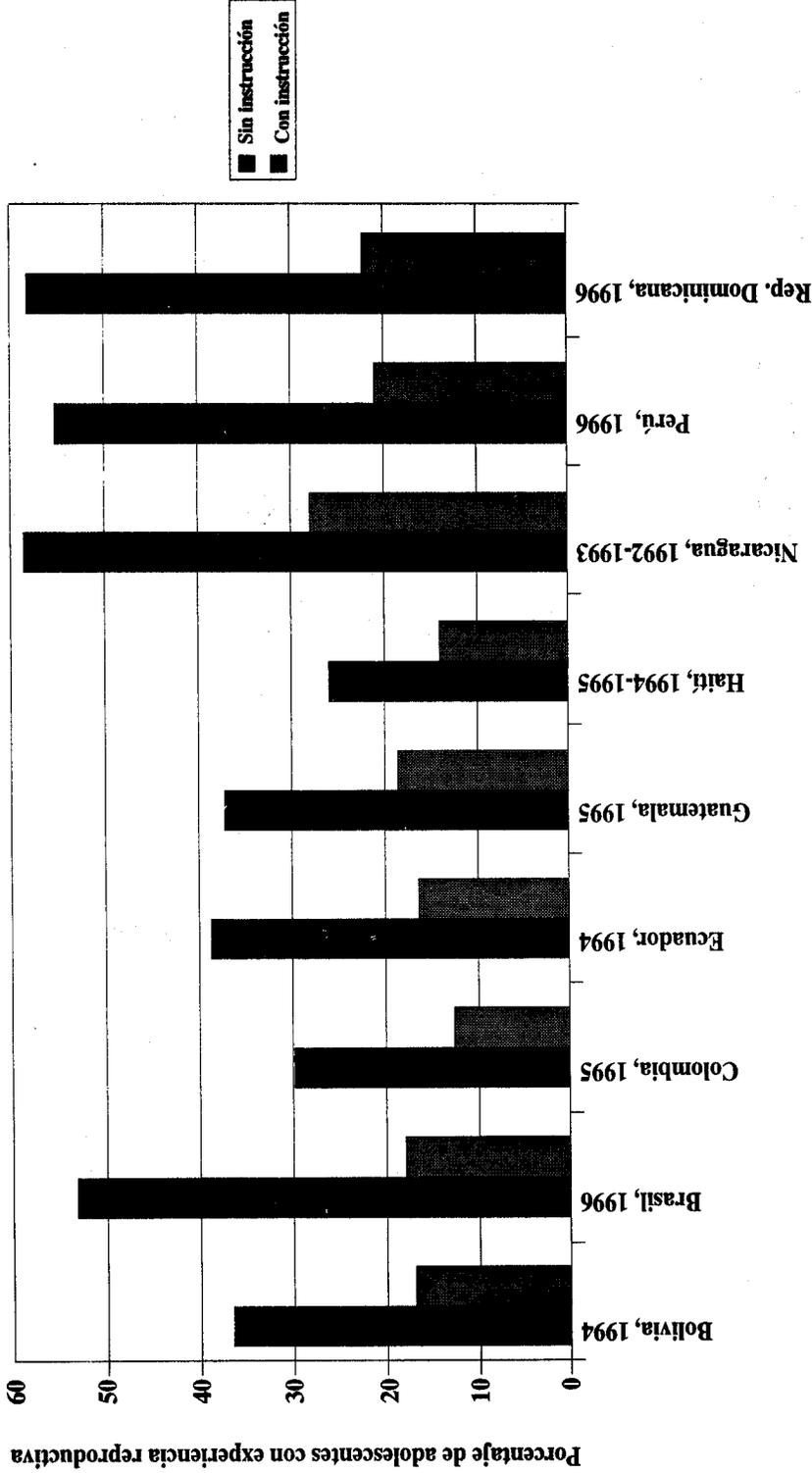
Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Gráfico 12
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EXPRESIÓN PORCENTUAL DE LAS DIFERENCIAS ENTRE ZONAS RURALES Y URBANAS EN CUANTO A LOS ADOLESCENTES CON EXPERIENCIA REPRODUCTIVA, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

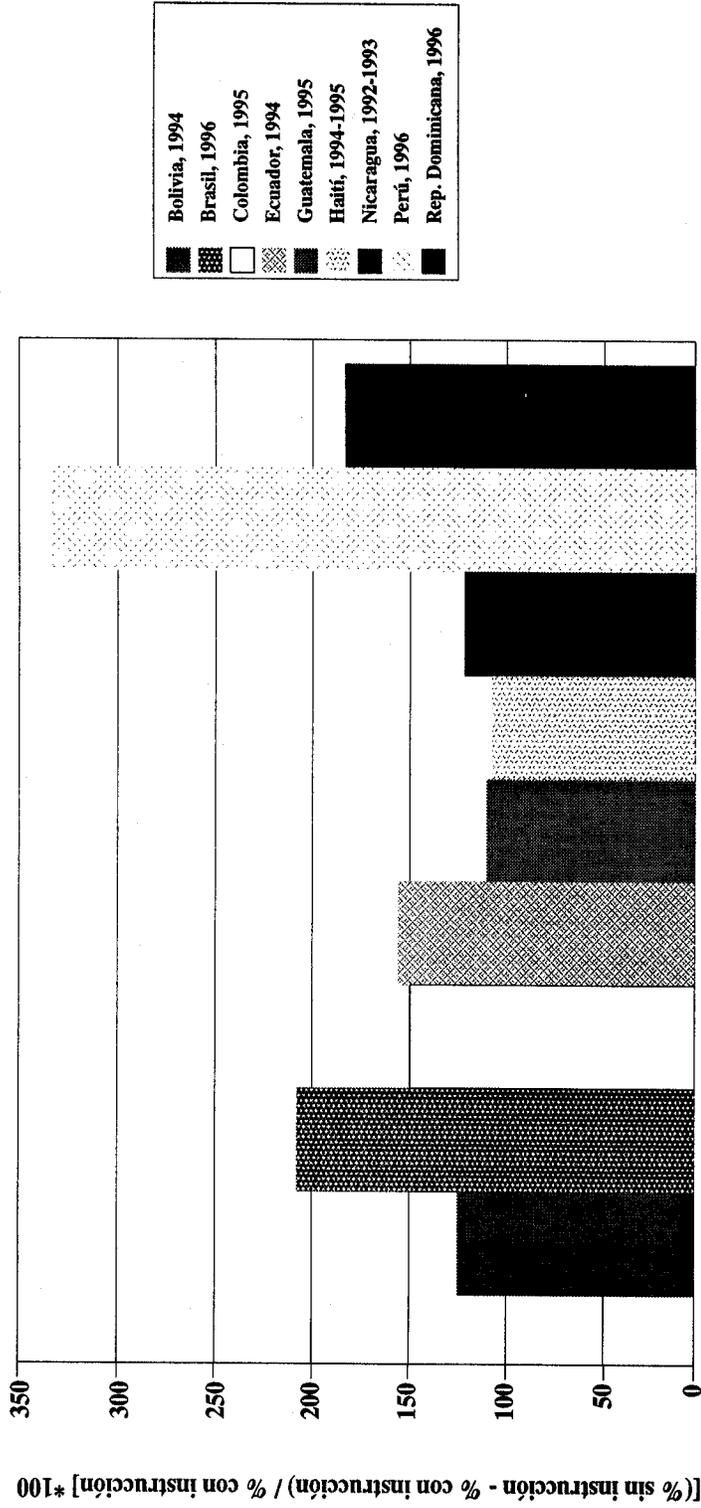
Gráfico 13
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE ADOLESCENTES CON EXPERIENCIA REPRODUCTIVA SEGÚN CONDICIÓN EDUCATIVA, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Países y años

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Gráfico 14
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE ADOLESCENTES CON EXPERIENCIA REPRODUCTIVA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Diferencia porcentual de la experiencia reproductiva durante la adolescencia entre mujeres sin y con instrucción

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

IV. IDEALES REPRODUCTIVOS Y FECUNDIDAD NO DESEADA

El examen de los niveles y tendencias de la fecundidad —objeto de las secciones anteriores— ha permitido identificar importantes diferencias entre los países de América Latina y el Caribe y ha dejado en claro que gran parte de estas diferencias obedece a la marcada heterogeneidad del comportamiento reproductivo dentro de los respectivos contextos nacionales. Como se deduce del análisis de las disparidades según zona de residencia y nivel educativo de las personas, aquella heterogeneidad expresa los efectos de agudas y persistentes inequidades sociales, cuya interpretación quedaría incompleta si no se hiciera referencia a las percepciones que las propias personas y parejas tienen acerca de sus opciones, expectativas y aspiraciones. Con tal propósito, en esta sección se vuelve a hacer uso de la información emanada de las encuestas demográficas y de salud reproductiva, referida tanto al número de hijos que los individuos entrevistados aspiran a tener como a la fecundidad que se aleja de sus expectativas reproductivas.²³

Dentro de un contexto societario dado, el número medio de hijos que aspiran procrear las personas puede entenderse como representativo de la "cultura reproductiva" imperante; por tanto, ese número se conseguiría con una cobertura universal de los servicios de planificación familiar y un uso adecuado —y no menos universal— de medios eficaces para obviar las concepciones. Por cierto, las intenciones reproductivas que se reflejan en las declaraciones sobre el tamaño deseado de familia forman parte de proyectos de vida que, como tales, son afectados por las exigencias y restricciones impuestas por el medio social; en tal sentido, el número deseado de hijos no es inmutable a lo largo del ciclo de vida de las personas. A su vez, las discrepancias que surgen entre el número medio de hijos que se desea procrear y el de la fecundidad observada configuran una imagen de fecundidad no deseada.²⁴ Esta noción puede comprenderse, de un modo esencialmente intuitivo, como la expresión de una demanda insatisfecha de medios de prevención de la fecundidad.

A. IDEALES REPRODUCTIVOS

Uno de los hallazgos más sistemáticos de las encuestas sobre fecundidad es que la fecundidad observada en los países de América Latina y el Caribe tiende a exceder la que se derivaría del número medio de hijos deseados. Además, esas encuestas han encontrado que aquel promedio presenta una relativa homogeneidad entre los países; así, los datos más recientes indican que las preferencias reproductivas expresadas por las mujeres oscilan entre un máximo de 3.6 hijos —en Guatemala y Paraguay— y un

²³ Desde luego, la información disponible no permite determinar la validez de las declaraciones sobre ideales reproductivos en cuanto indicadores de los deseos efectivos de las mujeres y las parejas. Como en otros ámbitos del comportamiento individual, las respuestas a las preguntas sobre aspiraciones reproductivas están expuestas al riesgo de reflejar justificaciones *ex-post facto* o meramente los parámetros considerados "apropiados" por la cultura dominante.

²⁴ Ciertamente, esta imputación procede cuando la "fecundidad deseada" es inferior a la observada.

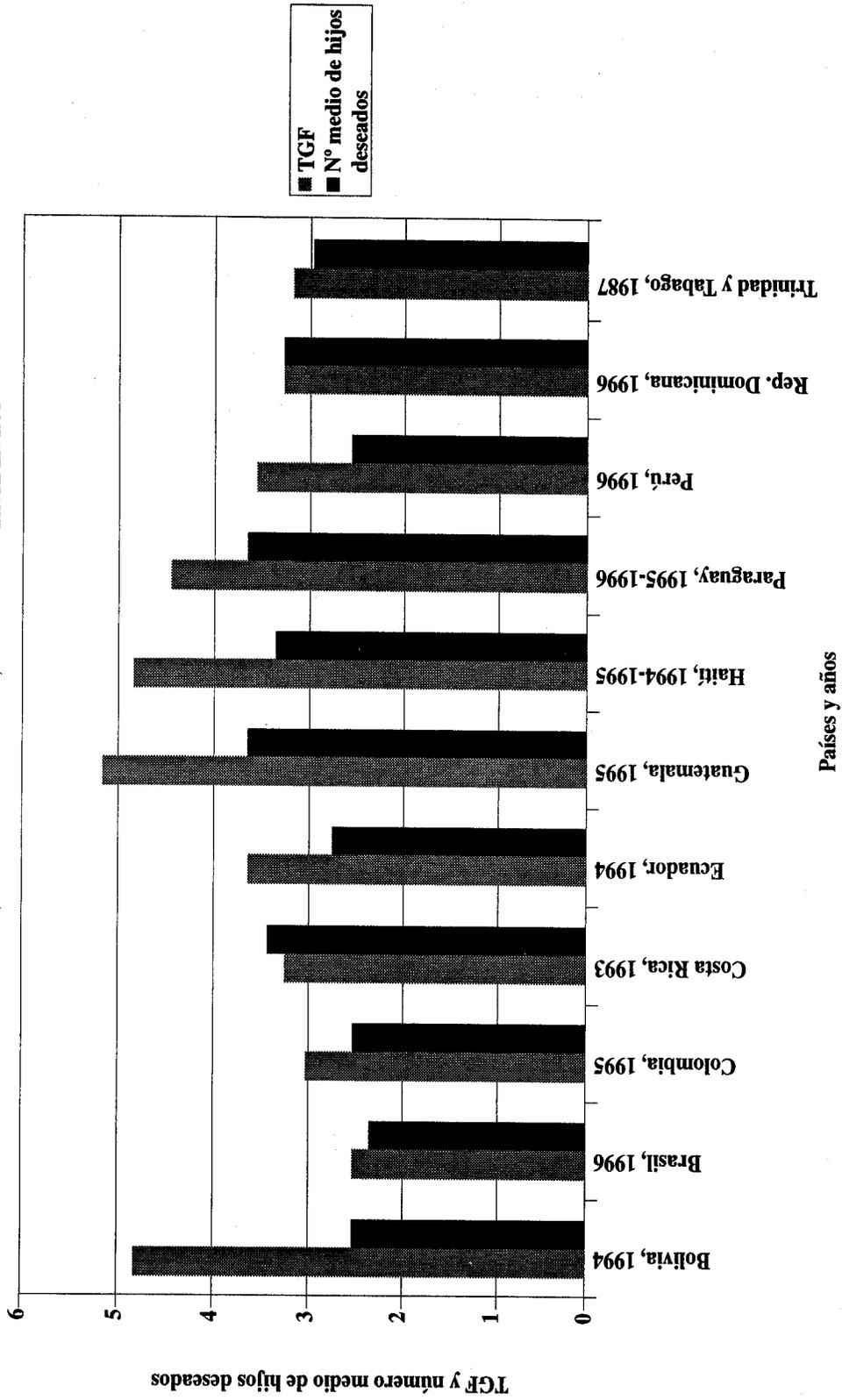
mínimo de 2.3 —en Brasil—, rango de variación que es claramente inferior al exhibido por la fecundidad observada, cuyos valores van desde 5.1 hijos —en Guatemala— hasta 2.5 —Brasil.²⁵ Esta relativa homogeneidad de las preferencias reproductivas ha sido descrita frecuentemente como un signo de convergencia cultural; sin embargo, si tal supuesto fuese válido, cabría preguntar por qué tal convergencia no se manifiesta en las conductas de las personas. En efecto, la fecundidad observada es claramente superior a la "deseada" en ocho de los 10 países para los que se cuenta con datos comparables (véanse el gráfico 15 y el cuadro 11 del anexo).

La discrepancia generalizada entre los valores de la tasa global de fecundidad y el número medio de hijos que las mujeres declaran como su ideal podría considerarse como indicativa de la imposibilidad de una proporción importante de las personas para ejercer sus derechos reproductivos. A juzgar por la magnitud de las discrepancias absolutas y relativas entre ambas series de datos, esa imposibilidad sería particularmente ostensible en los países que han presentado avances más moderados en sus procesos de transición demográfica —como se infiere de los datos de Bolivia, Haití, Guatemala y Perú. Estas discrepancias pueden ser también una señal de la existencia de una contraposición entre las pautas y orientaciones culturales —reflejadas en las intenciones reproductivas de las mujeres— y los medios necesarios para lograr su concreción en la vida cotidiana.

Sin embargo, no pueden pasar inadvertidas las diferencias entre los países en lo que atañe a las preferencias reproductivas. Por ejemplo, el promedio de hijos deseados es más elevado en Paraguay y Guatemala que en los demás países; esto parece coherente con unas altas tasas globales de fecundidad que obedecen a la condición moderada de las respectivas transiciones demográficas. En cambio, llama la atención el número medio igualmente elevado de hijos deseados en Costa Rica y República Dominicana, cuyas tasas globales de fecundidad son —a raíz de procesos de transición más avanzados— claramente menores que en los dos casos anteriores. No sorprende menos el hecho de que en países de transición demográfica incipiente o moderada, como Bolivia y Ecuador, los ideales reproductivos se expresen en números medios de hijos deseados bastante bajos y, por lo mismo, muy diferentes a los valores de las tasas globales de fecundidad. Sin duda, estas situaciones aparentemente peculiares se derivan de los efectos conjuntos de una constelación de factores económicos y socioculturales que se manifiestan de diferente manera en los distintos países. Tales especificidades son difíciles de desentrañar en un examen general, pues comprenden, entre otros, la valoración de los niños —incluidos los costos y beneficios tanto económicos como afectivos—, los patrones de estructuración familiar, el papel de las figuras paternas y maternas, los mensajes de los principales agentes sociales, la percepción de las opciones de realización personal, las expectativas de movilidad social prevaletentes, las redes de apoyo a la crianza y los subsidios —explícitos e implícitos— a la procreación.

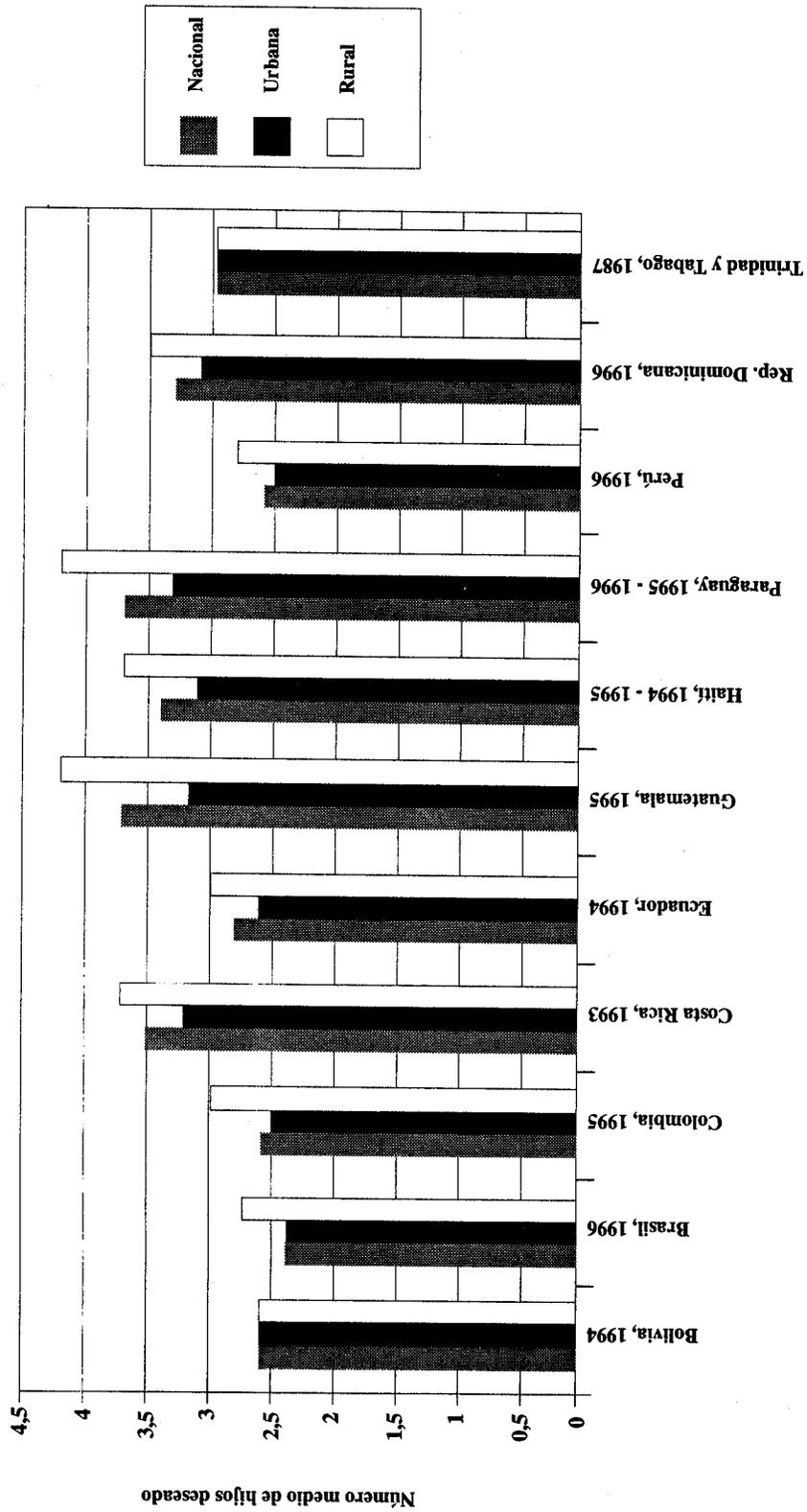
²⁵ Los coeficientes de variación entre los datos de 11 países con encuestas demográficas y de salud recientes son 16% y 21% para el número ideal de hijos y la tasa global de fecundidad, respectivamente.

Gráfico 15
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y NÚMERO MEDIO DE HIJOS
 DESEADOS, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

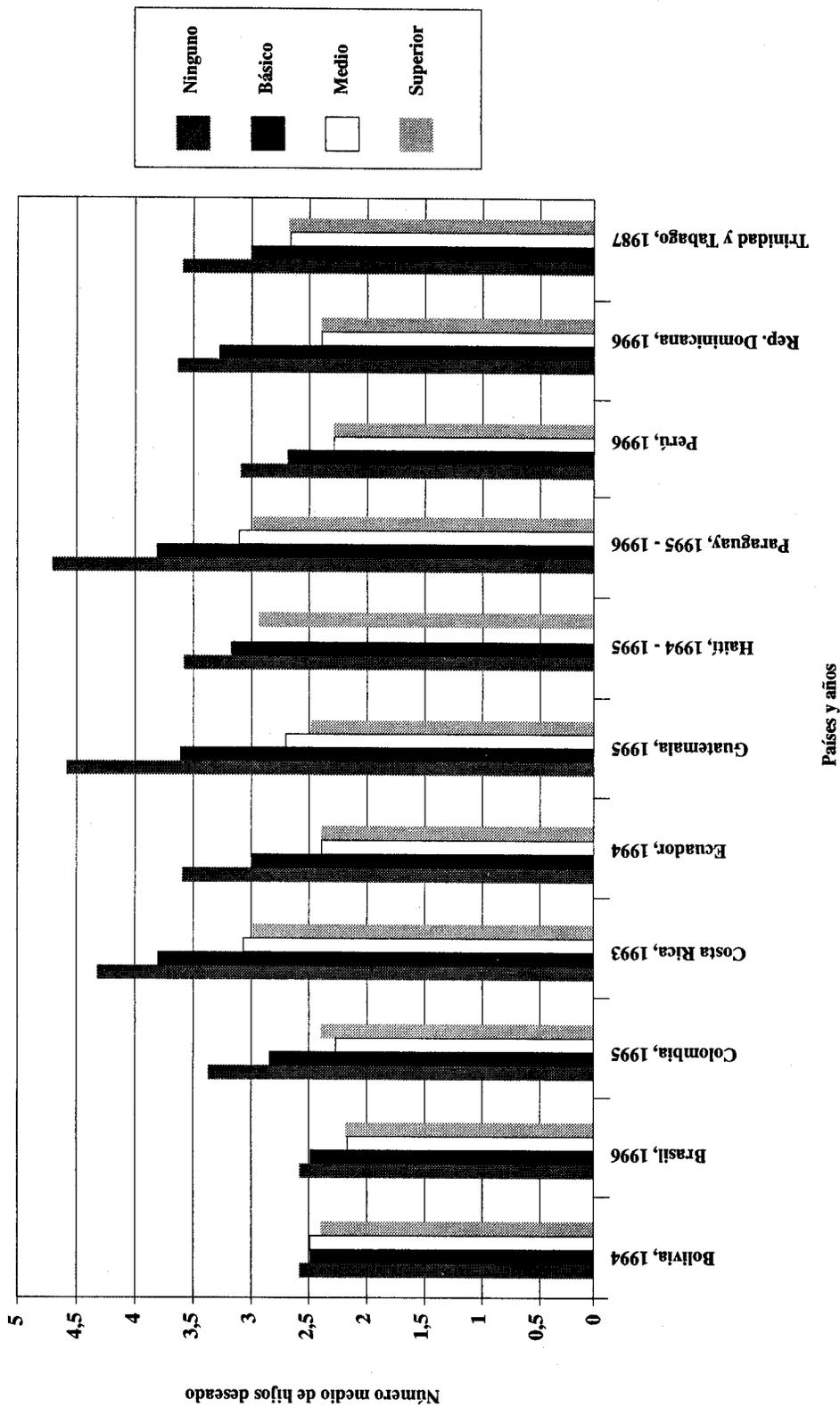
Gráfico 16
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO MEDIO DE HIJOS DESEADO SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y TOTAL NACIONAL, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Países y años

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y de salud (EDS).

Gráfico 17
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO MEDIO DE HIJOS DESEADO SEGÚN NIVEL
 DE EDUCACIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Fuente: CELADE, Sobre la base de las encuestas de demografía y de salud (EDS).

También es posible, con los datos reunidos por las encuestas demográficas y de salud, reconocer la segmentación socioeconómica que presentan las intenciones reproductivas (véanse los gráficos 16 y 17 y el cuadro 12 del anexo). Las diferencias entre el número medio de hijos que las mujeres declaran como deseado son, en general, inferiores a las detectadas en el examen de las variaciones de la tasa global de fecundidad. De este modo, la mayor discrepancia según zona de residencia se encuentra entre las áreas urbanas y rurales de Guatemala y Paraguay, donde alcanza sólo a 32% y 28%, respectivamente.²⁶ En la mayoría de los países esa diferencia no supera el 20% y en Bolivia es nula, pues se registra plena coincidencia entre las aspiraciones reproductivas de las mujeres urbanas y rurales. Mayores disparidades se observan en el número medio de hijos deseados cuando se le examina según el nivel educativo de las mujeres. Nuevamente, en Guatemala y Paraguay se verifican las diferencias mayores entre el promedio ideal de hijos declarados por las mujeres con educación superior y aquellas que carecen de instrucción; estas diferencias ascienden al 84% y al 57%, respectivamente, y su magnitud es claramente inferior a la que resulta de considerar las tasas globales de fecundidad en ambos grupos de mujeres.²⁷

De los antecedentes expuestos puede desprenderse que la reducción de las intenciones reproductivas ha sido un factor importante de la rápida caída de la fecundidad en la región; no obstante, parece haber sido insuficiente para propiciar su generalización a todos los países, en varios de los cuales aún existe una amplia brecha entre la fecundidad observada y la de los ideales reproductivos declarados por las mujeres. Esta brecha configura una señal de insuficiencias en la disponibilidad y el uso de medios que permitan ajustar la fecundidad al número deseado de hijos. De los antecedentes también se infiere que las intenciones reproductivas, si bien no idénticas entre los países y los grupos sociales dentro de los mismos, presentan una variabilidad mucho menor que las tasas globales de fecundidad. Esta relativa proximidad de preferencias revelaría la generalización de un ideal reproductivo, que obedece tanto a los efectos de cambios estructurales de la sociedad como a la progresiva consolidación de concepciones culturales difundidas por la educación y los medios de comunicación de masas.

Por último, las preferencias reproductivas expresadas por las mujeres de los grupos que detentan una menor fecundidad —y que, supuestamente, constituyen modelos de comportamiento para otros grupos sociales— pueden entenderse como indicativas de los eventuales límites del descenso de la fecundidad. Dado que en la totalidad de los países para los que se dispone de información comparable las preferencias de aquellas mujeres superan el nivel de reemplazo de la población —y en la mayoría de los casos equivalen a 2.5 hijos o más—, no parecen existir condiciones subjetivas para una declinación de la fecundidad hasta alcanzar niveles similares a los que actualmente registran los países europeos. También se ha detectado que la tasa global de fecundidad de las mujeres urbanas con educación superior es menor que la correspondiente al número ideal de hijos que ellas mismas declaran. Esta discordancia pudiera ser indicativa de presiones estructurales —provenientes, entre otras fuentes, del sistema escolar, del mercado de trabajo y del estilo de vida— suficientemente fuertes como para que tengan un número medio de hijos inferior al aspirado. Sin embargo, no puede negarse que esta discordancia también pudiera estar apuntando a un creciente desajuste entre las percepciones culturales y las condiciones concretas de existencia, que podría llevar —en el futuro— a una reformulación de los ideales reproductivos.

²⁶ En contraste, la tasa global de fecundidad de las mujeres rurales excedía en 100% o más la de sus congéneres rurales en Nicaragua y Perú.

²⁷ Con la excepción de Costa Rica, las mujeres sin instrucción de todos los países registran tasas globales de fecundidad que duplican o más que duplican las de aquellas con educación superior.

Un aspecto importante del tema de las preferencias reproductivas atañe a las especificidades de género. Con este propósito, las encuestas demográficas y de salud de cuatro países incluyeron un cuestionario para captar las declaraciones de los hombres sobre esta materia. Los resultados indican que los números medios de hijos deseados por los hombres son —si bien de manera sistemática— sólo ligeramente superiores a los derivados de las declaraciones femeninas; las diferencias alcanzan un máximo de 13% en Brasil (véanse el gráfico 18 y el cuadro 13 del anexo). De esta relativa semejanza entre las preferencias reproductivas de ambos géneros podría deducirse que los vínculos entre la subvaloración —y postergación— social de las mujeres y la alta fecundidad debe buscarse en las dificultades que ellas enfrentan para acceder a medios efectivos de control de la reproducción. Desde luego, entre estas dificultades puede encontrarse la eventual reticencia masculina a aceptar que su pareja prevenga deliberadamente el embarazo.

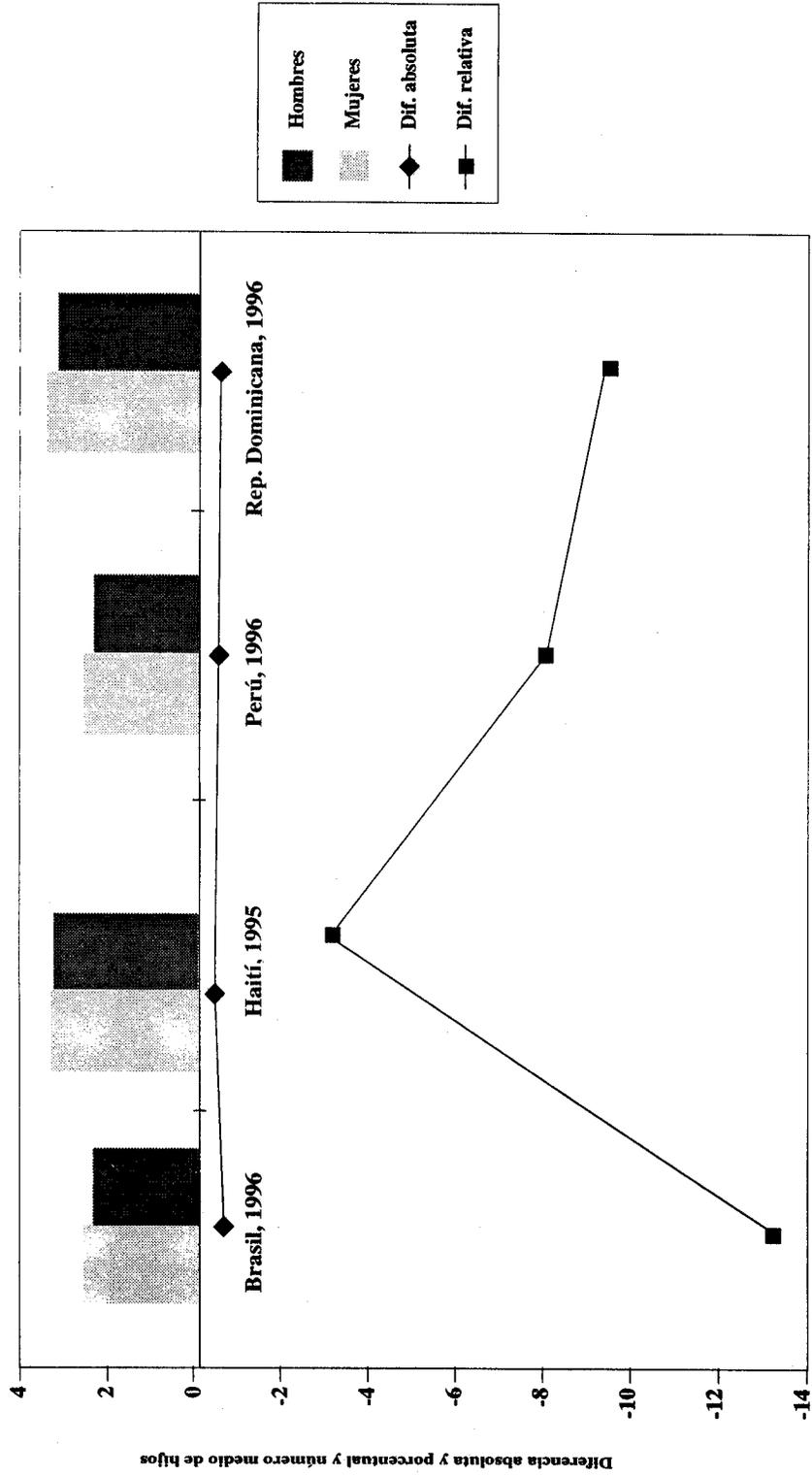
B. FECUNDIDAD NO DESEADA

En términos generales, la noción de la fecundidad no deseada se refiere a la discrepancia entre el número deseado de hijos y la fecundidad observada. Los datos reunidos por las encuestas demográficas y de salud permiten obtener medidas específicas de la fecundidad no deseada, que aluden a los efectos de los embarazos no deseados. Un indicador de uso frecuente se deriva de la declaración relativa a la planificación del último embarazo, que puede corresponder a uno actual (a la fecha de la encuesta) o a los que condujo al nacimiento de hijos durante un período de referencia (por lo común, cinco años antes de la encuesta). En general, respecto de cada embarazo, se distinguen tres situaciones: i) deseado; ii) deseado, pero para después de la fecha en que ocurrió; iii) no deseado.

Desde que se inició la investigación empírica —sistemática y comparativa a escala internacional— sobre el comportamiento reproductivo, se ha destacado la alta incidencia de la fecundidad no deseada en los países de América Latina y el Caribe. Hacia el mismo sentido apunta la ya aludida discrepancia entre las preferencias reproductivas declaradas por las mujeres y la fecundidad observada. Un examen más detallado reitera los altos porcentajes de la fecundidad no deseada por las entrevistadas en los diversos países; las cifras pertinentes van desde el 19% en Ecuador al 44% en Bolivia (véanse el gráfico 19 y el cuadro 13 del anexo). Estos resultados son contundentes, pues ponen de manifiesto las dificultades que enfrenta una proporción elevada de las parejas latinoamericanas y caribeñas para ejercer un derecho reproductivo fundamental, la materialización de la decisión libre y responsable sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

El examen del panorama de la distribución de la fecundidad no deseada entrega una conclusión categórica: los grupos más postergados de la sociedad —en particular, aquellos sometidos a condiciones generalizadas de pobreza aguda— presentan los mayores porcentajes de fecundidad no deseada y los menores índices de acceso a medios anticonceptivos. Estos mismos grupos —como se indicó en secciones precedentes— detentan las tasas más elevadas de fecundidad total y las mayores proporciones de adolescentes con experiencia reproductiva. La coexistencia social de estos hechos es uno de los aspectos más elocuentes —y dramáticos— del círculo de la reproducción intergeneracional de la pobreza. Esta constatación podría sugerir que las intervenciones dirigidas a promover una disminución de la fecundidad entre los grupos pobres de la población caerían en un terreno propicio, pues entre ellos la discrepancia entre la fecundidad observada y la deseada es generalizada. Sin embargo, cabe enfatizar que esta discrepancia no posee, por sí sola, la fuerza suficiente que permita la superación de todos los obstáculos que se interponen al ejercicio del derecho reproductivo fundamental antes mencionado. Estos obstáculos comprenden tanto las barreras de tipo sociocultural —que restringen, más que la percepción

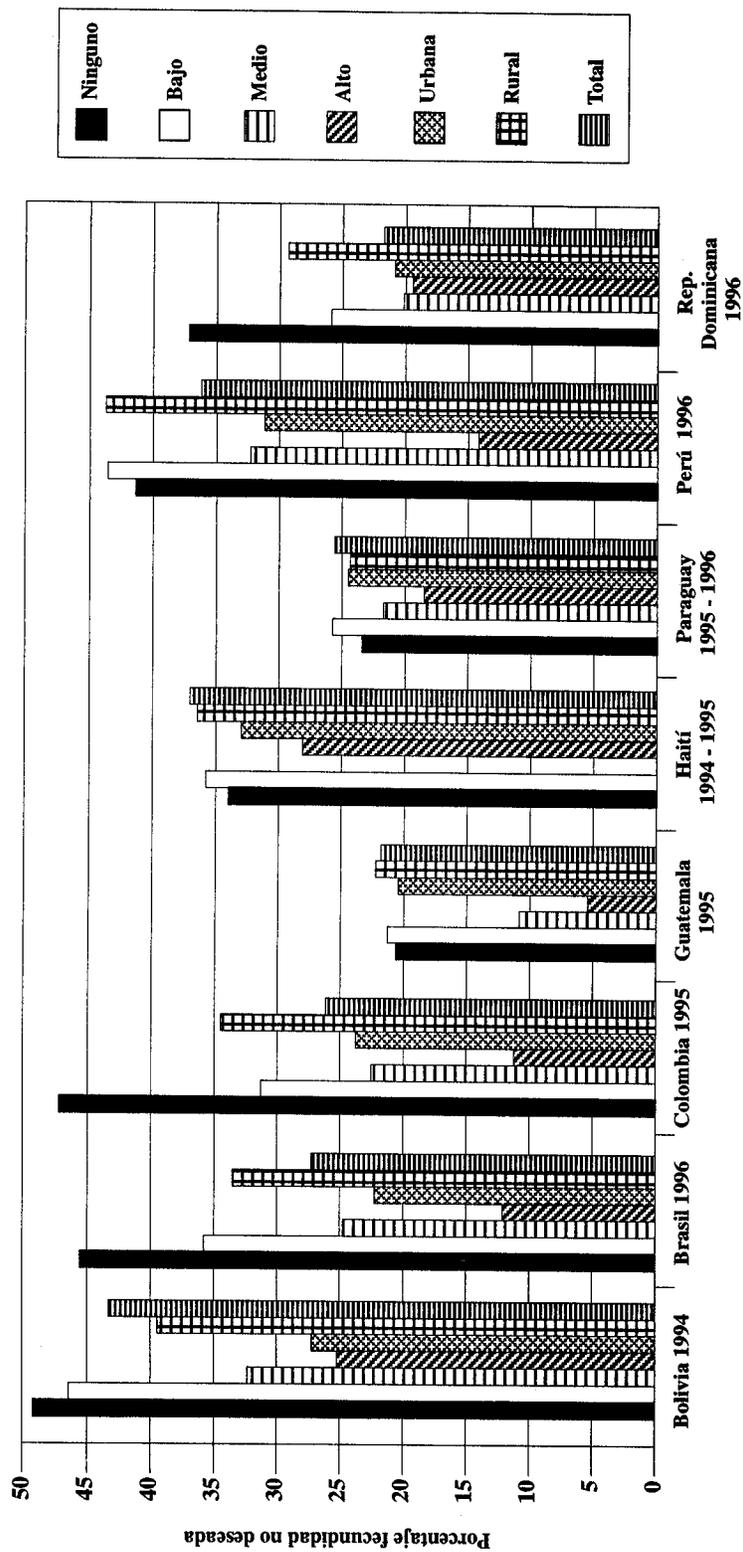
Gráfico 18
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO MEDIO DE HIJOS DESEADO SEGÚN SEXO Y DIFERENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS EN CUANTO A LAS ASPIRACIONES REPRODUCTIVAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Países y años

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y de salud (EDS).

Gráfico 19
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE FECUNDIDAD NO DESEADA TOTAL, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Países y años
 Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

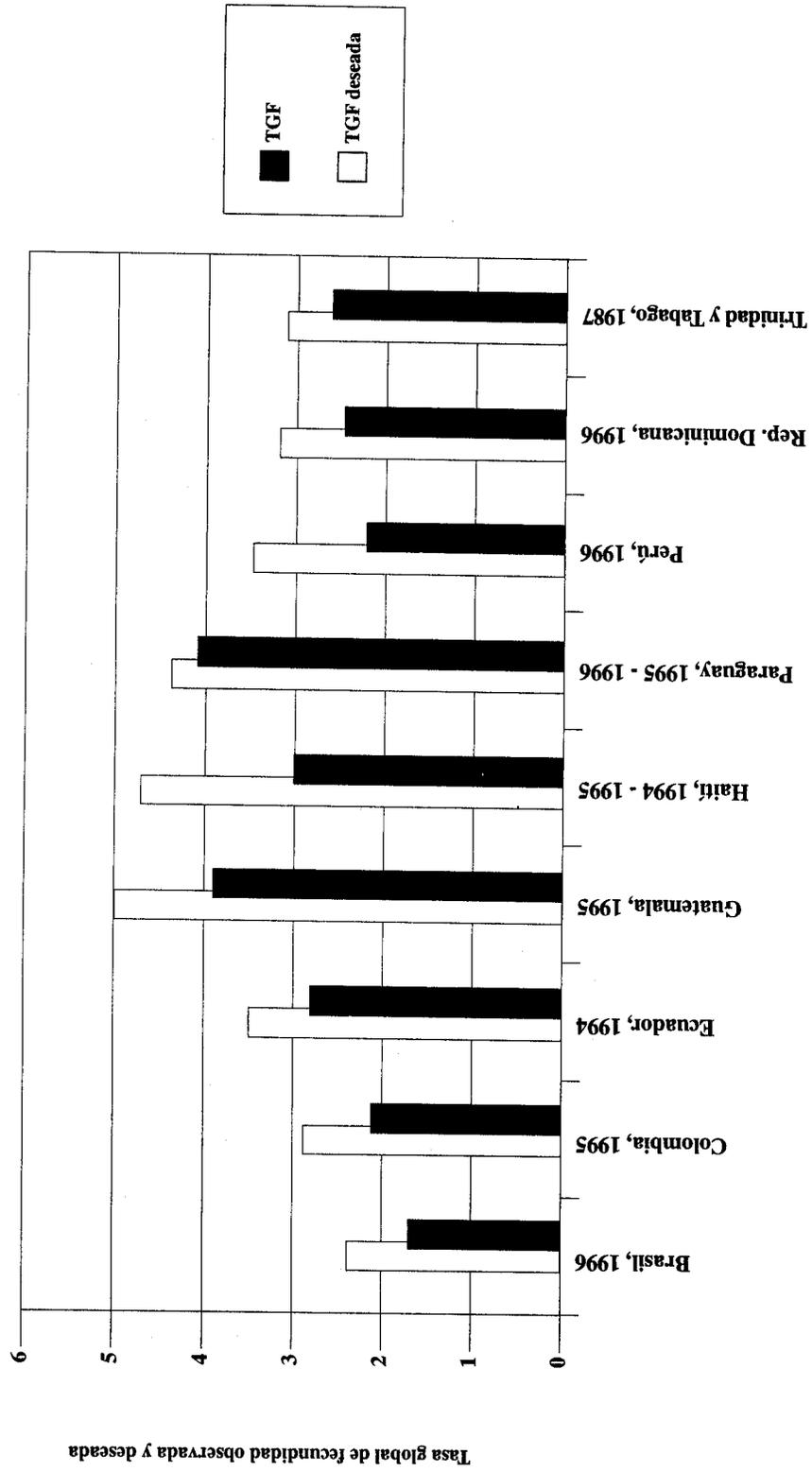
de un número deseado hijos, la aceptación del control deliberado de la fecundidad— como los múltiples impedimentos de orden material que cotidianamente deben enfrentar los grupos más postergados de la sociedad para atender a su supervivencia.

Con los datos recopilados por las encuestas, es posible estimar una tasa global de fecundidad deseada, que expresa la cantidad de hijos que tendría una mujer al término de su vida reproductiva si pudiese evitar todos los nacimientos no deseados.²⁸ El indicador sintético de esa tasa deja en evidencia grandes variaciones entre los países de la región, las que ponen en tela de juicio la aparente homogeneidad de los ideales reproductivos de las mujeres de la región; es decir, la realidad se revela más compleja que la situación derivada de la mera expresión de los deseos individuales. Los límites identificados con los datos disponibles van de 1.8 hijos en Brasil a 4.1 hijos en Paraguay (véanse los gráficos 20 y 21 y los cuadros 14 y 15 del anexo). Aun así, la disposición de los resultados en los países tiende a coincidir con el orden derivado de las preferencias reproductivas y de los porcentajes de fecundidad no deseada. Los países que muestran las mayores discrepancias entre fecundidad observada y deseos reproductivos son los mismos con las más elevadas diferencias entre fecundidad no deseada y fecundidad observada. Análogamente, dentro de los países, esas discrepancias y diferencias alcanzan sus expresiones más conspicuas entre las personas que residen en áreas rurales y entre las que carecen de instrucción, que representan a los grupos más pobres de la población.

Todos los elementos considerados coinciden en indicar que las inequidades socioeconómicas tienen una clara expresión en el ámbito reproductivo. Las evidencias señalan que los comportamientos que distinguen a los grupos pobres de la población discrepan abiertamente con los deseos y aspiraciones de las personas y las parejas; a raíz de la existencia de obstáculos de diverso tipo, estos grupos se encuentran inhabilitados para ejercer el más elemental de sus derechos reproductivos. Frente a tan manifiesta expresión de desigualdad social, las políticas en materias reproductivas dirigidas a los grupos más desprotegidos de la sociedad deben apuntar a debilitar las fuerzas que impiden una convergencia entre la fecundidad deseada y la observada. A ese fin, es necesario eliminar los escollos socioculturales que todavía restringen el acceso a la información, la educación y a los medios para materializar las aspiraciones reproductivas. También se requiere un esfuerzo concertado e integrado con otras políticas dirigidas a ampliar las oportunidades sociales y económicas de los grupos más desfavorecidos, de modo de garantizar la satisfacción de sus necesidades básicas y contribuir a un sostenido mejoramiento de su potencial como recursos humanos.

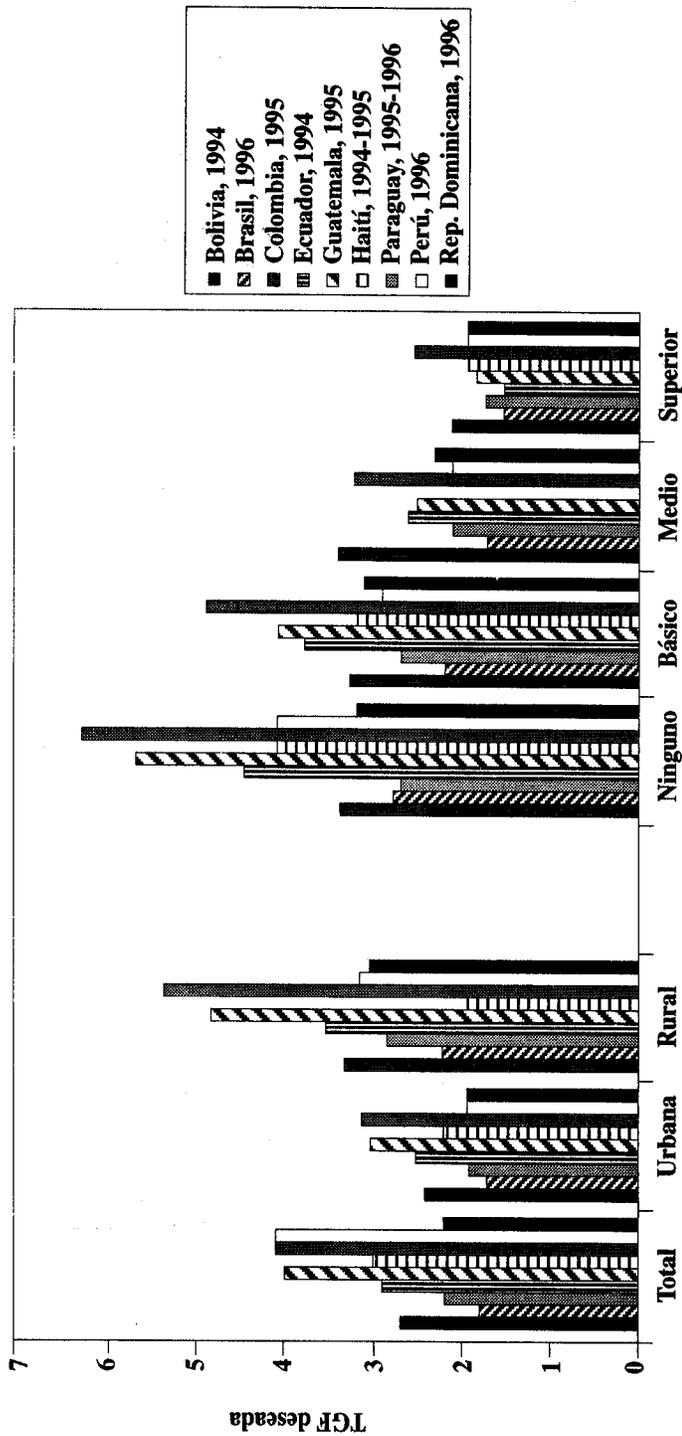
²⁸ Esta tasa puede calcularse mediante diversos procedimientos; el más común en los informes nacionales de las encuestas demográficas y de salud supone que un nacimiento es deseado cuando el número de hijos vivos al momento del embarazo es menor que el declarado como ideal por la mujer (método de Lightbourne).

Gráfico 20
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DESEADA, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Gráfico 21
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DESEADA TOTAL, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Zona de residencia y nivel de educación

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

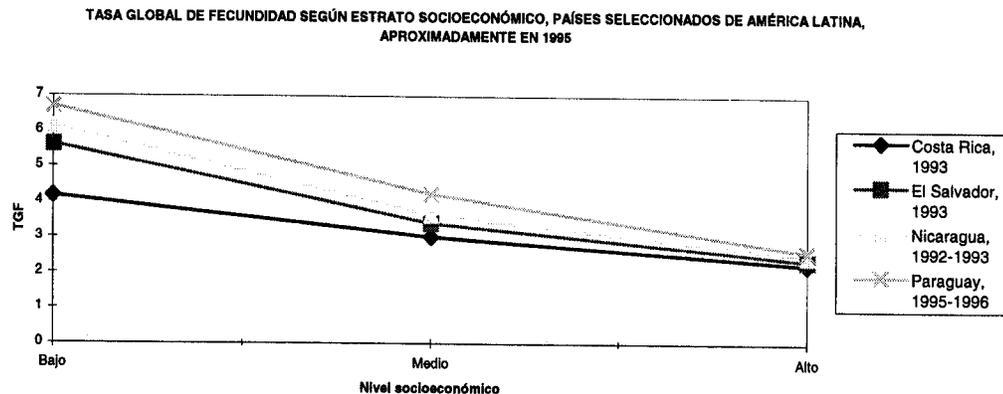
Por consiguiente, la eliminación de la fecundidad no deseada es una tarea de mucho mayor complejidad que la sola extensión de la cobertura de la anticoncepción. Si bien las cifras disponibles dejan en claro que la fecundidad no deseada alcanza una incidencia más aguda entre los grupos sociales que ostentan índices más bajos de uso de anticonceptivos modernos, no menos incuestionable resulta que un mayor uso de estos medios no permite asegurar, por sí solo, una reducción efectiva de las inequidades reflejadas en el comportamiento reproductivo. Desde luego, una cobertura universal de la anticoncepción no asegura, de modo automático, el pleno cumplimiento del propósito de igualar la fecundidad deseada con la observada, pues habitualmente se registran prácticas inapropiadas que redundan en embarazos no planeados. Tal vez más importante sea el que una ampliación de la oferta anticonceptiva a toda la población expuesta al riesgo de la procreación tampoco bastaría para lograr el objetivo señalado; más allá de metas de orden general —que podrían interferir con el ejercicio de las libertades individuales—, se requiere definir una estrategia para canalizar los servicios de planificación familiar hacia los grupos de la población que efectivamente presentan necesidades insatisfechas en este campo.

Aún así, es indudable que la anticoncepción es un instrumento fundamental para el ejercicio del derecho reproductivo básico que supone concretar las aspiraciones y decisiones sobre el número y el espaciamiento de los hijos. Sin perjuicio de ello, para obviar deficiencias y errores comunes en las prácticas anticonceptivas, es necesario fortalecer los componentes de información y educación de los programas de salud reproductiva.

Tal como se ha expresado reiteradamente, los altos niveles de fecundidad de los grupos en situación de pobreza no son coherentes con las declaraciones sobre sus preferencias reproductivas. Además, es probable que la alta fecundidad de estas personas, amén de constituir un obstáculo adicional para su desempeño dentro de la sociedad, comprometa sus posibilidades de escapar de la pobreza, particularmente por las exigencias que se asocian a la crianza y la formación de los niños. Sin embargo, estos antecedentes no permiten concluir que la reducción de la fecundidad sea un mecanismo seguro o eficiente para erradicar la pobreza, pues las causas de este fenómeno estriban en procesos sociales cuya amplitud y profundidad excede el plano de las pautas reproductivas. Por consiguiente, si bien la reducción de la fecundidad —hasta niveles más próximos a los que las personas declaran como deseables— contribuiría a establecer un escenario más favorable para que los individuos y las familias puedan salir de la situación de pobreza. Sin embargo, para que este escenario permita la generación de formas sólidas de movilidad social ascendente —o, por lo menos, un mejoramiento sostenido de las condiciones materiales de existencia— es necesario poner en práctica otras políticas, como las vinculadas a la dinámica del mercado de trabajo, la capacidad de formar recursos humanos y la inversión social.

Recuadro 5
POBREZA Y COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO: HECHOS Y CONTROVERSIAS

Los datos disponibles permiten sostener que los grupos pobres de América Latina y el Caribe se distinguen por un comportamiento reproductivo específico, que da lugar a una dinámica demográfica diferente a la de los estratos no afectados por la pobreza (véase el gráfico adjunto). Los principales rasgos de este comportamiento son: i) nupcialidad más temprana; ii) menor prevalencia de uso de anticonceptivos modernos; iii) mayor frecuencia de la fecundidad entre adolescentes y púberes; iv) más elevada fecundidad total; v) mayor mortalidad materno-infantil, que repercute en una menor esperanza de vida. Como se desprende de estos rasgos, la dinámica demográfica de los pobres es una fiel expresión de su posición social desmedrada. A estos mismos rasgos pueden atribuirse los mayores tamaños de familia, que redundan en altos índices de dependencia económica, pues de la elevada fecundidad —iniciada a una edad temprana— deriva una gran cantidad de nacimientos, algunos posiblemente no deseados. Dentro de contextos socioeconómicos en los que no es posible atender las necesidades esenciales de las familias, surgen obstáculos para la adquisición oportuna y apropiada de los conocimientos necesarios para una inserción más productiva y plena en la sociedad. Por consiguiente, la dinámica demográfica de los grupos pobres contribuye a que la condición de pobreza se transmita de una generación a la siguiente. Es decir, esa dinámica demográfica agudiza el efecto "aprisionante" de las fuerzas económicas, sociales y culturales que imponen las condiciones originales de exclusión y desventaja para el desempeño productivo y ciudadano de los pobres. Desde este ángulo, el Programa Nacional de Población de México para el quinquenio 1995-2000 sostiene que la elevada fecundidad de los pobres "restringe —en la etapa de expansión familiar— las inversiones en capital humano, lo que propicia que los descendientes —en la edad adulta— queden atrapados en la misma condición de pobreza" (CONAPO, 1995, p. 50).



Si bien hay consenso en reconocer la existencia de una demografía de la pobreza, menos anuencia provocan las medidas propuestas para mitigar sus efectos negativos. Desde luego, la reducción de la fecundidad puede ser un medio que coadyuve a la acumulación de capital en las familias y al fortalecimiento de los recursos humanos de la sociedad. Las discrepancias surgen cuando —en ausencia de otras medidas de orden más estructural— la regulación de la fecundidad se concibe como una estrategia para liberar de la pobreza a los hijos de los pobres; tal concepción es ilusoria, pues "la capacidad de realizar inversiones en 'capital' humano no está determinada, más que en una pequeña proporción, por el número de hijos y otros factores demográficos" (Boltvinik, 1996, p. 17). Sería ingenuo e inadecuado suponer que la fecundidad entre los pobres constituye una vía central para lograr una plena ruptura del círculo de la pobreza, ya que los factores que la determinan son más complejos que el mero comportamiento demográfico. No obstante, a la hora de diseñar acciones dirigidas a incrementar las probabilidades de que los pobres —o sus hijos— puedan dejar de ser tales, sería igualmente desacertado asumir que sus especificidades demográficas son irrelevantes. Un estudio realizado en México "permitió considerar y dar cuenta empírica de la índole multidimensional de la pobreza"; sin embargo, "son las variables económicas las que tienen mayor incidencia sobre la probabilidad ..." de ser pobre. Entre esas variables destacan el ingreso por perceptor y la posición en la ocupación; la "otra condicionante que desempeña un papel importante es la tasa de dependencia, que resulta de una combinación económico-demográfica" (Cortés, 1997, p. 158). En suma, aunque el solo cambio de las pautas reproductivas no asegure mudanzas en las condiciones de vida de los pobres —y de sus hijos—, cualquier intervención que procure reducir la incidencia de la pobreza debe considerar estas pautas entre las dimensiones que será necesario modificar.

Fuente: J. Boltvinik, "Pobreza y comportamiento demográfico: la importancia de la política social", *Demos. Carta demográfica sobre México*, N° 9, México, D.F., 1996; CONAPO (Consejo Nacional de Población), *Programa Nacional de Población 1995-2000*, México, D.F., 1995; F. Cortés, "Determinantes de la pobreza de los hogares. México, 1992", *Revista mexicana de sociología*, vol. 59, N° 2, México D.F., 1997.

V. DIMENSIONES BÁSICAS DEL ESTADO DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

El **Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo**, adoptado unánimemente por los países de la región como instrumento de apoyo a sus acciones nacionales en este campo, incorpora las principales orientaciones del enfoque de salud reproductiva adoptado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994). Estas orientaciones, fundadas en el irrestricto respeto a la libertad de las personas para definir su comportamiento reproductivo, comienzan con el reconocimiento de que "se asegurará el derecho de todos los individuos de decidir de manera libre, responsable e informada, acerca del número y espaciamiento de sus hijos, cualesquiera sean los objetivos que cada país se plantee respecto al crecimiento de su población" (CEPAL, 1996, p. 12). Los objetivos y recomendaciones del acápite sobre salud y derechos reproductivos, planificación familiar y bienestar de la familia de dicho Plan Regional aluden a los componentes centrales de la salud reproductiva. Éstos se refieren a: la provisión de un abanico de opciones anticonceptivas que permitan regular la fecundidad de manera efectiva y segura para la salud de las personas; el establecimiento de servicios para una maternidad sin riesgos; la extensión de la cobertura y la calidad de los programas de planificación familiar para reducir la incidencia del aborto y sus complicaciones; la atención prioritaria de la población infantil mediante el fortalecimiento de los servicios de prevención y atención primaria de la salud; el suministro de programas de educación e información que coadyuven a una mejor comprensión de la sexualidad y estimulen comportamientos responsables al respecto; reducción de los riesgos de enfermedad, incapacidad o muerte asociados con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

De acuerdo con las grandes líneas reseñadas, el enfoque de salud reproductiva es resultado del esfuerzo por ampliar el ejercicio de los derechos de las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción. Aunque este enfoque concierne tanto a hombres como a mujeres, es manifiesto que los avances que puedan producirse en el ámbito de la salud reproductiva dependerán del mejoramiento sostenido de la condición de la mujer en la sociedad y en los diversos grupos en que interviene. Además, dado que excede las fronteras de una visión sectorial o disciplinaria, tal enfoque subsume los contenidos esenciales de la planificación familiar y la salud maternoinfantil, superando los límites más bien restringidos de los programas tradicionales en estos rubros. Por cierto, las especificaciones inherentes a esta concepción estratégica de la salud reproductiva desbordan los alcances más bien limitados de esta sección, que incluye algunos indicadores básicos de utilidad para caracterizar el estado de la salud reproductiva en aquellos países de la región que cuentan con datos de las más recientes encuestas de demografía y salud. En todo caso, está demás alertar sobre la necesidad de mejorar las bases nacionales de información como un requisito previo para ampliar el conocimiento de los diversos elementos constitutivos de la salud reproductiva.

En virtud del propósito señalado, en esta sección se pasa revista a cuatro dimensiones de la salud reproductiva. La primera concierne al inicio de la vida sexual y reproductiva, cuyas características

inciden directamente sobre los riesgos para la salud y para el propio desarrollo de las personas. Una segunda dimensión atañe a la planificación familiar como factor que afecta de manera decisiva e inmediata la posibilidad de materializar las decisiones sobre la procreación; el examen de este tema lleva a prestar atención al conocimiento y las actitudes respecto de la anticoncepción, a las prácticas asociadas tanto a la oferta como al uso de medios anticonceptivos y a la identificación de demandas insatisfechas. La tercera dimensión considerada corresponde a la salud de las madres y de los niños, que abarca principalmente los servicios de atención vinculados con el parto, la mortalidad materna y la supervivencia infantil. Por último, se alude al VIH/SIDA como severo problema de salud sexual. Respecto de cada una de estas dimensiones se procura destacar que las desigualdades de tipo socioeconómico, cultural y étnico afectan las posibilidades de consolidar los progresos en el campo de la salud reproductiva. Una exploración más sistemática de este tema contribuiría a identificar los grupos sociales vulnerables o más desprotegidos que, por lo mismo, están expuestos a los riesgos más severos de salud reproductiva.

A. INICIO DE LA VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La edad a la cual comienza la actividad sexual, además de ser un factor determinante de la fecundidad, se encuentra íntimamente asociada con los riesgos propios de los embarazos que ocurren en las etapas de la pubertad y la adolescencia. No obstante constituir un capítulo importante de la salud reproductiva, su examen se ve dificultado por la tradición de considerar "que la edad a la que se contrae matrimonio marca el comienzo de la actividad sexual y, por lo tanto, de la posibilidad de procrear" (Naciones Unidas, 1997a, p. 6). La tendencia a homologar estos dos hechos esencialmente diferentes obedece tanto a ventajas operativas —pues es común que se disponga de información sobre la constitución de las uniones maritales y las familias— como al supuesto de una identidad entre sexualidad y nupcialidad. Esta homologación se contrapone con la situación existente en sociedades dentro de las cuales el ejercicio de la sexualidad se desvincula, al menos parcialmente, de los propósitos de la procreación y de la constitución de parejas estables. Tal desvinculación no excluye la probabilidad del embarazo y de la fecundidad en la pubertad y la adolescencia, con la secuela de complicaciones y desventajas indicadas en la sección precedente.

Aunque escasos, los antecedentes de tipo comparativo con los que se cuenta permiten señalar que, en general, la edad de inicio de la actividad sexual reconocida por los hombres es menor que la declarada por las mujeres; asimismo, entre los varones el lapso de tiempo que media desde el momento de ese inicio hasta la fecha del matrimonio es más prolongado, dejando abierta la posibilidad de un mayor número de parejas sexuales. En los países desarrollados, en particular, advierten indicios de que ha "disminuido la edad de iniciación sexual", de un "incremento en la proporción global de jóvenes sexualmente activos" y de que "una mayor proporción de adolescentes mantiene relaciones de cohabitación" (Naciones Unidas, 1997a, p. 12). En cambio, en las naciones en vías de desarrollo las señales son menos nítidas, tanto por falta de información como a raíz de las especificidades culturales que enmarcan, en algunos casos, patrones históricos de iniciación sexual precoz. Diversos estudios coinciden en que una de las regiones en desarrollo en que se verifican estos patrones es la de América Latina y el Caribe; los datos recientes recabados por las encuestas de demografía y salud parecen confirmar tal aserto.

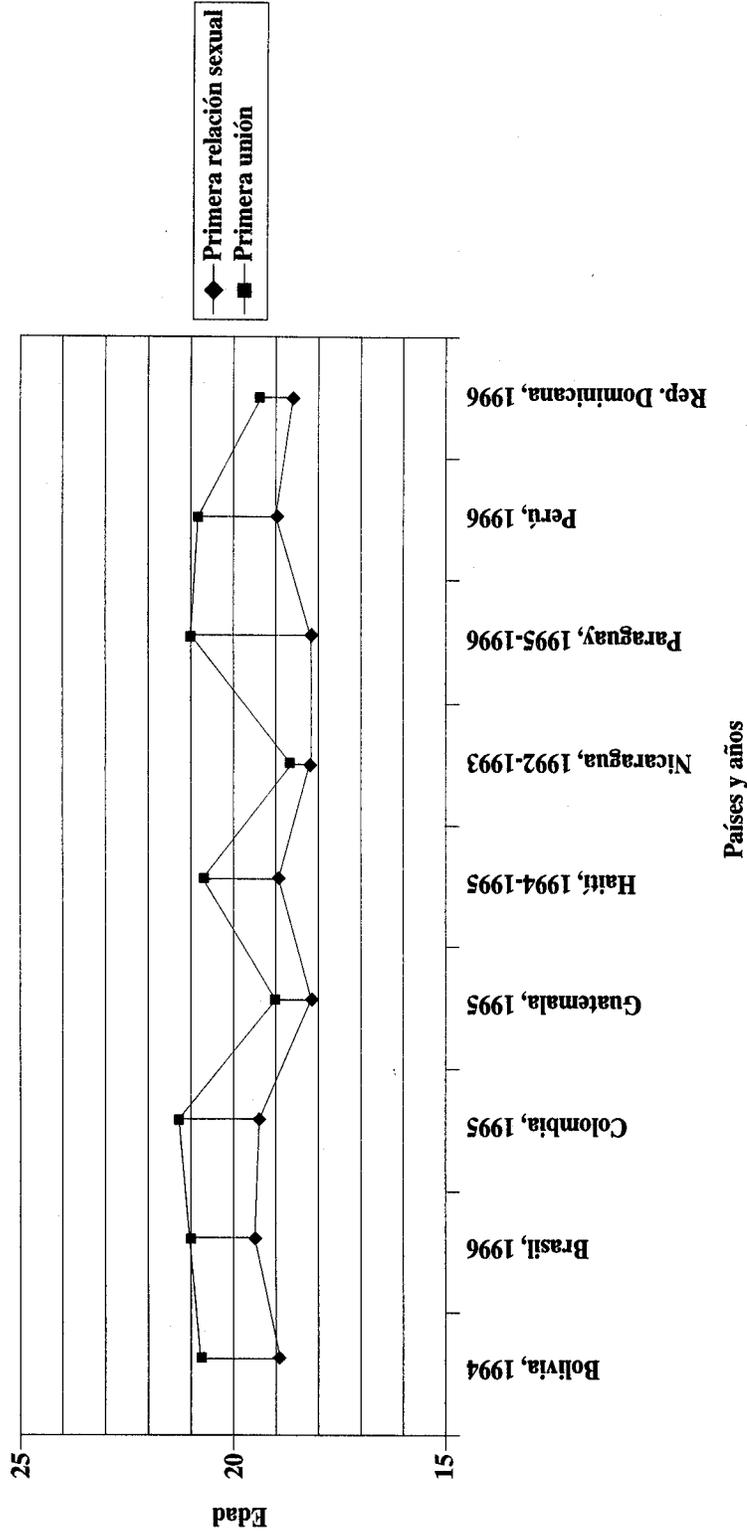
Un hallazgo común en los países para los que se dispone de las ya citadas encuestas es que la edad mediana de las mujeres a la fecha de la primera relación sexual es de alrededor de 19 años, con

ligeras variaciones, que van de 18.2 años en Paraguay y Nicaragua a 19.5 en Brasil. En la totalidad de los casos en que el cotejo es factible, tal edad es inferior a aquella en que se establece la primera unión, cuya mediana bordea los 21 años (véanse los gráficos 22, 23 y el cuadro 16 del anexo). La discrepancia temporal entre ambos hechos oscila entre tres meses en Nicaragua y cerca de tres años en Paraguay. Por tanto, la disociación entre la actividad sexual y la conformación inicial de las parejas es un fenómeno frecuente. Más aún, con el incremento de la edad al momento de establecer la primera unión se ha extendido el período de actividad sexual premarital de las mujeres, tendencia que sin ambages puede entenderse como un signo de mayor libertad sexual. La información reunida en México permite ilustrar esta tendencia: sólo un 8.3% de las mujeres nacidas en la década de 1940 y que establecieron uniones antes de los 25 años tuvo alguna experiencia sexual previa al matrimonio; entre las nacidas veinte años más tarde esa proporción se eleva al 19% (CONAPO, 1996). Se ha observado que la actividad sexual premarital es más frecuente entre las mujeres que residen en áreas urbanas y entre las que tienen una mayor escolaridad, observación que es coherente con el vínculo conceptual entre libertad sexual y modernidad.

De estos antecedentes surgen desafíos importantes para los programas de salud reproductiva y sus componentes de educación sexual y planificación familiar. No cabe duda que será preciso enfrentar crecientes necesidades de atención de un segmento de la sociedad que, como los adolescentes, está expuesto a serios riesgos tanto sanitarios como de naturaleza socioeconómica. Sin embargo, esta tarea se verá dificultada por los obstáculos socioculturales a la incorporación de adolescentes y púberes a los programas de planificación familiar y de paternidad o maternidad responsable; estos obstáculos se expresan en la reticencia de la sociedad y de las familias para asumir que los adolescentes son sexualmente activos, pese a las pruebas en el sentido que es cada vez más frecuente que las relaciones sexuales ocurran con antelación a la unión marital.

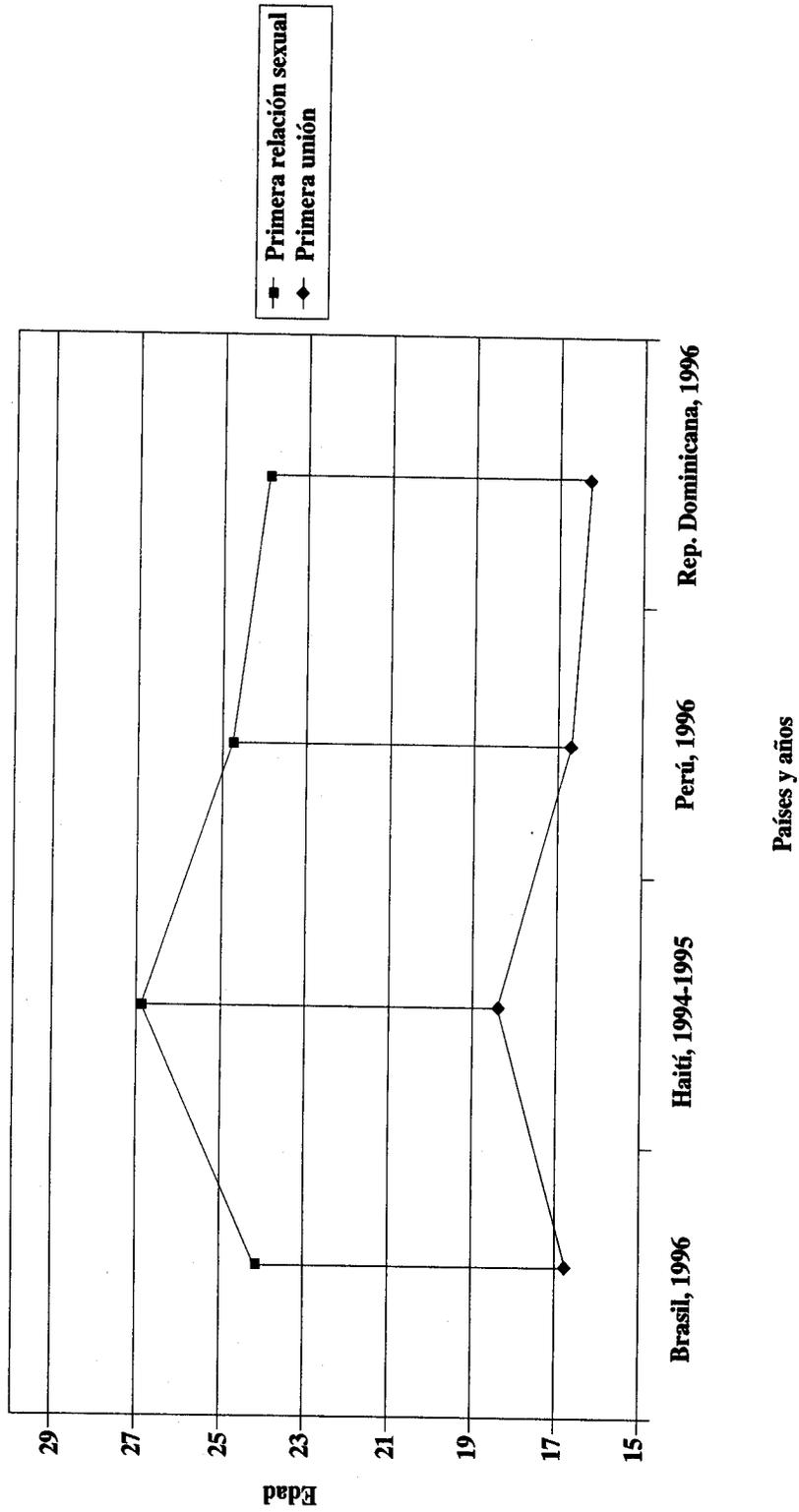
Debe agregarse que la brecha temporal aludida presenta algunas especificidades de género. En los países de América Latina y el Caribe los hombres reconocen edades de iniciación sexual bastante más tempranas que las mujeres. Entre aquéllos, la edad mediana a la primera relación se aproxima a los 16 años, salvo en el caso de Haití, donde es algo superior a 18. Por ende, la actividad sexual comienza, en promedio, dos o tres años antes en la vida de los hombres que en la de las mujeres. Tal vez más importante sea que —como los hombres también declaran una edad mayor a la primera unión—, la discrepancia entre la fecha del inicio de la actividad sexual y la de constitución de la primera unión es de unos siete u ocho años (véase el gráfico 23 y el cuadro 16 del anexo). La mayor extensión del período de actividad sexual premarital de los varones, que presumiblemente refleja una valoración diferenciada del papel del género en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, es un asunto que no puede estar ajeno a las preocupaciones de la salud reproductiva. Es por esta razón que el **Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo** recomienda "... realizar esfuerzos para promover la educación de los varones en materia de paternidad responsable ..." (p. 18). Los programas pertinentes deberían enfatizar que los hombres deben asumir la sexualidad como una responsabilidad compartida con las mujeres. En suma, se necesita "desarrollar estrategias de información, educación y comunicación para lograr una participación igualitaria de los varones y las mujeres en las decisiones relativas a la vida sexual y reproductiva y a la planificación familiar" (CEPAL, 1996, p. 36).

Gráfico 22
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EDAD MEDIANA DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL
 Y DE LA PRIMERA UNIÓN, MUJERES 25-49 AÑOS, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Gráfico 23
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EDAD MEDIANA DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL
 Y DE LA PRIMERA UNIÓN, HOMBRES 25-49 AÑOS, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



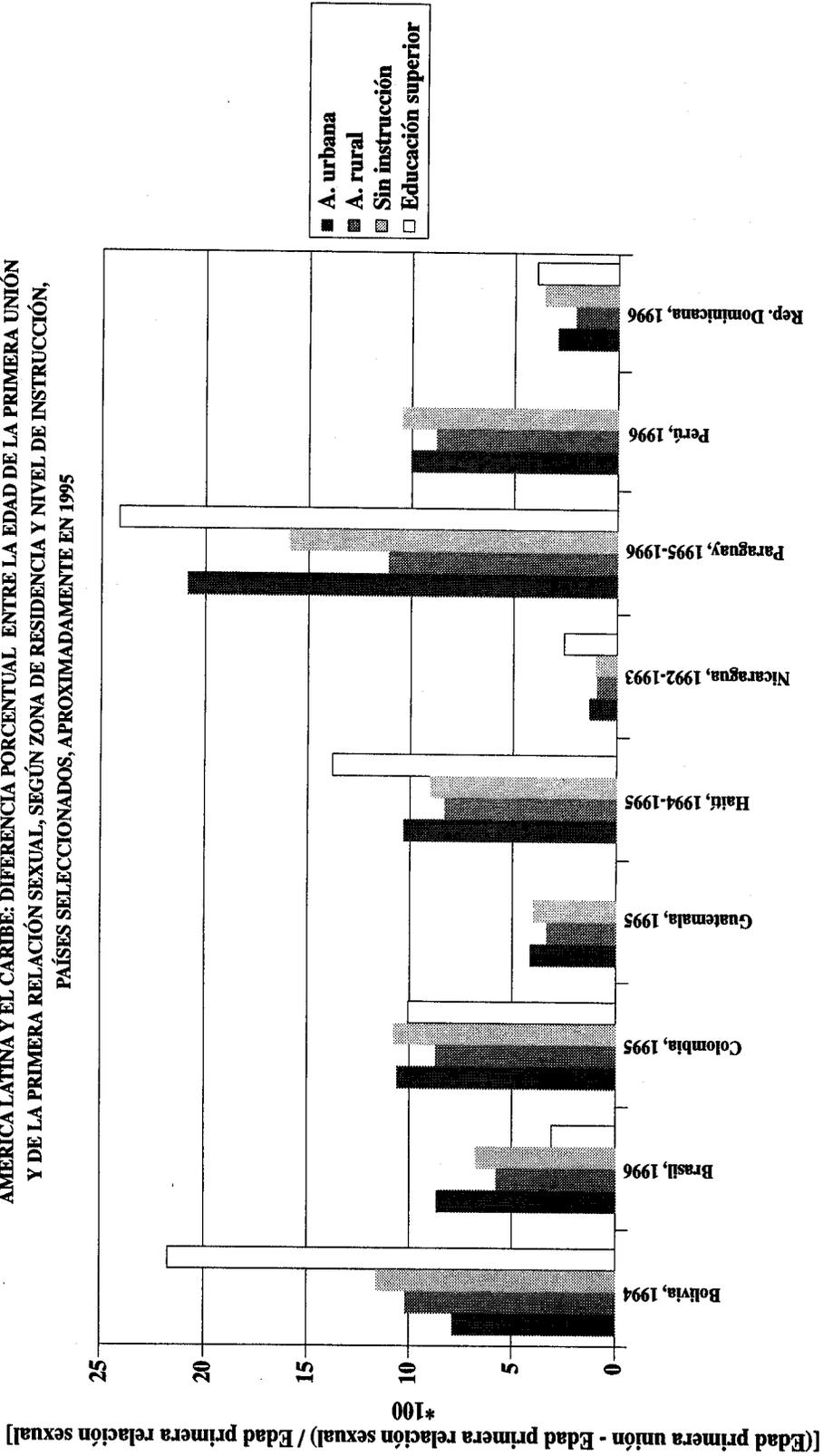
Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Las inequidades sociales que se manifiestan en el comportamiento reproductivo general están presentes en los patrones de iniciación sexual y de conformación de las uniones. Al considerar la zona de residencia se aprecia que la edad a la primera relación sexual es recurrentemente inferior en las áreas rurales, con una mediana cercana a los 17 años; en el medio urbano, ese parámetro se eleva por encima de los 19 años. Las discrepancias discernibles según el nivel de educación son todavía más ostensibles (véase el gráfico 24 y el cuadro 17 del anexo). Así, por ejemplo, la edad mediana a la que las mujeres sin instrucción de la República Dominicana tienen su primera relación sexual es inferior a 16 años; en cambio, se eleva a los 23 años entre las que alcanzan educación secundaria o más en Perú. En general, los datos de las encuestas de demografía y salud indican que la proporción de mujeres jóvenes sexualmente activas es sustancialmente más elevada entre las que residen en áreas rurales y entre las que carecen de instrucción. Diferencias tan acusadas como las mencionadas ponen en claro que, más allá de la noción de "libertad sexual" —que se supone inherente a los contextos urbanos modernos—, en el temprano inicio de las relaciones sexuales entran a tallar la pobreza y las formas de exclusión social. De allí la urgencia de diseñar una política de educación sexual dirigida a los grupos sociales más rezagados y de adoptar iniciativas encaminadas a evitar que este patrón de comportamiento se traduzca en una fecundidad precoz.

Si bien las relaciones sexuales comienzan a edades más tempranas y, en apariencia, son más frecuentes entre los jóvenes de contextos sociales de mayor rezago económico, esto no invalida la eventual aplicabilidad de la tesis de la mayor "libertad sexual" en los ámbitos más urbanos y modernos. En efecto, la diferencia temporal entre la iniciación sexual y la constitución de uniones es, en general, menos marcada entre los grupos sociales más rezagados y expuestos a la pobreza; en casi todos los países, las mujeres sin instrucción y las residentes en áreas rurales declaran haber establecido su primera unión a una edad mediana inferior a los 20 años, poco tiempo después de haber tenido la primera relación sexual. Por el contrario, entre las mujeres del medio urbano y entre las que tienen educación secundaria o superior, la edad mediana al momento de formar la primera unión se eleva a los 22 o 24 años, luego de transcurrido más de un año desde el comienzo de la actividad sexual. Por consiguiente, la diferencia que separa ambos acontecimientos en el tiempo —edad a la primera relación sexual y edad a la unión— suele ser mayor en el caso de las mujeres que residen en el medio urbano y en el de las que tienen un nivel de instrucción alto. Estos antecedentes sugieren que en los contextos modernos habría una actividad sexual premarital más extendida —si no más frecuente—, probablemente a raíz de una mayor posibilidad de dissociar las relaciones sexuales de la procreación; si bien tal posibilidad responde a condiciones culturales que le son proclives, su expresión material se ve facilitada por la disponibilidad de medios anticonceptivos.

La temprana iniciación sexual de las mujeres pertenecientes a los estratos sociales más vulnerables no debe entenderse, por tanto, como una mera consecuencia de comportamientos más permisivos; más bien, obedecería a normas y tradiciones favorables a una unión marital también temprana. Dado que uno de los propósitos básicos de este tipo de unión es la procreación, su concertación a una edad juvenil repercute en una fecundidad precoz o en la adolescencia, cuyos efectos para las personas de los grupos sociales en situación desventajosa ya han sido destacados. De acuerdo con información reunida por las encuestas de salud reproductiva de los adultos jóvenes —realizadas durante la década de 1980—, en las principales ciudades de varios países de la región existe una estrecha relación entre la nupcialidad en la adolescencia y la práctica sexual premarital; es decir, la actividad sexual previa a la constitución de la unión es más frecuente entre las mujeres que establecen sus uniones cuando aún son adolescentes que entre aquellas que lo hacen después de los 20 años de edad

Gráfico 24
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DIFERENCIA PORCENTUAL ENTRE LA EDAD DE LA PRIMERA UNIÓN
 Y DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN,
 PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Países y años

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Recuadro 6

**PAPEL DE LA MUJER Y PATRONES DE UNIÓN CONSENSUAL
EN VENEZUELA**

Aunque en Venezuela no se han realizado investigaciones de la serie de encuestas de demografía y salud (EDS) —y existen algunos vacíos de información sobre el estado del comportamiento y de la salud reproductivos—, una encuesta efectuada en 1991 en el área metropolitana de Caracas entrega antecedentes que señalan cambios en los patrones de nupcialidad y acerca de los factores que los habrían determinado. La encuesta consideró dos cohortes de mujeres —una de nacidas entre 1937 y 1946 (cohorte madura) y otra de nacidas entre 1962 y 1966 (cohorte joven)— con el propósito de cotejar los patrones de unión previos a la caída de la fecundidad con los existentes una vez que esa caída se había manifestado con claridad. En un estudio basado en la información recopilada por la encuesta (Parrado y Tienda, 1997) se analizan los cambios en la condición social de la mujer y sus efectos en el calendario y el tipo de la primera unión. Las conclusiones del estudio son:

1) El principal factor que ha contribuido a la postergación de la edad de inicio de las uniones es la ampliación de la escolaridad. Mientras asisten a la escuela, las mujeres perciben que su papel de estudiantes es incompatible con el desempeño de las funciones de madre o esposa. Entre las jóvenes que han egresado de la escuela, la probabilidad de permanecer solteras aumenta según lo hace el número de años de estudios cursados. Paradójicamente, una experiencia laboral más prolongada, especialmente en ocupaciones de baja calificación, incrementa la probabilidad de establecer una unión; este hallazgo resulta de la polarización existente entre las mujeres que por razones de necesidad comienzan a trabajar a temprana edad y aquellas otras que no se integran al mercado laboral. Aunque en el caso de las cohortes más jóvenes este modelo de participación parece haber sufrido algún cambio —pues aumenta su figuración en ocupaciones de mayor calificación—, su efecto no ha sido lo suficientemente intenso como para alterar la formación de las uniones.

2) Cuando la edad en el momento de establecer la primera unión se discrimina según el tipo de arreglo nupcial, se observa que las mayores postergaciones han correspondido a las uniones legales. En cambio, hasta los 20 años de edad, la formación de uniones consensuales se ha mantenido inalterado, como se deduce de la semejanza entre los patrones de las dos cohortes consideradas; sin embargo, después de esa edad, la cohorte joven presenta una frecuencia de ingreso a la consensualidad mayor que la cohorte madura.

3) La decisión de "optar" entre una unión consensual o una legal no depende sólo de las características individuales de la mujer, sino también de sus antecedentes familiares que —a su vez— reflejan las condiciones de su proceso de socialización. Los factores más asociados a la formación de una unión consensual son: una familia con bajo nivel de educación y un origen rural. El hecho de tener un nivel de educación superior puede contribuir a que se revierta esa relación estructural, pues las mujeres con mayor instrucción prefieren los matrimonios legales. Sin embargo, como las mejoras en la condición social de las mujeres que proceden de estratos socioeconómicos bajos ha sido lenta, los cambios en la nupcialidad no han sido pronunciados; la forma prevaleciente de la primera unión sigue siendo la consensual.

4) Tanto las mejoras en la condición social de la mujer como el rápido aumento del divorcio han impulsado un tipo distinto de unión consensual entre las mujeres con alto grado de educación. En efecto, los resultados del estudio indican que el incremento reciente de la consensualidad después de los 20 años de edad se debe principalmente al surgimiento de este "nuevo" tipo de unión consensual, el integrado por mujeres con mayor instrucción, que se asemeja al patrón de cohabitación en sociedades más desarrolladas —que se define como un período de prueba prematrimonial o como una alternativa a la soltería. En este tipo "moderno" de unión es menor el compromiso personal, mayor la inestabilidad y menor la fecundidad que en las formas consensuales "tradicionales", propias de mujeres con menos educación formal, origen rural y mayor experiencia laboral en ocupaciones de baja calificación. Esta cohabitación "moderna" ha contribuido a la declinación de la fecundidad.

PROPORCIÓN DE MUJERES SOLTERAS ENTRE LAS EDADES 20 Y 25 QUE PERMANECEN SOLTERAS O SE UNEN LEGAL O CONSENSUALMENTE, SEGÚN COHORTE Y NIVEL EDUCACIONAL

Estado civil	Cohorte madura		Cohorte joven	
	Niv.educ.bajo ^a	Niv.educ.alto ^b	Niv.educ.bajo ^a	Niv.educ.alto ^b
Permanece soltera	0.282	0.247 ^c	0.371	0.475
Se casa	0.365 ^c	0.634 ^c	0.239	0.312
Forma unión consensual	0.354	0.118 ^c	0.390	0.213

Fuente: E. Parrado y M. Tienda, "Women's roles and family formation in Venezuela: new forms of consensual unions", *Social Biology*, vol. 44, N° 1-2, 1997, p. 18.

^a Menos de 7 años de escolaridad.

^b 7 años o más de escolaridad.

^c Diferencia de la proporción entre cohortes estadísticamente significativa a $p < 0.05$.

TASAS ACUMULADAS DE FECUNDIDAD SEGÚN DURACIÓN DE LA UNIÓN POR COHORTE, TIPO DE UNIÓN Y NIVEL EDUCACIONAL

Tasas acumuladas de fecundidad de las mujeres con bajo nivel educacional ^{a,b}					Tasas acumuladas de fecundidad de las mujeres con alto nivel educacional ^{a,b}				
Duración de la unión	Cohorte madura		Cohorte joven		Duración de la unión	Cohorte madura		Cohorte joven	
	Unión legal	Unión consensual	Unión legal	Unión consensual		Unión legal	Unión consensual	Unión legal	Unión consensual
1-2	0.574	0.573	0.593	0.632	1-2	0.544	0.696	0.467	0.555
3-4	1.352	1.203	1.208	1.359	3-4	1.138	1.650	0.808	0.978
5-6	2.044	1.912	1.685	1.964	5-6	1.524	2.126	1.053	1.158
7-8	2.626	2.500	2.023	2.383	7-8	1.891	2.745	1.129	1.269
9-10	3.013	3.091	2.287	2.706	9-10	2.156	3.031	1.189	1.337

Fuente: E. Parrado y M. Tienda, "Women's roles and family formation in Venezuela: new forms of consensual unions", *Social Biology*, vol. 44, N° 1-2, 1997, p. 20.

^a Mujeres de hasta 29 años de edad, integrantes de uniones de hasta 10 años de duración.

^b Para definir el nivel educacional se considera el número de años de educación que superan la media específica de la cohorte o están por debajo de ella, más 1.5 desviaciones estándar.

(PRB/DHS/CDC, 1992).²⁹ Aunque estos antecedentes no se prestan para postular una relación de causalidad entre la actividad sexual y la unión marital durante la adolescencia, sí sugieren que ambos hechos son expresiones de un mismo fenómeno, que redundan en una alta probabilidad de la reproducción en edades precoces y adolescentes; sin perjuicio de lo antedicho, es relativamente frecuente que el embarazo anteceda a la unión en esas edades juveniles. Por tanto, las iniciativas de acción dirigidas a

²⁹ Las encuestas sobre salud reproductiva de los adultos jóvenes (Young Adult Reproductive Health Surveys, YARHS) fueron coordinadas por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

incidir sobre las normas y tradiciones relativas a la actividad sexual y la formación de uniones en edades tempranas pudieran contribuir a atenuar la fecundidad en aquellas edades. Estas iniciativas serían particularmente idóneas respecto de las personas que, por el hecho de pertenecer a grupos en condición de marginalidad y pobreza, no perciben que la postergación del matrimonio puede redituar en su propio beneficio, sobre todo en el caso de las mujeres.³⁰

B. PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN

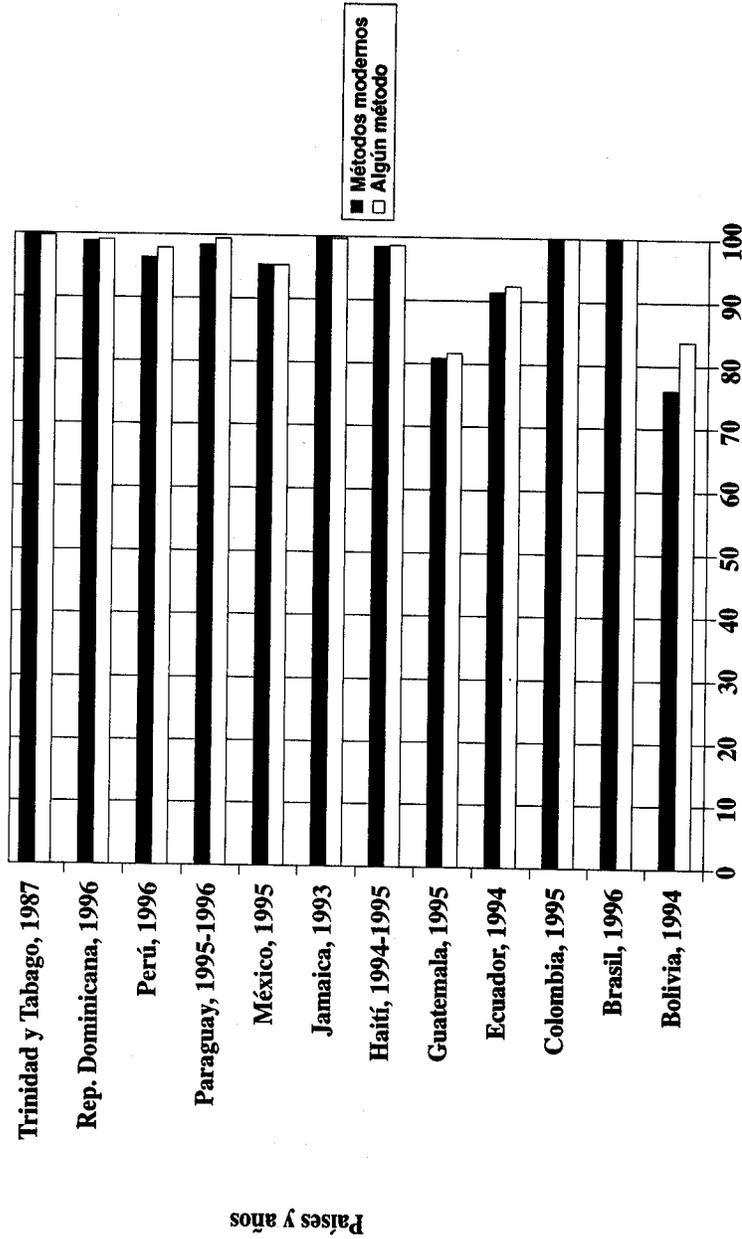
1. Conocimientos y actitudes

La celeridad de la difusión del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos ha sido uno de los procesos más dinámicos que registra la historia reciente de los países de América Latina y el Caribe. Por cierto, este conocimiento abarca una gama de situaciones, que van desde una información básica acerca de la posibilidad de impedir que una relación sexual origine una concepción hasta una capacidad de manejo instrumental de los procedimientos pertinentes. Según los datos recopilados por las encuestas de demografía y de salud en un conjunto de países de la región, la inmensa mayoría de la población femenina en edades fértiles manifiesta tener algún conocimiento al respecto. Incluso en Guatemala, donde ese conocimiento está menos generalizado, ocho de cada 10 mujeres (82%) que han establecido uniones declararon estar enteradas sobre la existencia de métodos anticonceptivos; en Costa Rica, la totalidad de las mujeres que han constituido uniones reconoció tener antecedentes sobre la materia. Cuando se pregunta si ese conocimiento se refiere a algún método moderno, la frecuencia de respuestas afirmativas disminuye; aun así, el porcentaje más reducido, registrado en Bolivia, indica que más de las tres cuartas partes (77%) de las mujeres que habían formado uniones estaban en condiciones de mencionar al menos uno de esos métodos (véanse los gráficos 25, 26 y el cuadro 19 del anexo). Dada la naturaleza de la información reunida por medio de las encuestas, es útil especificar que el "conocimiento" declarado puede limitarse a la mera mención de un método, lo que no significa que se disponga de una información apropiada respecto de su empleo.

Debido a su amplia difusión, el conocimiento sobre métodos anticonceptivos muestra variaciones exiguas en comparación con las grandes diferencias constatadas en relación con otros aspectos de la conducta y la salud reproductivas. En varios países virtualmente no se observan variaciones, pues aun entre los grupos sociales más postergados es alta la proporción de la población que declara saber acerca de la existencia de métodos modernos de anticoncepción. Así sucede, por ejemplo, con más del 97% de las mujeres unidas residentes en las áreas rurales de Paraguay y de República Dominicana. No obstante, los rasgos de las inequidades son notorios en otros países. Como ilustración de este último caso, en las áreas rurales de Bolivia ese conocimiento sólo alcanza a poco más de la mitad (55%) de las mujeres que han constituido uniones y llega a una fracción todavía menor (45%) de las que no tienen instrucción regular; estas proporciones contrastan con el carácter generalizado del conocimiento sobre métodos anticonceptivos que exhiben las mujeres con educación media o superior y las residentes en localidades urbanas.

³⁰ A raíz de su marginalidad, estas personas no se ven sometidas a los estímulos favorables a una movilidad social ascendente. Estos estímulos corresponden a exigencias educacionales y laborales, cuyos costos de oportunidad aumentan la conveniencia de postergar el matrimonio hasta después del término de la adolescencia.

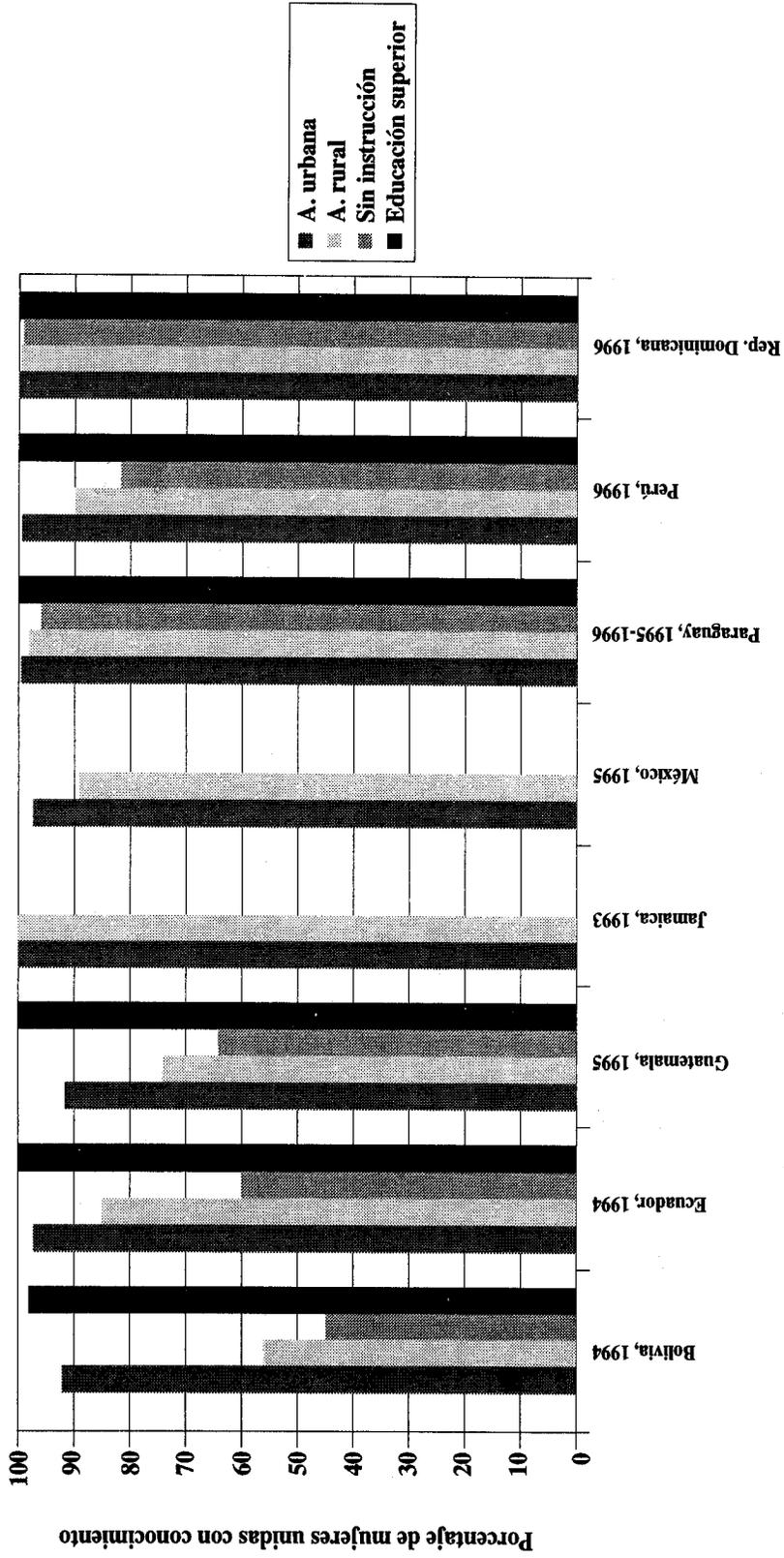
Gráfico 25
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE CONOCIMIENTO DE MÉTODOS
 ANTICONCEPTIVOS, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Porcentaje de conocimiento de métodos

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Gráfico 26
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS QUE CONOCEN
 ALGÚN MÉTODO MODERNO DE ANTICONCEPCIÓN SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN,
 PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Países y años

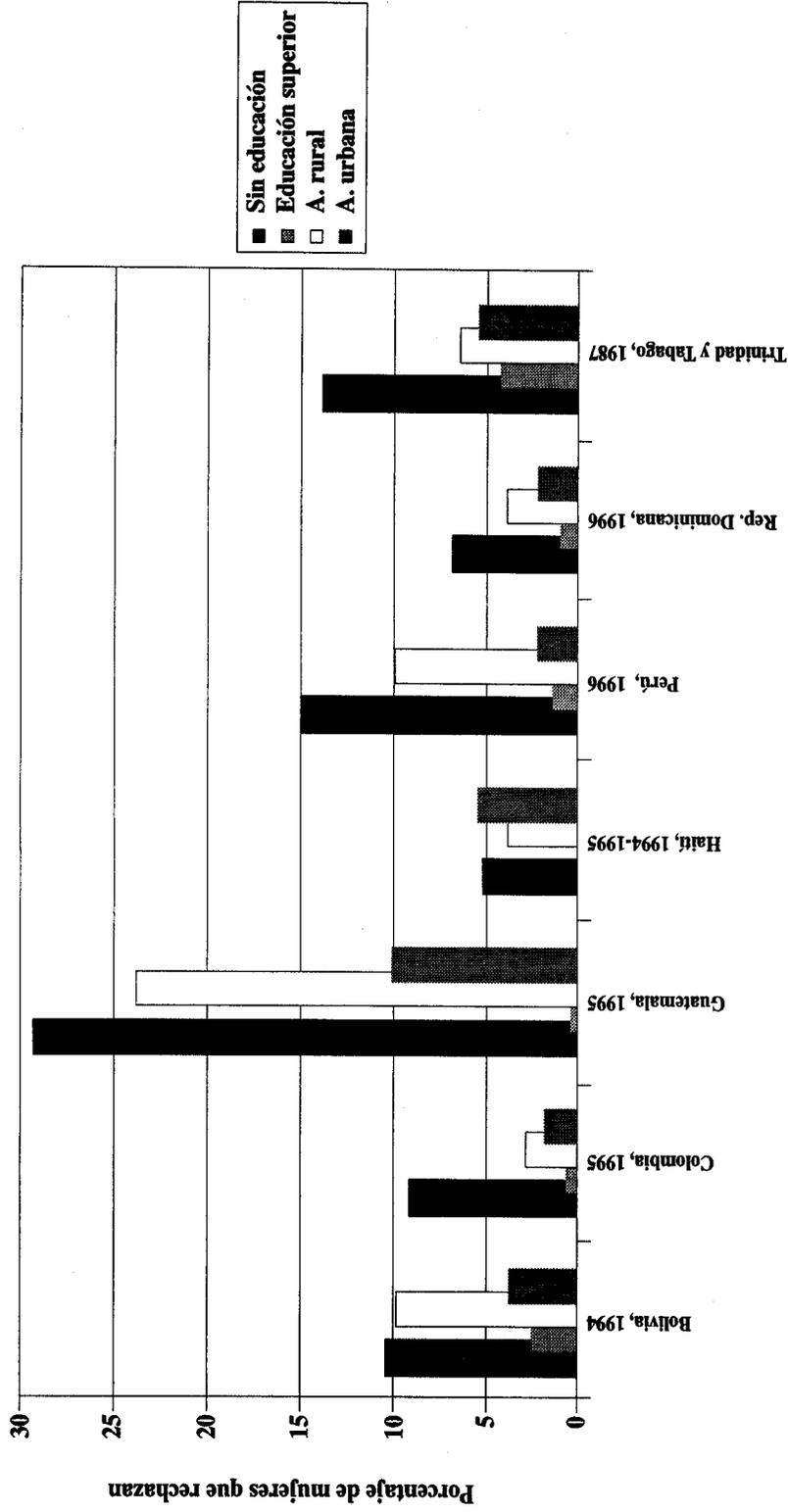
Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Aparentemente, en la región se ha avanzado bastante en la difusión de información y antecedentes básicos sobre los medios disponibles para acceder a la maternidad voluntaria. Sin embargo, aún persisten rezagos. Algunos de estos rezagos quedan de manifiesto por el desconocimiento existente en segmentos sociales marginados y en condiciones de pobreza; ejemplos de este tipo de situación se encuentran entre las mujeres bolivianas, ecuatorianas y guatemaltecas que carecen de instrucción. Otros rezagos conciernen a la profundización de los conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Si bien las cifras de las encuestas revelan que parte importante de la población dispone de algún conocimiento, no hay certeza de que éste sea suficiente para comprender el uso actual de los procedimientos y las posibilidades de elección entre distintas opciones. Además, varias investigaciones coinciden en señalar que es alto el grado de desconocimiento sobre aspectos relevantes de la sexualidad y la reproducción humanas —como los relativos al cuidado de la salud, al ciclo fértil de la mujer, a los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA), a las condiciones biológicas de la gestación y el puerperio, y a la fisiología de los órganos reproductivos—; estas deficiencias se han observado incluso en países en los que la información sobre anticoncepción alcanza amplia difusión y se han incorporado en la cultura reproductiva de las parejas (CELADE, 1996).

Otro aspecto particularmente valioso de la información reunida por las encuestas de demografía y salud atañe al conocimiento que los hombres declaran tener respecto de los métodos anticonceptivos. Dado que la sexualidad y la reproducción son esferas en las que cabe una responsabilidad compartida a hombres y mujeres, este antecedente puede ser útil para lograr que esa condición se cumpla en los comportamientos cotidianos. Las cifras disponibles permiten inferir que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos está lo suficientemente generalizado entre los hombres como para que no se distingan mayores diferencias con la situación de las mujeres al respecto. Por tanto, parece existir una base de información común que coadyuvaría en el proceso de adopción de decisiones relativas a la planificación familiar de las parejas. Esto no impide, sin embargo, que esas decisiones trasuntan diferencias de género, que surgen de valores, actitudes y dinámicas de poder intrafamiliares y no de un supuesto desconocimiento de los hombres acerca de los métodos anticonceptivos.

Un asunto relacionado con los temas precedentes es el de las actitudes frente a la planificación familiar. Aunque no abarcan toda la complejidad de este asunto, las encuestas de demografía y salud se refieren a las reacciones de los entrevistados sobre: los mensajes acerca de la planificación familiar, el uso actual de anticonceptivos y la toma de decisiones sobre regulación de la fecundidad en el seno de la familia. Según los datos reunidos, la planificación familiar tiene amplia aceptación en los países de América Latina y el Caribe, pues los mensajes que la promueven son rechazados por una fracción pequeña de la población, que alcanzó su máximo en Guatemala, donde la proporción es una de cada 10 mujeres. La incidencia del rechazo es sistemáticamente mayor entre las mujeres con escasa o nula instrucción regular y entre las residentes de las áreas rurales; por ejemplo, un tercio de las guatemaltecas sin instrucción (30%) y de las que pertenecen a etnias indígenas (32%) manifestó su oposición a tales mensajes (véanse el gráfico 27 y el cuadro 20 del anexo). Estos resultados son indicativos de las dificultades que encuentran los programas de planificación familiar en aquellos grupos, no obstante ser los mismos que registran niveles altos de fecundidad no deseada. Las actitudes de este segmento particularmente pobre de la sociedad parecen corresponder a un síndrome de falta de cristalización de uno de los requisitos para la reducción sostenida de la fecundidad marital, descrito en un ya clásico artículo de Coale (1977); en efecto, parece persistir el riesgo de reprobación social para los usuarios de la planificación familiar.

Gráfico 27
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES QUE RECHAZAN LOS MENSAJES Y USO DE ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ZONA DE RESIDENCIA, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Países y años

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

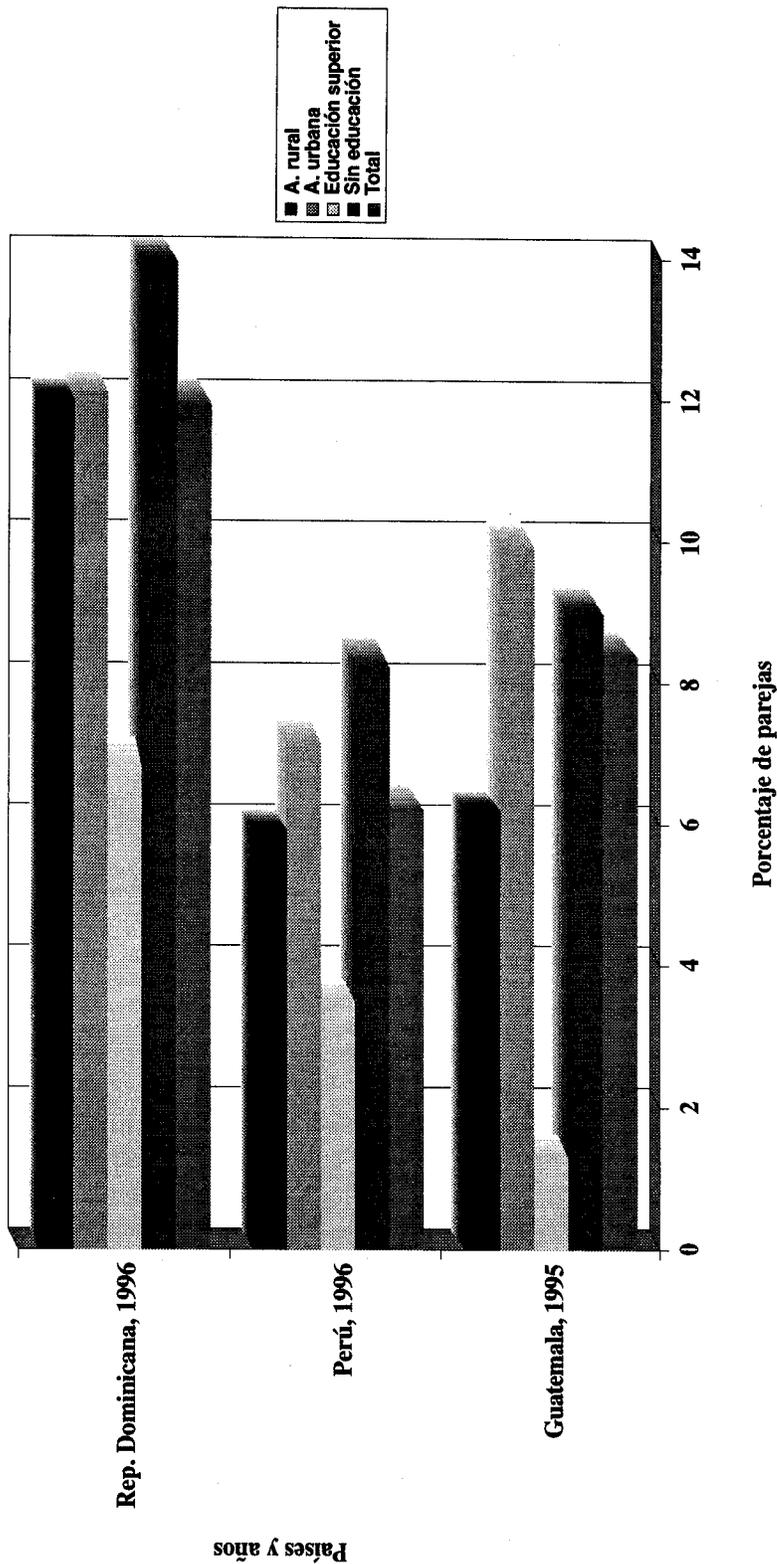
Cabe agregar que la oposición a los mensajes de promoción de la planificación familiar no acusa una distinción marcada de género. Sólo en República Dominicana se apreció una mayor resistencia de parte de los hombres, pues un 7% se declaró contrario a tales mensajes y sólo un 3% de las mujeres manifestó una disposición similar. Estos antecedentes permitirían sugerir que, como en el caso del conocimiento sobre métodos anticonceptivos, la virtual coincidencia de reacciones de hombres y mujeres respecto de la difusión de la planificación familiar contribuiría, al menos en parte, a un proceso decisorio con mayor equidad de género. Sin embargo, la eventual semejanza de actitudes en este campo no sería un factor suficiente como para permitir la superación de otros escollos de orden cultural que restringen ese horizonte de equidad en las prácticas familiares. Aun así, la promoción deliberada de responsabilidades compartidas en el plano del comportamiento reproductivo podría facilitar la debilitación de los estereotipos predominantes sobre los papeles sociales de ambos géneros.

Dado que ni en el ámbito del conocimiento ni en el de la aceptabilidad de los mensajes asociados a la anticoncepción se advierten discrepancias notorias entre hombres y mujeres, sería conveniente realizar un examen más detallado a escala de las parejas. Los escasos datos disponibles no permiten conclusiones definidas. Sin perjuicio de que en la mayoría de las parejas sus dos integrantes aprueben la planificación familiar, cuando existen discrepancias respecto del uso actual de medios de anticoncepción es frecuente que la mujer los apruebe y que su marido o compañero los rechace. El país que registra una mayor proporción (12%) de parejas con desacuerdos sobre esta materia es República Dominicana, rasgo congruente con las diferencias de género en lo que respecta a la aceptación de la propaganda sobre planificación familiar. Un resultado no menos importante encontrado por las encuestas es que, con toda claridad, las discrepancias de género son mayores entre los estratos sociales pobres; por ejemplo, en Perú la frecuencia de ese dilema entre las mujeres sin instrucción (8.4%) más que duplica la incidencia que representa para las que poseen educación superior (3.5%) (véanse el gráfico 28 y el cuadro 21 del anexo). A la luz de estas evidencias todavía fragmentarias puede sostenerse que la planificación familiar goza de amplia aceptación entre hombres y mujeres, pero que también hay una proporción relativamente pequeña —aunque no despreciable— de parejas que enfrentan conflictos sobre esta materia tan sensible y cuya resolución suele ir en desmedro de la posición de la mujer; además, no debe perderse de vista que estos conflictos son más comunes entre los grupos más afectados por condiciones de pobreza.

2. Prácticas anticonceptivas

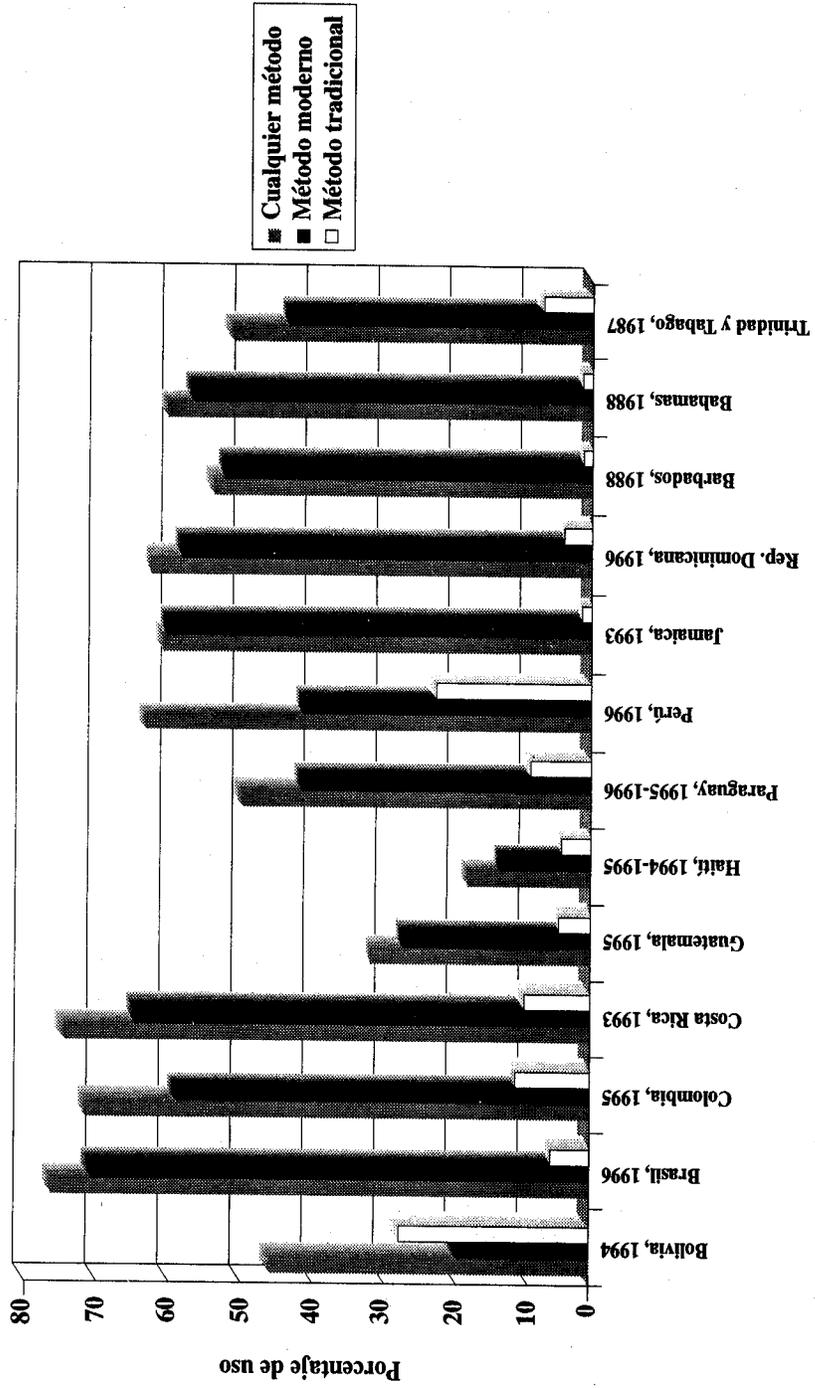
Se estima que 57% de las parejas latinoamericanas y caribeñas en edad reproductiva utilizan algún método anticonceptivo, en su mayoría (49%) de tipo moderno. Aunque la drástica disminución de la fecundidad en los países de la región se ha asociado estrechamente con la expansión de la oferta y el uso de estos métodos, las cifras comparativas sobre la prevalencia de la anticoncepción sitúan a la región muy cerca del promedio mundial (Naciones Unidas, 1997a). Desde luego, en torno a la media regional existen grandes variaciones entre los países. Si se considera sólo a las mujeres unidas, la proporción de usuarias de cualquier tipo de método varía entre un mínimo de 18% en Haití y un máximo de 77% en Brasil; si se descuenta el caso de Haití, el índice de prevalencia es inferior al 50% sólo en tres países (Nicaragua, Bolivia y Guatemala) para los que se cuenta con información (véanse el gráfico 29 y el cuadro 22 del anexo). Si esta comparación se limita a las mujeres unidas que son usuarias de métodos modernos, las proporciones descienden y —tal vez más importante— se hace patente la condición de rezago que afecta a Haití, Bolivia y Guatemala, pues menos del 30% de las mujeres que han conformado uniones de estos países son usuarias de aquellos métodos.

Gráfico 28
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE PAREJAS DONDE LA MUJER APRUEBA Y SU COMPAÑERO
 SE OPONE A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN,
 PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Gráfico 29
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS, SEGÚN USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS,
 PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Países y años

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Las cifras de *uso actual de anticonceptivos modernos* permiten advertir también que, maguer la reconocida ampliación experimentada por la cobertura de los servicios de planificación familiar, persisten grandes lagunas en el acceso a medios eficaces de anticoncepción. En varios países de la región, las usuarias de métodos anticonceptivos modernos representan menos de la mitad de las mujeres en unión. Incluso en aquellos países cuyos índices de prevalencia son más elevados, la escasa gama de opciones pudiera dificultar la libertad de elección de métodos. Frente a estos aspectos, es importante examinar los argumentos esgrimidos por las usuarias potenciales como justificación para no utilizar esos métodos. Una fracción declara encontrarse en situaciones que harían irrelevante el uso de anticonceptivos, como la búsqueda de un embarazo o una práctica sexual virtualmente nula. Si a esta fracción —que puede alcanzar dimensiones absolutas significativas— se agregan las mujeres afectadas por condiciones de infertilidad transitoria o permanente, se tiene un conjunto que no configura una demanda efectiva de anticonceptivos. Además de estas razones para no utilizar métodos se formulan otras, que podrían atribuirse a información distorsionada o al rezago sociocultural; en tal sentido apuntan las observaciones sobre: supuestos efectos adversos de los anticonceptivos para la salud, desconocimiento de métodos y resistencia a su aceptación.³¹ Ni los factores de costo ni los relativos al conocimiento sobre la fuente de abastecimiento (o su lejanía) parecen desempeñar un papel importante en las decisiones sobre no uso o interrupción del uso de medios de anticoncepción, pues apenas se les menciona.

Por cierto, las razones esgrimidas por las mujeres para no usar métodos anticonceptivos podrían agruparse en función de la racionalidad de sus declaraciones. Sólo serían racionales aquellas respuestas coherentes con los factores definitorios del conjunto de mujeres que no configura una demanda efectiva de anticonceptivos (búsqueda de embarazo, infertilidad o ausencia de relaciones sexuales); las demás respuestas se catalogarían como irracionales, pues ellas encubrirían situaciones de demanda insatisfecha. Aunque este tipo de agrupación no es ajena a la literatura sobre el tema, su uso está sujeto a controversia y, por ende, su utilidad como criterio para estimar los vacíos de la planificación familiar resulta cuestionable. Tales vacíos deben detectarse mediante una identificación de las mujeres no usuarias que están expuestas al riesgo de concepciones no deseadas; si se procede de esta forma se puede hacer una estimación cuantitativa de la *demandada insatisfecha de planificación familiar*.³²

De la comparación entre la fecundidad observada y las preferencias reproductivas se deduce que la necesidad insatisfecha de planificación familiar es bastante elevada en varios países de la región, hecho coherente con las cifras de los indicadores de fecundidad no deseada. En cuatro países esa necesidad insatisfecha se hace extensiva a más de la cuarta parte de las mujeres en edad fértil que han

³¹ Las principales razones declaradas por las mujeres que han establecido uniones, menores de 30 años, para no usar anticonceptivos varían entre los países: en Colombia y Brasil la poca frecuencia de relaciones sexuales, la menopausia y la infertilidad son las más comunes; en Bolivia predomina el desconocimiento de métodos; en Perú destaca la preocupación por los efectos dañinos para la salud; en Haití y República Dominicana es preponderante la aspiración a tener más hijos; en Guatemala prevalece la oposición ideológica a la planificación familiar. Es importante agregar que el desconocimiento de métodos anticonceptivos es reconocido por un porcentaje elevado —entre 13% y 25%— de las haitianas, guatemaltecas y bolivianas.

³² En las encuestas demográficas y de salud se considera que tienen necesidades insatisfechas de planificación familiar las mujeres fértiles que, al momento de la encuesta, no usaban métodos anticonceptivos y se encontraban en alguna de las siguientes situaciones: i) no deseaban tener más hijos; ii) embarazadas o amenorreicas, cuyo último embarazo no fue deseado; iii) embarazadas o amenorreicas, cuyo último embarazo sí fue deseado, pero lo hubieran preferido en una fecha posterior; iv) desean más hijos, pero prefieren esperar por lo menos dos años para tenerlos. Las situaciones i) y ii) indican necesidades insatisfechas para *limitar* la descendencia y las dos restantes —iii) y iv)—, necesidades insatisfechas para *espaciar* la descendencia.

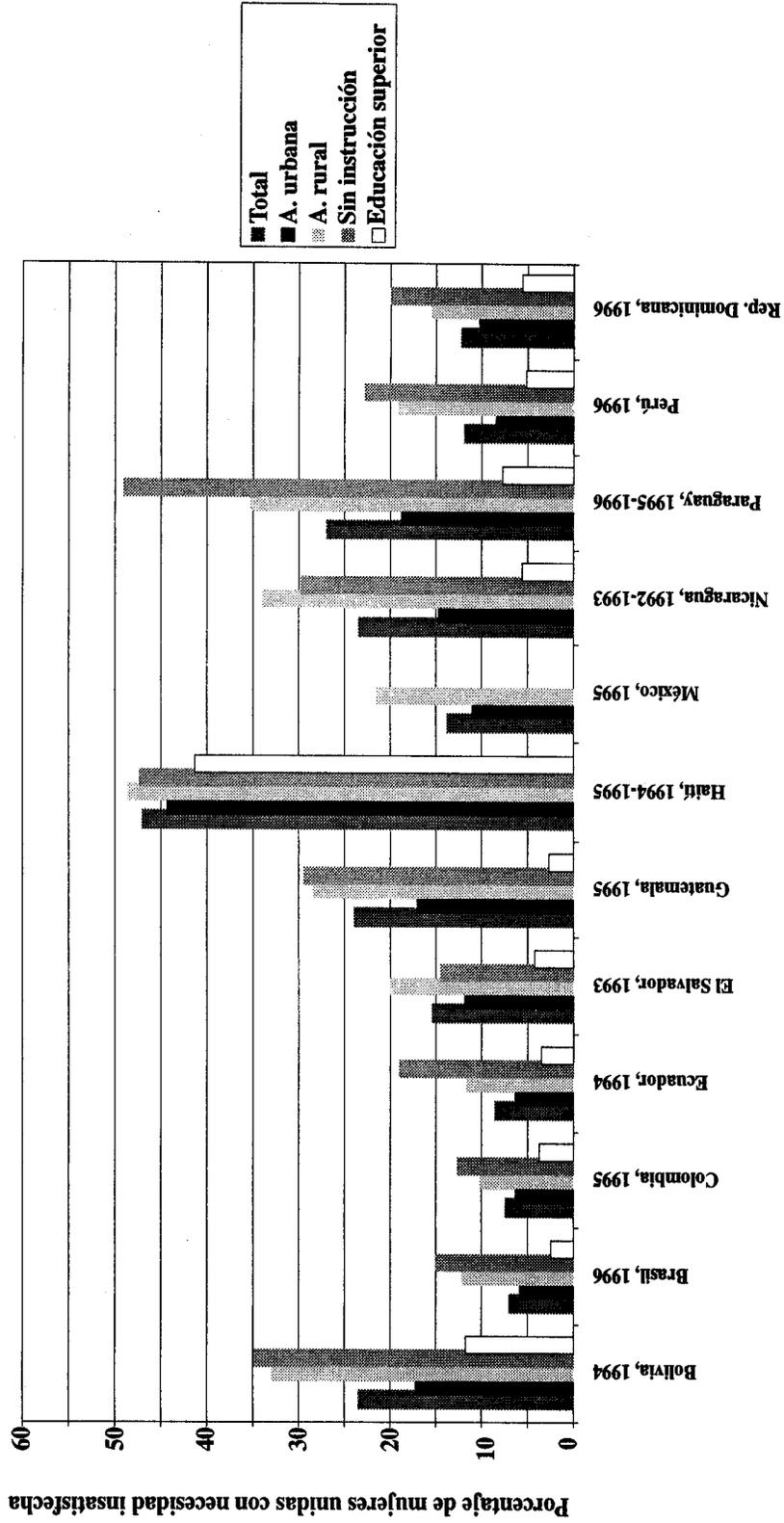
formado uniones y, como cabría esperar, alcanza un máximo en Haití, donde afecta a cerca de la mitad (48%) del universo (véanse el gráfico 30 y el cuadro 23 del anexo). Esta insatisfacción comprende menos del 10% de las mujeres pertinentes en Brasil, Colombia y Ecuador; estas cifras relativamente bajas de necesidades insatisfechas tienen su explicación en la elevada proporción de usuarios actuales de métodos anticonceptivos modernos en los dos primeros países y por la focalización, aparentemente exitosa, de los programas de planificación familiar en Ecuador.

Como en los demás ámbitos de la salud reproductiva, la diferente incidencia de las necesidades insatisfechas de planificación familiar es concomitante con las inequidades socioeconómicas. De un modo recurrente en los diversos países, estas necesidades adquieren su mayor intensidad en los sectores rurales y entre las mujeres con menor grado de educación regular. Tal situación parece asumir rasgos generalizados en Haití, coincidiendo con la alta proporción de mujeres cuyas necesidades de planificación familiar no son satisfechas (48%). En las áreas rurales de los demás países esa insatisfacción fluctúa entre un 11% de las mujeres que han constituido uniones en Colombia y un 34% en Nicaragua. En cambio, las cifras correspondientes en el medio urbano van desde 6% en Brasil hasta 18% en Bolivia. Mas agudas diferencias se verifican cuando se considera el nivel de educación de las mujeres; las necesidades insatisfechas de las que han alcanzado un grado superior de enseñanza se reducen a 3% en Brasil y se elevan a 36% entre las que carecen de instrucción en Bolivia.

Las diferencias anteriores, tanto entre los países como dentro de los mismos, concuerdan con las desigualdades de acceso a los medios de anticoncepción; en general, a una menor proporción de mujeres que han formado uniones usuarias de métodos anticonceptivos modernos corresponde una mayor incidencia de necesidades insatisfechas de planificación familiar. Sin embargo, esta correspondencia no es absoluta, pues las necesidades de planificación familiar dependen, más que de la prevalencia del uso actual de anticonceptivos, de la planeación de los embarazos. Esta especificación permite entender por qué las necesidades insatisfechas de planificación familiar son mayores en República Dominicana que en Ecuador, en circunstancias que el índice de prevalencia del uso actual de anticonceptivos es claramente inferior en este segundo país.³³ Desde luego, esta especificación no impide que el efecto de las inequidades socioeconómicas deje una clara huella sobre el uso actual de métodos anticonceptivos modernos. Con la excepción de El Salvador, donde la disparidad más evidente se expresa entre las áreas urbanas y rurales, los contrastes más acentuados surgen de la comparación entre los grupos con niveles extremos de educación. Por ejemplo, la prevalencia se reduce a sólo un 3% de las mujeres unidas de Bolivia que carecen de instrucción; entre las haitianas y guatemaltecas en iguales condiciones, la proporción alcanza al 8% y al 13%, respectivamente. En Ecuador, país para el que se dispone de datos según estratos sociales, el uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres del estrato alto (57.2%) duplica la frecuencia registrada por las mujeres del estrato bajo (29.2%).

³³ Actualmente, los métodos anticonceptivos son usados por 59% de las dominicanas en unión y 46% de las ecuatorianas en la misma situación; en cambio, las necesidades insatisfechas se hacen sentir entre el 13% de las primeras y sólo el 9% de las segundas.

Gráfico 30
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS CON NECESIDAD INSATISFECHA
 DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACIÓN,
 PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Países y años

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Recuadro 7
CAMBIOS EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO

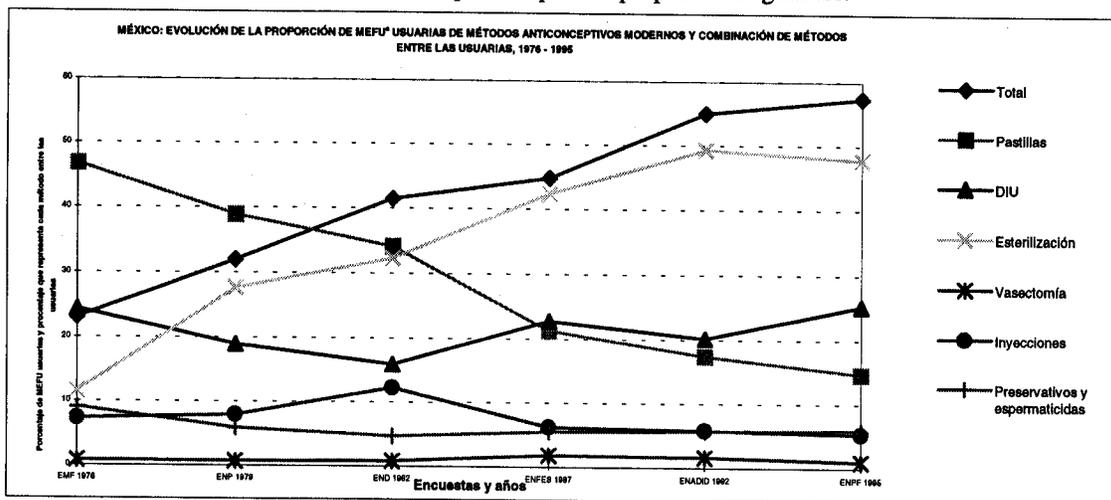
En 1965 se estimó en México una tasa global de fecundidad de 7.1 hijos por mujer, cifra propia de poblaciones en que el uso de anticonceptivos es mínimo o nulo. Once años después, entre el 21% y el 23% de las mujeres en edad fértil utilizaba algún método anticonceptivo. En 1977 se lanzó el Programa Nacional de Planificación Familiar, cuya primera etapa (1977-1982) comenzó con el diseño de sus bases programáticas. Estas bases fueron revisadas por el personal encargado de adoptar decisiones futuras sobre la materia y se gestó una coordinación intrasectorial de la planificación familiar en cada entidad federativa. Gracias a esta estructura programática y a la intervención de personal profesional altamente calificado para manejarla, al finalizar esta primera etapa los resultados superaron lo programado: la proporción de mujeres en edad fértil que habían establecido uniones, usuarias de métodos anticonceptivos modernos aumentó de 23.1% en 1976, de acuerdo con la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF), a 41.5%, en 1982, según la Encuesta Nacional Demográfica (END). Gracias a ello, la tasa de crecimiento natural de la población disminuyó de 3.2% en 1976 a 2.4% en 1982. La siguiente evaluación de la cobertura del Programa Nacional de Planificación Familiar se derivó de los resultados de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES) de 1987. Entre 1982 y 1987 el incremento en el uso de anticonceptivos modernos fue de sólo el 8% (véase el gráfico) y la tasa de crecimiento natural de la población en 1988 se estimó en 2.3%, lo que indica una disminución de apenas una décima de punto en el quinquenio previo. ¿Por qué ocurrió este cambio en un programa que había sido tan exitoso hasta 1982? Cabe enunciar cuatro posibilidades: i) la desaparición, en 1980, de la entidad de Coordinación Nacional del Programa de Planificación Familiar, cuyo personal se integró al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); ii) el reemplazo de los expertos a cargo del manejo del programa de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), en 1980, por personal que no estaba familiarizado con esas labores; iii) como consecuencia de lo anterior, la única institución en el sector oficial que aumentó su cobertura fue el IMSS; iv) por efecto de la grave crisis económica en el período las actividades desarrolladas por los médicos privados en materia de uso de anticonceptivos no mostraron avance con relación a lo obtenido en 1982 y la venta de anticonceptivos en las farmacias sufrió un retroceso. La tercera etapa, de 1987 a 1992, finalizó con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID). La cobertura del Programa —sin alcanzar resultados tan espectaculares como los registrados hasta 1982— reflejó las acciones de los profesionales de la salud en la entrega de anticonceptivos modernos, que incrementaron su cobertura en un 23% en el período. Por último, en 1995, la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (ENPF) mostró un ligero avance (de 4.36%) en la cobertura de anticonceptivos modernos (véase el gráfico).

El cambio más importante en la planificación familiar entre 1979 y 1995, de acuerdo con las encuestas efectuadas, fue la labor del sector público en materia de distribución de anticonceptivos modernos, cuya cobertura se incrementó en un 153%; en este sector, la cobertura del IMSS creció en un 183% y la del SSA en un 103%. El aumento de la cobertura por parte del sector privado fue de solamente el 2.68%, con una disminución de la participación de las farmacias y un aumento en la de los médicos privados (véase el gráfico). El perfil del programa de planificación familiar entre 1976 y 1995, según la cobertura y el tipo de método anticonceptivo moderno utilizado, se indica en el cuadro siguiente.

PORCENTAJE DE MUJERES QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS Y DISTRIBUCIÓN DE USUARIAS ACTIVAS, SEGÚN MÉTODO USADO, 1976-1995

	EMF 1976	ENP 1979	END 1982	ENFES 1987	ENADID 1992	ENPF 1995
Uso por mujeres unidas	23.1	32	41.5	44.8	55	57.4
Pastillas	46.8	38.9	34.1	21.3	17.4	14.7
DIU	24.4	18.9	15.9	22.8	20.2	25.3
OTB	11.6	27.7	32.3	42.4	49.3	47.8
Vasectomía	0.8	0.7	0.8	1.8	1.6	1
Inyecciones	7.3	7.9	12.2	6.2	5.8	5.3
Preservativos y espermaticidas	9.1	5.9	4.7	5.5	5.7	5.9

En materia de acciones de población en los 19 años comprendidos entre 1976 y 1995, la más efectiva ha sido la distribución de anticonceptivos modernos por los sectores público y privado. El Plan Nacional de Planificación Familiar de 1977 es el único que fue aprobado por el Poder Ejecutivo Federal y que después de transcurridos 20 años persiste y da resultados. Su contribución a la disminución de la fecundidad y de la tasa de crecimiento de la población ha sido hasta ahora muy importante, a pesar del cambio que sufrió cuando pasó de ser un programa de gran éxito nacional e internacional a uno del cual poco se habla actualmente. Aun así, el programa de planificación familiar es el único que no ha sido reinventado y que continúa esforzándose por cumplir sus propósitos originarios.



Fuente: J. Martínez, "Cambios en planificación familiar", *Demos. Carta demográfica de México*, N° 10, México, D.F., 1997
^a Mujeres en edad fértil que han establecido uniones.

En lo que atañe al tipo de método anticonceptivo utilizado, los países de América Latina y el Caribe registran una creciente presencia de la *esterilización* que, en general, es el método más difundido en el mundo, especialmente en los países en desarrollo (Naciones Unidas, 1997a). Una de las razones que explican esta amplia difusión estriba en que la esterilización es un método de gran eficacia anticonceptiva, pues sus fallas son inferiores al 1% de los casos; otra razón es que este método parece contar con la preferencia de una alta proporción de las mujeres.³⁴ No obstante, es un procedimiento invasivo, de difícil reversión y que, como otras intervenciones quirúrgicas, conlleva riesgos (OPS, 1992, p. 296). Tampoco se puede desconocer que la esterilización no siempre se ha realizado en condiciones que garanticen el libre ejercicio de los derechos reproductivos, como el suministro oportuno de suficiente información acerca de las características del método; incluso, se le ha practicado en el contexto del parto, bajo circunstancias que no permiten asegurar un pleno consentimiento de la mujer. Por estas razones, el **Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo** recomienda "... reforzar los mecanismos de asesoramiento que informen a los usuarios potenciales de la esterilización sobre la existencia de otros métodos anticonceptivos y acerca de las consecuencias de decidirse por un método permanente" (CEPAL, 1996, p. 36).

³⁴ Según un estudio de la OPS (1992), las razones esgrimidas por las mujeres que prefieren la esterilización en vez de otros métodos anticonceptivos son diversas. Algunas consideran que es la opción más cómoda porque una vez esterilizadas pueden desentenderse de los riesgos del embarazo; otras adoptan la esterilización porque se les ofrece gratuitamente y las libera de incurrir en gastos adicionales en planificación familiar. Un tercer grupo de mujeres argumenta que prefiere la esterilización porque es ofrecida por equipos móviles, lo que les evita tener que desplazarse para obtener otros métodos anticonceptivos. Finalmente, algunas de las mujeres que tienen objeciones religiosas contra la planificación familiar declaran que han optado por la esterilización porque así sienten que "pecan una sola vez" (p. 301).

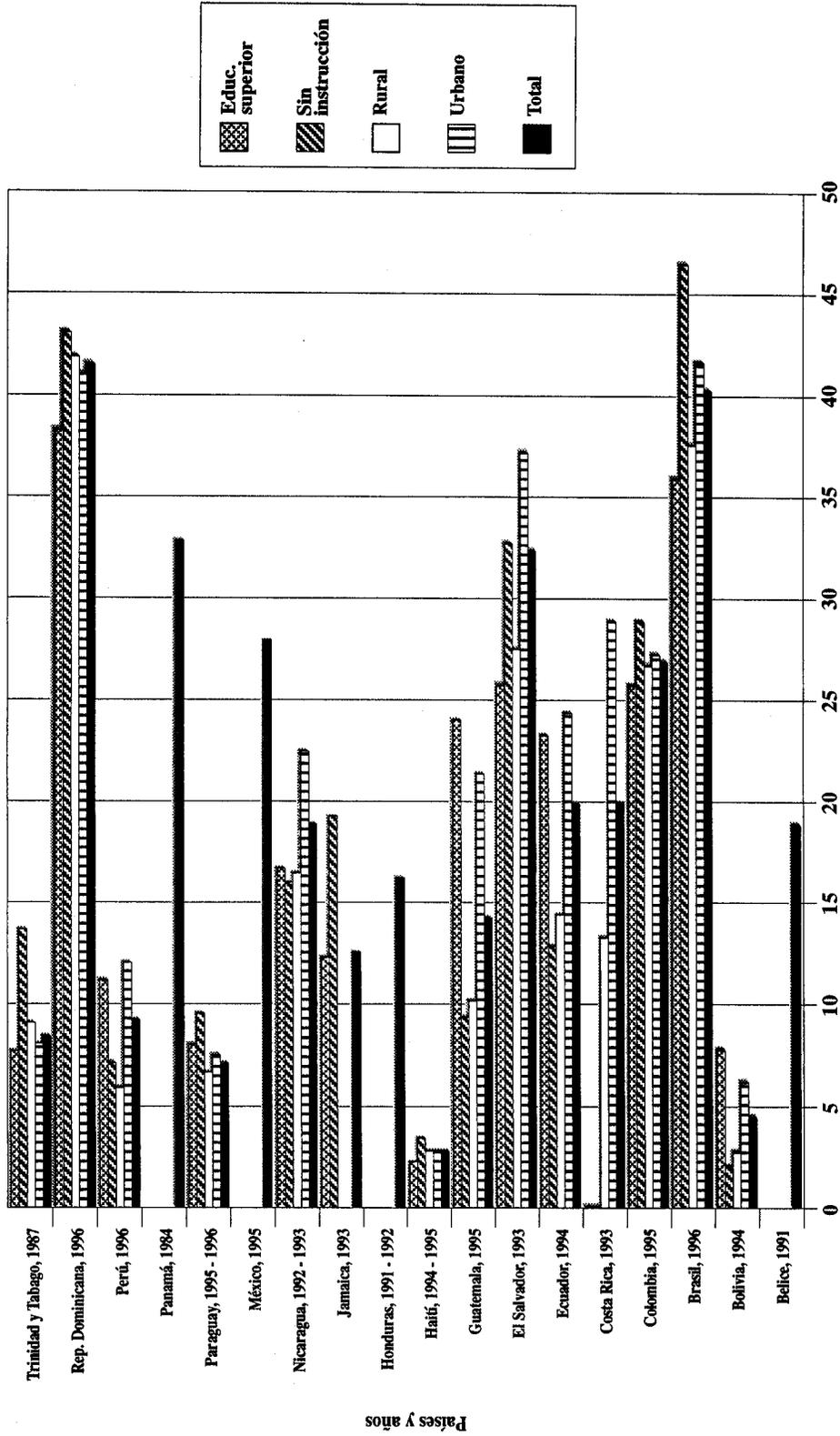
La esterilización ha presentado, a lo largo de la historia, un sesgo de género, puesto que ha sido un procedimiento anticonceptivo básicamente femenino. Aunque la vasectomía ha cobrado importancia en algunos países, a escala mundial se registra una razón de cinco mujeres esterilizadas por cada hombre vasectomizado. En América Latina y el Caribe, con excepción de Puerto Rico, este sesgo es aún más marcado: la razón es de 20 mujeres esterilizadas por cada hombre vasectomizado (Prada, 1992). Diversos estudios de caso hechos en la región han mostrado una vasta gama de prejuicios y resistencias masculinas frente a la vasectomía. Aun cuando en los años ochenta se impulsaron algunos programas, la vasectomía sigue teniendo una incidencia marginal como método anticonceptivo en los países de la región. Diametralmente distinto es el caso de la esterilización femenina, que en varios países constituye el método anticonceptivo de uso más frecuente y de mayor importancia relativa dentro del conjunto de opciones existentes. Por cierto, se observan diferencias entre los países: en Haití sólo un 3% de las mujeres que han constituido uniones han sido esterilizadas en tanto que en Brasil y República Dominicana lo ha sido el 40% de esas mujeres.

Como en las cifras anteriores influye la prevalencia del uso actual de anticonceptivos modernos, no es extraña la proporción de mujeres haitianas esterilizadas. Sin embargo, el examen de las cifras de otros países permite señalar que la importancia relativa de la esterilización es elevada tanto en naciones con baja fecundidad y alta prevalencia del uso de métodos anticonceptivos como en otras de alta fecundidad y baja prevalencia; Brasil y República Dominicana son ejemplos del primer caso y Guatemala, El Salvador y Nicaragua lo son del segundo (véase el gráfico 31 y el cuadro 24 del anexo). Los países en que la esterilización juega un papel de menor importancia son Bolivia, Paraguay y Perú; las estadísticas de los ministerios de salud sugieren que la incidencia de la esterilización es aun menor en Argentina, Chile y Uruguay. Se ha esgrimido que estos patrones geográficos de la prevalencia de la esterilización se relacionan con las orientaciones y actividades de instituciones públicas y no gubernamentales; esta hipótesis de corte "institucionalista" supone la existencia de enérgicos programas de promoción y práctica de la esterilización.³⁵ No obstante, este enfoque es insuficiente porque no permite explicar por qué algunos programas de esterilización —públicos y privados— cumplen sus objetivos de cobertura y otros no lo logran. En rigor, los factores que explican el desigual avance de este procedimiento anticonceptivo —que lo hacen el "preferido" por una elevada proporción de las mujeres y le otorgan ventajas comparativas— son complejos y probablemente abarcan los planos culturales, institucionales, políticos y económicos.

Es común que se imputen sesgos socioeconómicos a la práctica de la esterilización, especialmente porque los primeros programas gubernamentales se orientaron a los grupos pobres de alta fecundidad en los que se advertían señales de cambio en las preferencias reproductivas. Dadas las características de esas poblaciones hacia las cuales estaba orientada, surgieron dudas acerca de la disposición de las mujeres que se esterilizaron. Sin embargo, el examen de la prevalencia actual de la esterilización según grupos sociales no revela tendencias definidas en un sentido u otro. En varios países la esterilización es más corriente entre las mujeres de las áreas urbanas y las de mayor nivel de

³⁵ Aunque en muchos países de la región la principal fuente de suministro de anticonceptivos es el sector privado —no siempre de índole comercial—, la esterilización femenina, salvo en Colombia y República Dominicana, suele formar parte de programas del sector público. El patrocinio oficial, unido a los menores costos económicos de su práctica, conferiría ventajas comparativas a la esterilización dentro del espectro de medios de anticoncepción.

Gráfico 31
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PERVALENCIA DE LA ESTERILIZACIÓN ENTRE LAS MUJERES UNIDAS,
 PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Porcentaje de mujeres en unión, esterilizadas
 Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

educación, como lo ilustran los datos de Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú; en otros, esa práctica está más difundida entre las mujeres rurales y las sin instrucción, como lo ejemplifican República Dominicana y Trinidad y Tabago. Por último, la prevalencia de la esterilización en Brasil no registra diferencias entre las zonas de residencia ni entre los niveles de educación y en Colombia la mayor prevalencia en el medio urbano va acompañada por un índice elevado entre las mujeres sin instrucción.

Recuadro 8
**LA CAÍDA DE LA FECUNDIDAD EN BRASIL: UN CAMBIO NO
 PROPUESTO EXPLÍCITAMENTE**

La rápida caída de la fecundidad en Brasil ocurrió durante un período de acelerado cambio social que incluyó tanto lapsos de expansión como de retracción económicas. La modernización inducida por el gobierno, que comenzó en los años cincuenta y se intensificó en los años sesenta, cambió la localización de la actividad económica, aceleró la migración del campo a la ciudad, promovió el desarrollo de una sociedad de consumo e incrementó la relevancia de los medios de comunicación, cuya acción coadyuvó a un cambio de actitud favorable a una familia más pequeña. Como resultado de estos cambios, los costos de crianza de los niños aumentaron y las preferencias relativas al tamaño de la descendencia se redujeron rápidamente.

Ahora bien, muchas de las transformaciones institucionales introducidas durante los años sesenta por un régimen militar que procuraba una modernización rápida del país tuvieron efectos colaterales tanto sobre las motivaciones de la población para controlar la fecundidad como sobre su capacidad de hacerlo; en general, estos efectos agudizaron la presión societal a favor de descendencias menos numerosas. Una conjugación de intervenciones de distintos actores sociales tendió a limitar la difusión y acceso a medios anticonceptivos modernos, a raíz de lo cual el aborto y la esterilización fueron los medios más usados para el control de la fecundidad.

La influencia de políticas explícitas en la reducción de la fecundidad ha sido irrelevante en comparación con el influjo de los efectos no planeados de un conjunto de iniciativas públicas y privadas; de hecho, el Gobierno de Brasil jamás ha adoptado una política explícita que procure la reducción del crecimiento demográfico. El caso de Brasil deja amplias lecciones para una revisión crítica de la investigación y de las políticas en materia de control de la natalidad. Por un lado, demuestra claramente que la caída drástica de la fecundidad no requiere forzosamente programas de planificación familiar de gran escala. Por otro lado, sugiere que la reducción de la fecundidad no apoyada oficialmente o "basada en el mercado", que impulsa a las mujeres a usar cualquier método que esté disponible, puede tener repercusiones negativas para la salud de las mujeres, como resultado del aumento de las tasas de aborto y esterilización.

Fuente: G. Martine, "Brazil's fertility decline, 1965-95: a fresh look at key factors", *Population and Development Review*, vol. 22, N° 1, Nueva York, marzo de 1996.

Si la comparación entre países se basa en la importancia relativa de la esterilización dentro del conjunto de métodos anticonceptivos modernos disponibles, la heterogeneidad persiste, pero se agudizan algunos rasgos diferenciadores. Se observa que en la mayoría de los casos nacionales la esterilización tiene un mayor peso relativo en el medio rural, singularidad que puede explicarse por el uso de equipos móviles para atender zonas donde la población está dispersa. Aun más nítida es la diferenciación según nivel de educación, puesto que la ponderación de la esterilización adquiere preponderancia entre las mujeres sin instrucción, con proporciones que frecuentemente exceden el 70% del uso total de anticonceptivos; en cambio, sólo entre las mujeres dominicanas con alto grado de educación se observa que la esterilización representa más del 50% de los métodos usados (véanse el gráfico 32 y el cuadro 25 del anexo). El panorama que resulta de esta comparación parece coherente con la crítica sobre el sesgo socioeconómico de la esterilización, aunque pone el acento en que la gama de opciones de métodos anticonceptivos para los estratos pobres es restringida. Esta restricción disminuye las posibilidades de

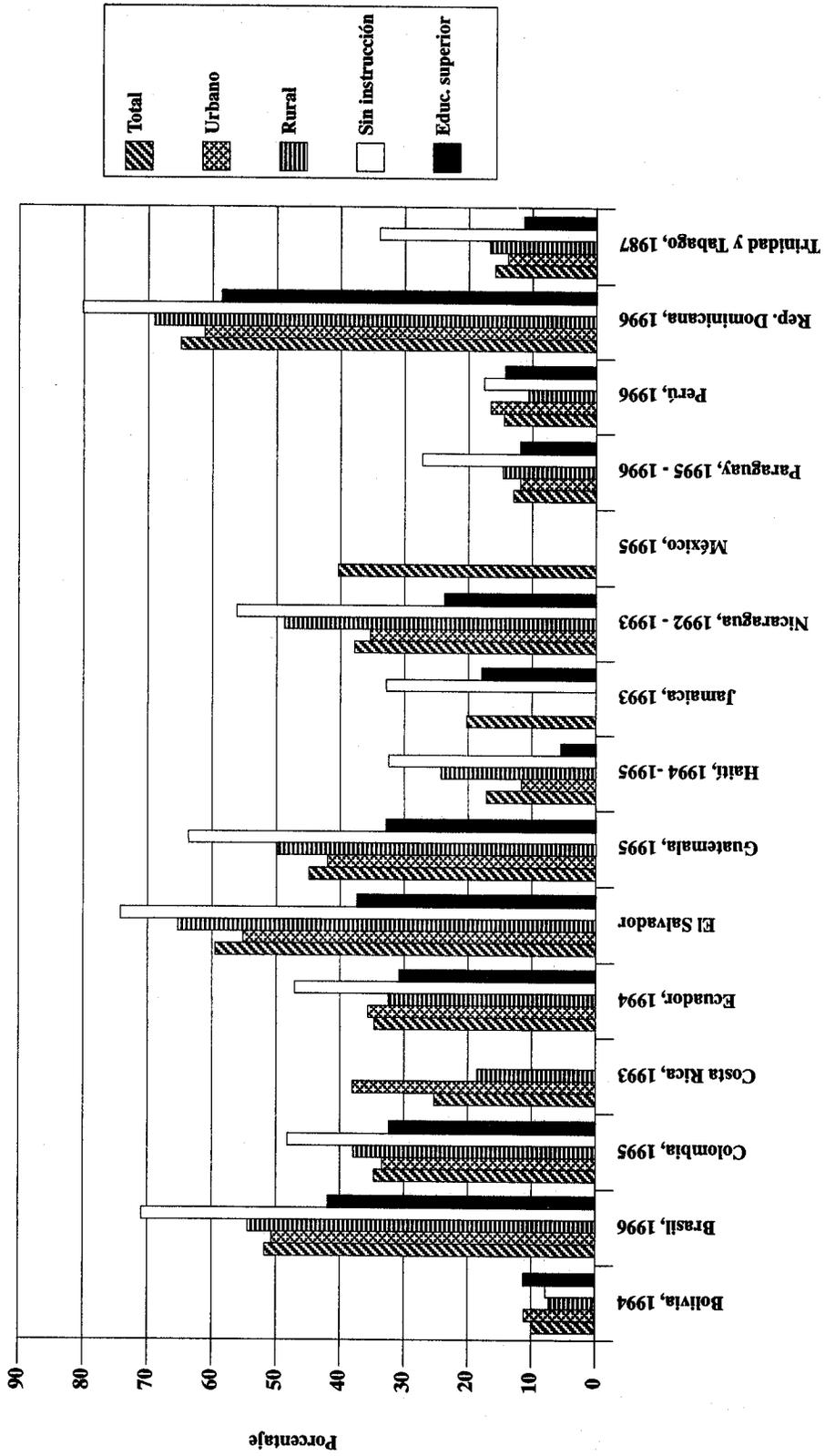
una elección libre y puede entrañar alguna presión indebida sobre las mujeres que desean regular su fecundidad. De allí la importancia de la recomendación del **Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo** en cuanto a "... ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para los individuos y las parejas según la edad, el número de hijos tenidos y el tamaño deseado de familia y la información acerca de sus características y los posibles efectos secundarios, para atender las necesidades cambiantes en materia de salud durante todo el ciclo vital ..." (CEPAL, 1996, p. 36). La experiencia de Brasil es ilustrativa de lo que acontece cuando, por diversas causas, se desatan las fuerzas favorables a una reducción del tamaño de la descendencia y no se dispone de una oferta de métodos anticonceptivos amplia y accesible.

C. SALUD MATERNA E INFANTIL

El acceso apropiado a los servicios de salud, que incluya un apoyo efectivo a las mujeres a lo largo de su período fértil, es un factor que influye significativamente sobre su salud reproductiva y sexual. Un derecho básico en tal sentido es que las mujeres puedan regular su fecundidad sin que ello ocasione riesgos para su salud. Por regulación de la fecundidad se entiende la posibilidad de una maternidad voluntaria, de embarazos y partos seguros y de dar a luz hijos sanos. Aunque no se examinen en este documento, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad son también elementos constitutivos de la regulación de la fecundidad.

Las consideraciones precedentes ponen de relieve la gran importancia que posee una atención adecuada —por parte de personal calificado y en lugares idóneos— de la mujer durante las instancias del embarazo, el parto y el puerperio. Dado que los efectos de esta atención no sólo se hacen sentir sobre la salud de la mujer sino también sobre la de sus hijos en las etapas iniciales de la vida, su existencia —como su calidad— son elementos fundamentales de la salud maternoinfantil. Con el propósito de explorar la situación imperante en los países de América Latina y el Caribe, este acápite se refiere primero a la vigilancia prenatal y después a la atención en el momento del parto; más adelante alude a la mortalidad materna y a la infantil. La exposición enfatiza las diferencias socioeconómicas reveladas por la información de las más recientes encuestas de demografía y salud disponibles para varios países de la región.

Gráfico 32
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PESO DE LA ESTERILIZACIÓN ENTRE LOS MÉTODOS
 ANTICONCEPTIVOS EN USO, TOTAL Y SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y GRUPOS EDUCACIONALES
 EXTREMOS, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Recuadro 9
SALUD FEMENINA DURANTE LAS EDADES REPRODUCTIVAS:
EQUIDAD Y ESPECIFICIDAD DE GÉNERO

Por lo común, los programas de medicina preventiva dirigidos a las mujeres se han concentrado en la atención prenatal —con miras a producir bebés y niños saludables— y dejaban de lado otros aspectos importantes de la salud femenina. En la década de 1950 ante la amenaza de una "explosión demográfica", los servicios de planificación familiar cobraron fuerza como actividad sanitaria preventiva, y la atención se dirigió a las mujeres, con el fin de reducir la natalidad. Posteriormente, en los años setenta, al reconocerse la importancia de la leche materna para el desarrollo sano del niño, el interés del sector se volcó de nuevo hacia las mujeres. Las iniciativas centradas en la supervivencia infantil en el decenio de 1980 se dirigieron a las madres, e hicieron recaer en ellas la responsabilidad de ejecutar las estrategias para la protección de la salud de los niños, sin concebir paralelamente mecanismos que apoyaran y facilitaran tal tarea. Más recientemente, las campañas para la prevención del SIDA, que durante años habían ignorado a la población femenina, comenzaron a dirigirse a las mujeres; sin embargo, esta reorientación se ha manifestado más en una preocupación por su papel como transmisora potencial de la enfermedad a los hijos por nacer y a sus compañeros sexuales que en una atención de la salud misma de la mujer.

Una excepción a este tratamiento instrumentalista dado a la mujer por el sector de la salud es la iniciativa denominada "maternidad sin riesgo", surgida a fines de los años ochenta con el objeto de reducir la mortalidad materna en los países en desarrollo. Dicho movimiento ha propiciado programas de atención dirigidos a la mujer por derecho propio y ha contribuido a crear conciencia en torno del hecho de que los persistentes y altos niveles de mortalidad materna reflejan la posición de desventaja que ocupa la mujer en la sociedad. Sin embargo, tal iniciativa, aunque pionera en el campo de la atención de la salud femenina, sólo se ocupa de las mujeres madres, factor que no contribuye a desmitificar la ideología predominante sobre la centralidad del rol biológico reproductor de la mujer; en efecto, la concentración del interés científico en la mortalidad materna tiende a reforzar la creencia de que los procesos biológicos vinculados a la procreación representan el riesgo más significativo para la salud de las mujeres de los países en desarrollo, lo que distrae la atención de otras amenazas importantes, tales como las deficiencias nutricionales; la doble o triple carga de trabajo (doméstico, reproductivo y comunitario); el cáncer ginecológico y otras enfermedades crónicas; las enfermedades de transmisión sexual; la violencia en el hogar, y las inferiores condiciones en cuanto a trabajo y prestaciones sociales en las que tiene que desenvolverse una proporción mayoritaria de mujeres. El concepto de equidad, con particular referencia al acceso y control diferente que tienen ambos sexos en relación con los recursos de salud, se funda en la noción de "necesidad", que apunta a una distribución de recursos y servicios de salud basada en criterios no de tipo igualitario o de cuotas idénticas entre individuos o grupos, sino de asignación diferenciada, que responda a las exigencias particulares de esos individuos o grupos. Una manifestación importante de inequidad en materia de salud se refiere a los casos evitables de enfermedad, discapacidad y muerte. Para lograr la equidad de género, el sector de la salud debe identificar y responder a las necesidades y riesgos particulares que derivan tanto de los factores biológicos propios del sexo femenino, como de la situación de desventaja social en que se encuentran las mujeres, como grupo, con respecto a los niveles de acceso a los recursos necesarios para la protección de la salud (propia y de otros) y de control sobre ellos.

Superados los problemas comunes de la infancia, la meta de lograr equidad entre los sexos en materia de salud deja de centrarse en el mejoramiento del acceso de la mujer a los mismos recursos destinados a mantener la salud y la calidad de vida de los varones, y se desplaza hacia la meta de lograr que, a partir del reconocimiento de la especificidad de las necesidades, los riesgos y los roles de hombres y mujeres, se diseñen intervenciones también específicas y se tomen decisiones de inversión acordes. Cabe destacar el impacto diferente según el sexo que algunos factores causales ejercen sobre la supervivencia y la calidad de la vida de los adolescentes: i) inicio de la actividad sexual, que se vincula a embarazos prematuros, complicaciones del embarazo y el parto, aborto y enfermedades de transmisión sexual; ii) problemas nutricionales derivados principalmente de las mayores necesidades de hierro que la menstruación impone a las jóvenes; iii) conductas de riesgo que se relacionan con la salud mental e inciden en la autoestima y el proceso de autoidentificación de los jóvenes con estereotipos de género. Durante la edad adulta joven, el goce de la salud tiene para las mujeres una relación particular y estrecha con el ejercicio de sus derechos reproductivos —esto es, el de decidir sobre su sexualidad y su maternidad— así como con el derecho a preservar su salud y su vida en el proceso de reproducir la especie. En términos del impacto de la regulación de la fecundidad en la salud de la mujer, son un riesgo para la salud y la supervivencia tanto de la madre como del hijo: i) los embarazos muy numerosos, cuya frecuencia entre

la población de la región se ha reducido en virtud del descenso de la fecundidad; ii) embarazos en edades extremas, pues las complicaciones obstétricas son altas en edades inferiores a los 18 años y superiores a 34 (entre las menores de 15 años se registra una probabilidad de morir durante el embarazo y el parto que supera de cinco a siete veces la correspondiente a las mujeres de 20 a 24 años); iii) embarazos muy seguidos, que redundan en el síndrome de agotamiento materno, atribuible al hecho de que el organismo necesita de dos o tres años para recuperarse completamente de un embarazo, prepararse para el siguiente y amamantar al recién nacido, sin el desgaste adicional de un nuevo embarazo en las edades extremas del ciclo reproductivo. Este riesgo se ve multiplicado por las carencias nutricionales y de servicios que caracterizan a la población en situación de pobreza; además, los problemas de estos embarazos trascienden los ámbitos médico y demográfico, ya que atañen a la calidad de vida y a los obstáculos para el desarrollo educativo y social.

Fuente: E. Gómez, "La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques", serie Mujer y Desarrollo, N° 17 (LC/L.990), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril de 1997, pp. 6 a 21.

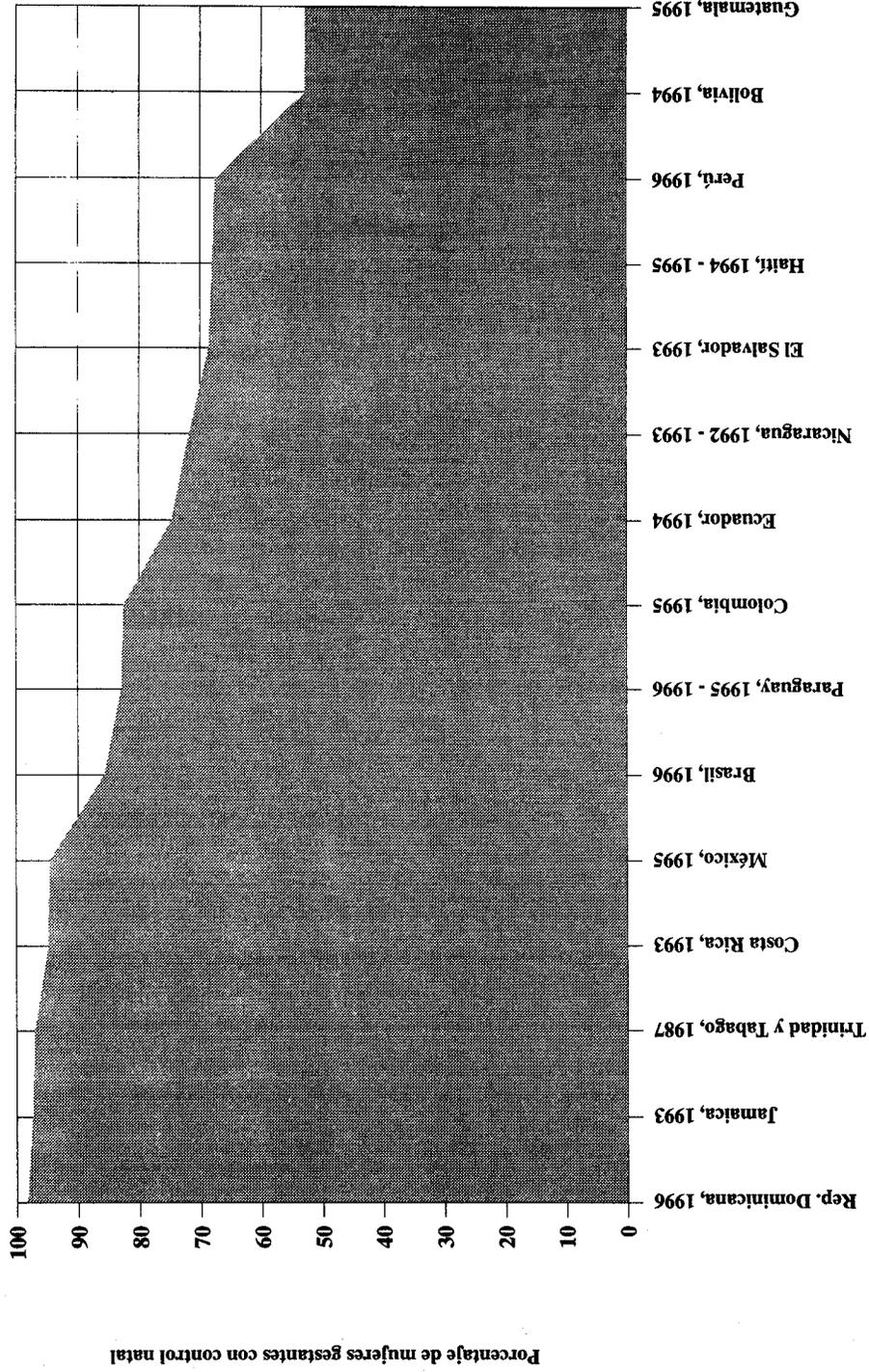
1. Atención prenatal

Aunque la actividad reproductiva no supone una patología por sí misma, se reconoce que las mujeres embarazadas están entre los grupos más vulnerables a la enfermedad y la muerte. Esta vulnerabilidad se deriva de las condiciones especiales que se presentan durante el embarazo y el parto, y se relacionan tanto con procesos biológicos como con factores socioeconómicos. Los efectos más drásticos de estas condiciones pueden mitigarse si las mujeres disponen de acceso a servicios de salud de calidad apropiada. No cabe duda que un control oportuno y periódico del desarrollo del embarazo, además de favorecer la adecuada atención del parto, contribuye a reducir los riesgos asociados con la maternidad y a mejorar las perspectivas de supervivencia del niño. En varios estudios se ha demostrado el papel fundamental de la asistencia médica prenatal —y del seguimiento de la mujer durante todo el período de gestación— como variable que ayuda a reducir los riesgos de morbimortalidad materna e infantil y la incidencia de la prematuridad y de la mortalidad perinatal.³⁶

Dado que la atención prenatal oportuna puede prevenir las consecuencias de embarazos anormales y reducir significativamente los abortos espontáneos, una de las metas de la tercera evaluación de las estrategias de salud para todos en el año 2000 es que las embarazadas de la región de las Américas cuenten con atención prenatal por personal capacitado (OPS, 1997). La información suministrada por las encuestas de demografía y salud, que se refiere a los nacimientos acaecidos en el quinquenio previo a la realización de las encuestas, muestra un panorama heterogéneo de situaciones nacionales en lo que concierne a la vigilancia del embarazo. Si bien en ocho de los quince países para los que se dispone de antecedentes comparables se constata que la atención prenatal se extiende a más del 80% de las gestantes, en los siete restantes las proporciones están por debajo de ese valor y en dos casos apenas superan el 50% (véanse el gráfico 33 y el cuadro 25 del anexo). De estos antecedentes se desprende que los esfuerzos requeridos para garantizar una cobertura universal a los servicios de salud son todavía importantes en algunos países; sin embargo, el que esa meta se encuentre virtualmente cumplida en otros parece un signo esperanzador. Además, y como sucede con otros rubros del sector salud, la consolidación

³⁶ En una investigación que utilizó datos de la encuesta de demografía y salud para la región Nordeste de Brasil se encontró que los hijos nacidos prematuramente enfrentaban un riesgo de mortalidad 48% superior al de aquellos que nacían de término; asimismo, se constató que los hijos de madres que efectuaron más de cuatro consultas prenatales tenían una probabilidad de sobrevivir 60% superior a la de aquellos cuyas madres hicieron menos de tres consultas (Simões y Leite, 1991).

Gráfico 33
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES GESTANTES CON CONTROL PRENATAL,
 PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



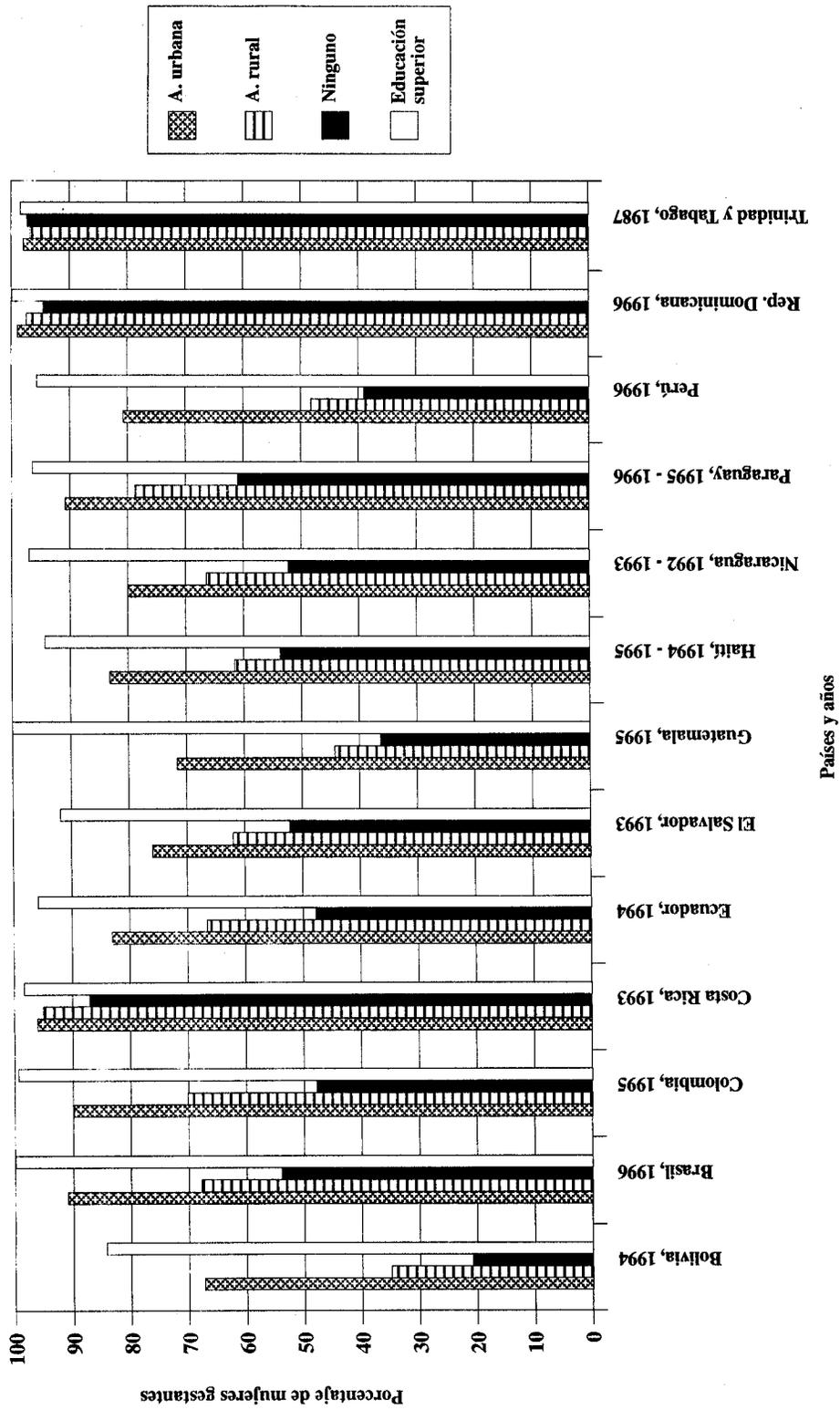
Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).
 Países y años

del acceso a los servicios de vigilancia prenatal exige también una mayor educación para la participación de la población en el autocuidado de la salud. Cabe agregar que en casi todos los casos nacionales la gran mayoría de las atenciones es proporcionada por profesionales (y establecimientos) del sector público, pues la actividad del sector privado se circunscribe casi únicamente a las mujeres de estratos socioeconómicos altos.

Aun más significativas que las diferencias internacionales en materia de atención prenatal son las que se observan dentro de los países, hecho que constituye un indicador más de las repercusiones que la fuerte desigualdad socioeconómica imperante tiene sobre la salud reproductiva. Una primera manifestación de esa desigualdad se presenta al comparar la condición de las mujeres según zona de residencia (véanse el gráfico 34 y el cuadro 25 del anexo). Con la excepción de Trinidad y Tabago, se advierte que las gestantes de las áreas rurales de todos los países se ubican en una posición desmedrada frente a las que habitan en el medio urbano. En diez países, menos del 80% de las mujeres rurales ha tenido algún control de su embarazo con antelación al parto y en tres esa proporción es inferior al 50%. Las brechas relativas entre áreas urbanas y rurales son, por lo general, bastante marcadas y alcanzan sus mayores incidencias en Bolivia, Perú y Guatemala. Incluso en México, que ha logrado una alta cobertura de los servicios maternoinfantiles, la proporción de embarazadas que careció de vigilancia prenatal en las áreas rurales (13.5%) más que duplica la observada en las áreas urbanas (5.2%).

Si bien las diferencias urbano-rurales son notorias, el nivel de instrucción se asocia de modo directo y más intensamente con el acceso a la atención prenatal (véase el gráfico 34 y el cuadro 25 del anexo). Aunque en cuatro países (Costa Rica, Jamaica, República Dominicana y Trinidad y Tabago), las diferencias absolutas son pequeñas, en varios de los restantes adquieren ribetes abismales. Es especialmente preocupante la reducida frecuencia del control del embarazo entre las madres analfabetas y semianalfabetas, pues se trata de mujeres en condiciones socioeconómicas adversas, cuya mayor fecundidad las expone a riesgos mucho más graves que los enfrentados por sus congéneres con alguna educación regular. En Perú, por ejemplo, donde casi un tercio de los embarazos (32.7%) no es controlado por personal calificado, la proporción de gestantes que carece de control prenatal se eleva a cerca de dos tercios (61.5%) entre las mujeres sin instrucción. Aun en Colombia, donde el cuidado prenatal es suministrado al 83% de las gestantes, más de la mitad (52.9%) de las que han quedado fuera del sistema educacional no recibe atención alguna; como muestra de la inequidad social, en este mismo país el 98% de las gestantes con educación superior tiene acceso a por lo menos un control previo al parto. Por cierto, las etnias originarias también presentan menores índices de acceso a los servicios básicos de la salud maternoinfantil y de la salud reproductiva.

Gráfico 34
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES GESTANTES CON CONTROL PRENATAL,
 SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS,
 APROXIMADAMENTE EN 1995



Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Recuadro 10
LA SALUD REPRODUCTIVA Y LOS GRUPOS ÉTNICOS. CIFRAS Y PERSPECTIVAS

Las encuestas de demografía y salud realizadas en Paraguay (1995-1996), Guatemala (1995), Bolivia (1994) y Trinidad y Tabago (1987) entregan un panorama actualizado de las condiciones de la salud reproductiva según etnia. La encuesta de Guatemala presenta algunos tabulados para los grupos indígenas, la de Paraguay proporciona datos identificando el idioma hablado en la casa, y la de Trinidad y Tabago contiene algunos datos sobre la situación de africanos e hindúes dentro de su territorio.

Tal como podía esperarse, la edad mediana a la primera relación sexual es más baja entre los grupos indígenas, lo que en Guatemala y Paraguay está asociado a prácticas culturales de unión temprana. En Trinidad y Tabago se observa que la primera unión se forma en los grupos con raíces africanas a edades más jóvenes que en los de origen hindú. En general, los indígenas conocen menos de métodos anticonceptivos que el resto de la población; en Guatemala sólo el 62% de las indígenas conocen los métodos anticonceptivos mientras que entre los ladinos esta cifra bordea el 90%; el contraste entre ladinos e indígenas es más marcado aun en lo que respecta al uso de métodos anticonceptivos, pues sólo un 7% de las indígenas unidas los utilizan, mientras que la cifra se eleva al 38% entre los ladinos. En Trinidad y Tabago se observan pequeñas diferencias entre los grupos africanos y el resto en cuanto añaie al uso de anticonceptivos (41% africanos, 47% indios y 43% mixtos). En Guatemala, el 32% de las indígenas que han formado uniones tienen necesidades insatisfechas de planificación familiar (sólo 20% de las ladinas). En Paraguay, un 23% de los nacimientos de madre indígena ocurridos en los 5 años previos a la encuesta no fueron planificados mientras que en esa condición estaba el 19% de los nacimientos de mujeres en cuya casa se habla español.

En materia de atención de salud, está claro que los indígenas constituyen uno de los grupos peor atendidos; en Guatemala sólo un 12% de los nacimientos entre las indígenas fue atendido por un médico o enfermera, en contraste con el 52% en el resto de la población. En Paraguay, entre los indígenas la mayor parte de los partos son no institucionales, predominando con un 47% la atención por partera; esto contrasta con la cobertura institucional del 86% de los partos de las mujeres de hogares en que se habla español. En cuanto a la mortalidad infantil, la información sólo para Guatemala permite apreciar diferencias entre grupos indígenas y ladinos (64 por mil en indígenas y 53 por mil en ladinos). Por último, también en Guatemala, sólo el 36% de la población indígena conoce la existencia del SIDA, lo que resulta una cifra preocupante si se considera que los indígenas representan un tercio de la población nacional.

El procesamiento de la base de datos de Bolivia permitió la construcción de un cuadro comparativo que ratifica la condición desmedrada de las etnias originarias e ilustra sobre las diferencias entre estas últimas.

BOLIVIA: INDICADORES VARIOS DE SALUD REPRODUCTIVA SEGÚN GRUPO ÉTNICO, 1994

Porcentaje de mujeres que:	Español	Aymará	Quechua
tuvo control prenatal por personal capacitado	65.3	19.3	34.6
tuvo asistencia al parto por personal capacitado	62.3	7.7	25.1
tuvo su primer hijo antes de los 18	25.4	24.7	22.6
tuvo seis o más hijos	12.9	27.3	28.0
no quiso su último hijo	31.2	52.4	48.1
quiso su último hijo más tarde	22.0	10.7	13.9
conoce algún método anticonceptivo moderno	89.2	33.6	48.8
usó alguna vez un método moderno	29.1	2.3	4.7
usa actualmente un método moderno	15.5	1.0	2.6
aprueba la planificación familiar	84.1	57.9	64.1
tiene necesidad insatisfecha de planificación familiar	19.5	35	34.6

Fuente: CELADE, sobre la base de la encuesta de demografía y salud, 1994.

En síntesis, es evidente que en los países de la región, tiene plena vigencia el objetivo propuesto en el **Programa de Acción adoptado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo** en el sentido de “velar por que se presten a las poblaciones indígenas los servicios relacionados con la población y el desarrollo que ellas consideren adecuados desde los puntos de vista social, cultural y ecológico” (Naciones Unidas, 1995, p. 30); y el planteado por el **Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo** en el sentido de “al considerar los efectos espaciales de las estrategias de desarrollo, prestar atención preferentes a la situación de las poblaciones indígenas y de otros grupos étnicos” (CEPAL, 1996, p. 38).

Fuente: CEPAL, Informe de seguimiento del Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo. Nota de la Secretaría (LC/G.1905(SES.26/10)), Santiago de Chile, documento presentado en el vigesimosexto período de sesiones de la CEPAL, San José, Costa Rica, 15 al 20 de abril, 1996.

No obstante que las normas de atención materno-infantil indican que un seguimiento apropiado del embarazo necesita de controles periódicos —no menos de cuatro previos al parto—, las madres sin instrucción y residentes de áreas rurales, que por lo común registran una paridez elevada, rara vez tienen más de uno. Además, es alta la proporción de estas gestantes cuyo control prenatal es tardío, pues tiene lugar durante el segundo o tercer trimestres del embarazo y restringe la posibilidad de prevenir riesgos.³⁷ El control prenatal es, por ende, menos generalizado, sostenido y oportuno entre las gestantes que residen en áreas rurales y entre las que no cuentan con educación; es decir, las mujeres de los estratos socioeconómicos bajos de muchos países no disponen de una protección apropiada durante el embarazo. Otro aspecto que se desprende de la información disponible, y que es motivo de preocupación, es que la proporción de gestantes que no disponen de vigilancia durante el parto aumenta entre las mujeres cuyos embarazos entrañan mayores complicaciones (menores de 20 años y mayores de 35) y entre aquellas con alto orden de paridez.

2. Atención del parto

La epidemiología de la salud materna señala que las complicaciones del embarazo se agudizan alrededor del momento del alumbramiento. Esto hace imprescindible que la atención al parto sea proporcionada en condiciones higiénicas y con personal adiestrado. Tanto la falta de disponibilidad de recursos médicos y hospitalarios como la baja calidad de la atención limitan drásticamente la posibilidad de controlar procesos que ocasionan daños en la salud de la madre y el recién nacido. Desde luego, la naturaleza de la atención que recibe una parturienta y la probabilidad de que esta asistencia sea provista por personal profesional están muy relacionadas con el lugar en que ocurre el parto. Ambas variables se asocian, de manera estrecha, con los riesgos de mortalidad de los niños. Los partos que ocurren en los domicilios tienen una mayor probabilidad de ser asistidos —si es que lo son— por parteras empíricas, en tanto que los acaecidos en los establecimientos de salud suelen ser atendidos por personal del campo de la medicina. Por cierto, el lugar de atención guarda relación con la cobertura de servicios materno-infantiles que tienen las embarazadas.

Dentro del conjunto de quince países para los que se dispone de información comparable, se observa que en siete la atención del parto por personal calificado es bastante generalizada, pues en más del 80% de los casos participan médicos o enfermeras adiestradas; en los ocho países restantes, las

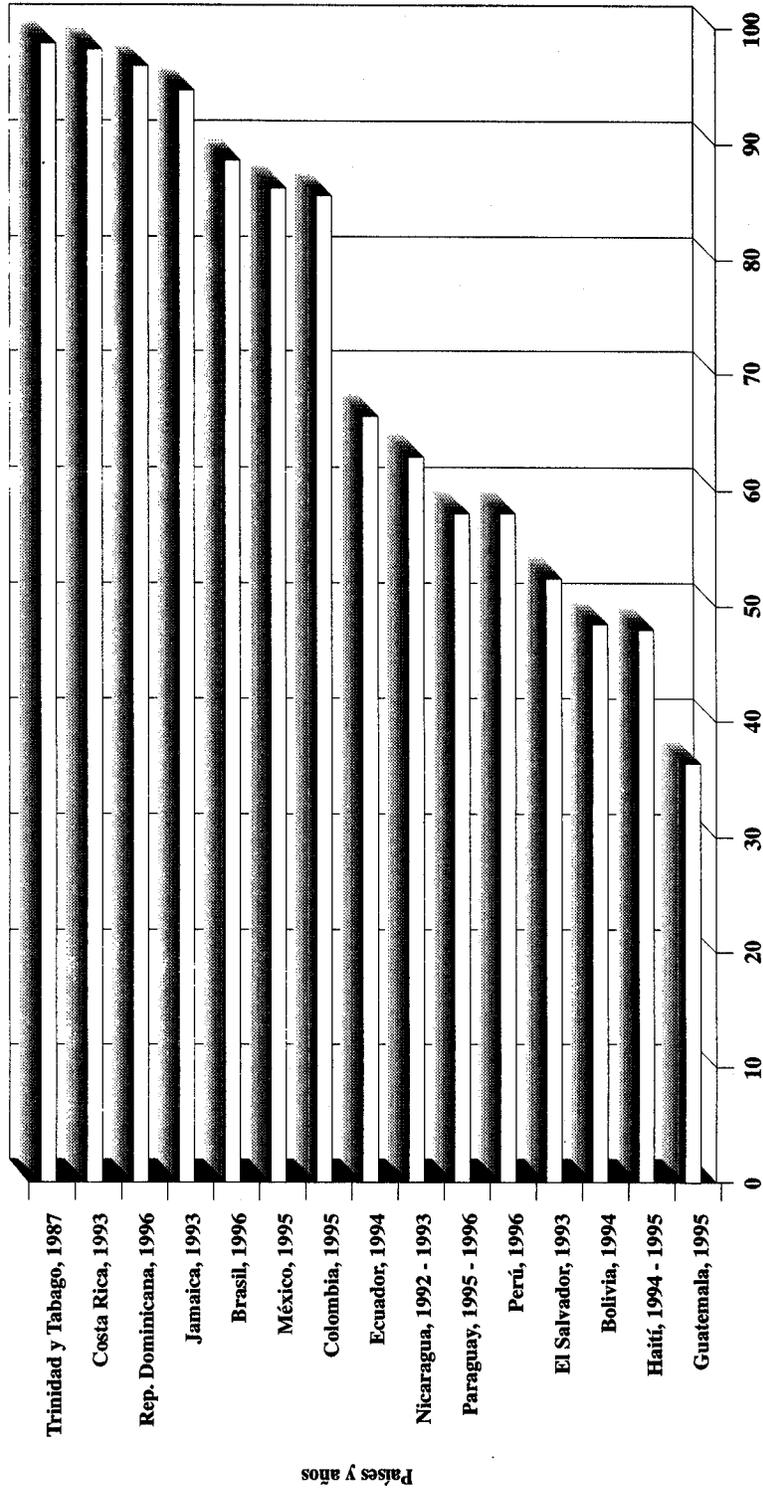
³⁷ Por ejemplo, en Nicaragua, sólo el 37% de las gestantes tuvo algún control prenatal durante el primer trimestre de su embarazo. En Haití, más del 40% de las mujeres no recibe control alguno o lo tiene después del sexto mes de embarazo.

proporciones son bastante menores y en cuatro de ellos (Bolivia, Ecuador, Guatemala y Haití) se reducen a la mitad o menos de los partos (véanse el gráfico 35 y el cuadro 26 del anexo). Los datos de las encuestas de demografía y salud indican que los servicios de atención del parto por personal calificado tienden a ser aun menos frecuentes que los referidos a la vigilancia del embarazo, especialmente en los países donde la cobertura de ambos tipos de servicios es menor (Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Paraguay y Perú). Por eso, el desafío de proporcionar una asistencia calificada universal para el parto constituye una meta algo más distante que la del control prenatal. Dado el carácter crucial que tiene esta asistencia al momento del alumbramiento, su falta —que refleja falta de disponibilidad de recursos médicos y hospitalarios— puede traducirse directamente en problemas de morbilidad y, en casos extremos, en mortalidad materna e infantil. En el afán por superar las deficiencias de cobertura, en varios países se han ensayado modelos alternativos a los de las instituciones convencionales, como los hogares de madres que proporcionan servicios de atención al parto.

Como el lugar de atención del parto —y su atención por personal calificado— dependen de la accesibilidad de los establecimientos de salud, no sorprende que en la totalidad de los países se observe una mayor desprotección de las madres que residen en el medio rural (véanse los gráficos 36 y 37 y el cuadro 26 del anexo). Sin embargo, las discrepancias urbano-rurales en cuanto al porcentaje de mujeres que recibe atención apropiada al momento del alumbramiento son claramente menores en los países con una cobertura más amplia de los servicios (Costa Rica, Jamaica, República Dominicana y Trinidad y Tabago). Muy diferente es la situación en las naciones que adolecen de grandes insuficiencias por ese concepto, como lo pone de manifiesto el caso de Bolivia, donde apenas un quinto (20.9%) de los partos de mujeres rurales ocurre en establecimientos hospitalarios y tres de cada cuatro (73.8%) de esos partos son atendidos por familiares, comadronas o no cuenta con atención alguna. En Haití, apenas uno de cada diez partos (9.1%) de las mujeres rurales es atendido por médicos, enfermeras o auxiliares; otros dos de aquellos diez partos reciben asistencia de matronas.

Tal como se señaló respecto de la vigilancia del embarazo, la probabilidad de que un parto sea asistido por personal calificado varía de modo directo con el nivel educativo de la madre. Si se consideran las categorías extremas de esta variable se observa que la disparidad es mucho mayor que la existente entre áreas urbanas y rurales. Las diferencias relativas sólo son pequeñas en los casos de Costa Rica, Jamaica y Trinidad y Tabago. En cambio, en ocho países el porcentaje de mujeres con educación superior que dispone de atención apropiada en el momento del parto duplica con creces el porcentaje correspondiente a las que carecen de instrucción. La información disponible permite reiterar que el nivel de educación de la madre es un factor importante de exclusión social. Las mayores proporciones de partos sin atención médica corresponden a mujeres analfabetas o semianalfabetas. Así, en Guatemala, más de ocho de cada diez (84.9%) madres sin instrucción dan a luz en un lugar que no es un establecimiento de salud y una proporción similar no recibe asistencia de personal calificado durante el parto; en cambio, más de nueve entre diez (96.7%) de las madres con instrucción superior se benefician de la asistencia de un médico o de una enfermera. A su vez, en Colombia, los mayores contrastes en el lugar de ocurrencia de los partos se asocian con el nivel de educación: casi dos terceras partes (59.5%) de las mujeres sin instrucción dan a luz en la casa en contraste con apenas una (0.8%) de cada cien con educación superior.

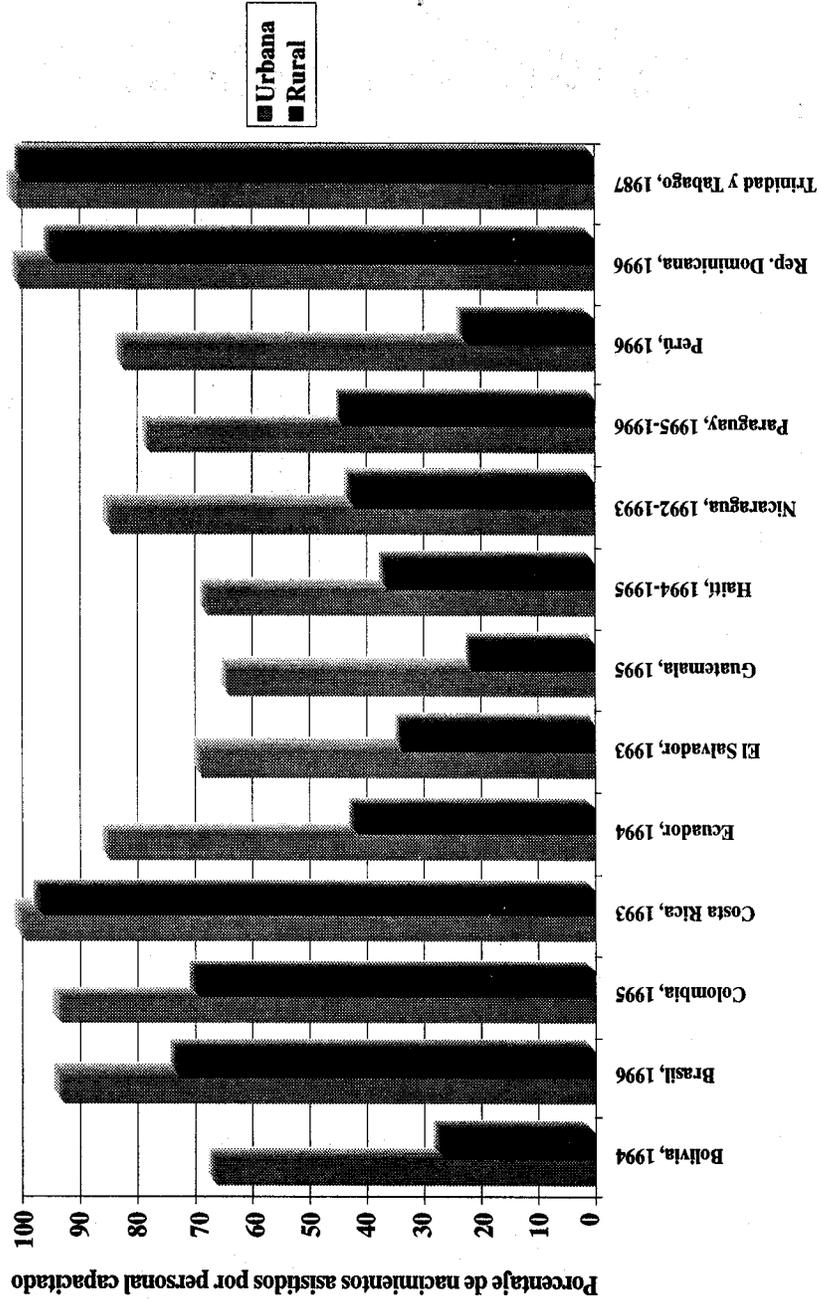
Gráfico 35
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE NACIMIENTOS EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES
 A LA ENCUESTA ASISTIDOS POR PERSONAL CAPACITADO, PAÍSES SELECCIONADOS,
 APROXIMADAMENTE EN 1995



Porcentaje de nacimientos asistidos por personal capacitado

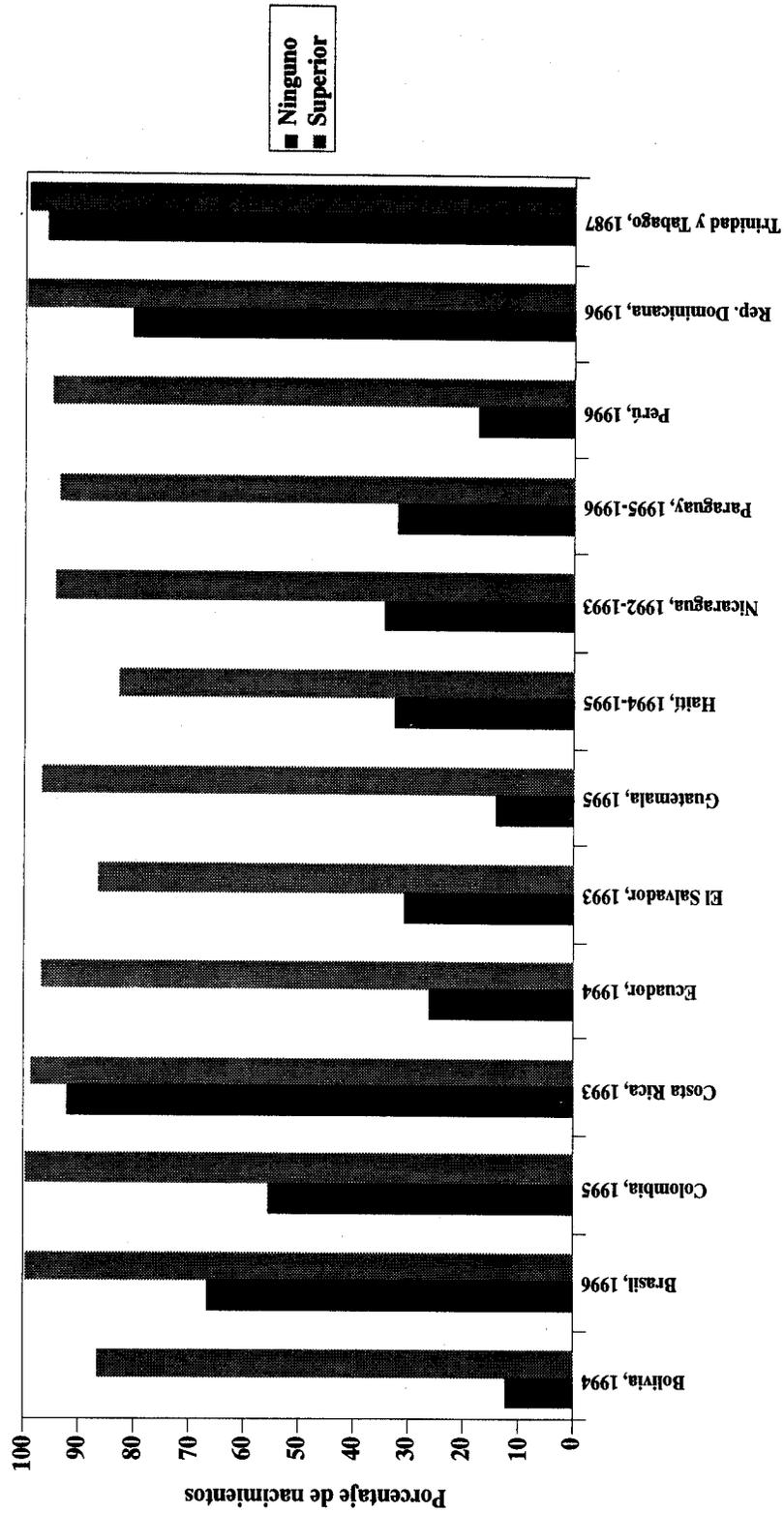
Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y de salud (EDS).

Gráfico 36
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE NACIMIENTOS EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA,
 ASISTIDOS POR PERSONAL CAPACITADO, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA DE LA MADRE,
 PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Países y años
 Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Gráfico 37
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE NACIMIENTOS EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA, ASISTIDOS POR PERSONAL CAPACITADO, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Países y años

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

3. Mortalidad materna

La mortalidad materna constituye una expresión directa del daño extremo que sufren las mujeres durante su vida fértil y resulta de problemas relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio.³⁸ Se sabe que la gran mayoría de las muertes derivadas de los riesgos que entrañan estos acontecimientos reproductivos podrían evitarse mediante medidas que, por lo común, son sencillas y de bajo costo. Puede decirse, con propiedad, que la mortalidad materna es un problema social y de salud, pues alcanza sus mayores niveles cuando las restricciones al acceso a los servicios de sanidad se producen en un contexto de condiciones sociales y económicas desfavorables, que redundan en la precariedad nutricional y la exclusión social. Se reconoce, además, que hay riesgos inherentes al comportamiento reproductivo, tales como gestaciones precoces o tardías, intervalos intergenésicos reducidos, altos órdenes de paridez y embarazos no deseados que influyen en la mortalidad materna. A su vez, las principales causas de mortalidad materna corresponden a: eclampsia, hemorragia del embarazo y el parto, aborto, sepsis puerperal, hipertensión y parto obstruido.³⁹

Dado que podrían eliminarse casi en su totalidad las causas de las muertes que determinan el valor actual de la tasa de mortalidad materna, una de las metas del Programa de Acción de la Organización Mundial de la Salud es reducirla en un 50% al año 2000. En aras de conseguir esta meta, en 1987 se inició la campaña internacional para una maternidad sin riesgos, que ha enfocado la atención en las tasas inaceptablemente altas de mortalidad materna en los países de menor desarrollo (WHO, 1990). En consonancia con esta campaña, en 1990 se aprobó un plan para reducir la mortalidad materna en las Américas, cuya meta es disminuir su incidencia en un 50% para el año 2000 (OPS, 1991). Por cierto, este tema constituye uno de los objetivos del **Programa de Acción** aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.⁴⁰ En la misma dirección apunta el **Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo** que indica, entre sus metas para el año 2000, "reducir, por lo menos en 50%, la tasa de mortalidad materna, respecto del valor observado en 1990 ... y lograr una nueva reducción a la mitad para el año 2015" (CEPAL, 1997, p. 37).⁴¹ Esta meta coincide con una de las contempladas por la tercera evaluación de las estrategias de salud para todos en el año 2000 dentro de la región de las Américas (OPS, 1997).

³⁸ En su acepción técnica, una muerte materna es una defunción ocasionada por causas relacionadas o agravadas por el embarazo o por su mantención —y no por causas accidentales o incidentales—, que acontece durante el período que se extiende desde el inicio del embarazo hasta los 42 días siguientes a la terminación del mismo.

³⁹ Como la sepsis y la hemorragia no son frecuentes en los servicios ginecobstétricos, es probable que una elevada proporción de las defunciones declaradas por estas causas obedezcan a complicaciones del aborto inducido.

⁴⁰ El objetivo pertinente reza así: "Promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgos a fin de lograr una disminución rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad maternas y reducir las diferencias observadas entre los países en desarrollo y los desarrollados, y dentro de los países. Sobre la base de un esfuerzo decidido por mejorar la salud y el bienestar de la mujer, reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones" (Naciones Unidas, 1995, p. 46).

⁴¹ Uno de los objetivos del Plan Regional es: "Proporcionar acceso a los servicios para una maternidad sin riesgos, en particular los relativos a la educación sexual, la atención del embarazo, el parto y el puerperio y la planificación familiar. Estos servicios deben ofrecer una atención integral, de buena calidad, tomando en cuenta la identidad sociocultural de los usuarios y dando prioridad a los grupos más vulnerables de la población" (CEPAL, 1996, p. 35).

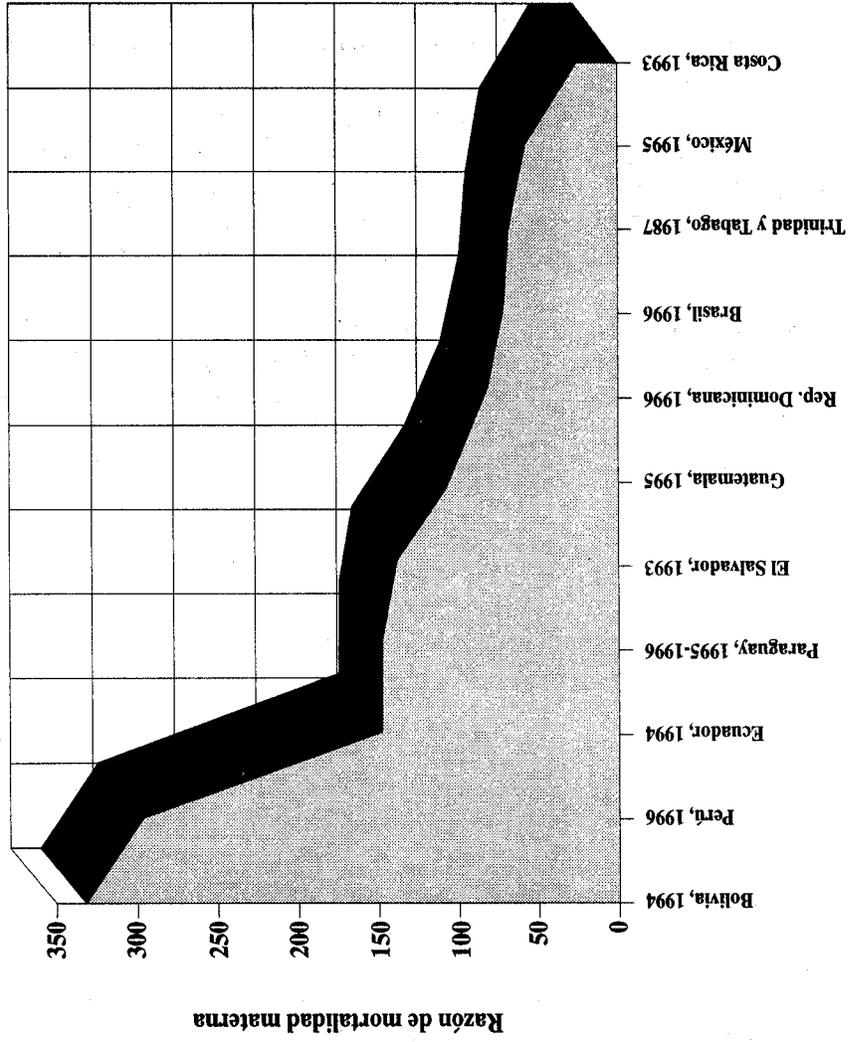
En virtud del carácter consensual y sostenido de la campaña en favor de la reducción de la mortalidad materna, y dado que las metas establecidas tienen un carácter cuantitativo, es de gran importancia conocer los niveles que este flagelo alcanza en los países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, la información disponible es incompleta y de escasa confiabilidad, siendo notoria la falta de datos fidedignos sobre su verdadera magnitud.⁴² Muchas mujeres, especialmente las residentes en zonas rurales, dan a luz y mueren en sus casas, y es frecuente que estas muertes domiciliarias no sean registradas por las estadísticas vitales. Por ejemplo, en Ecuador —según datos recopilados por la encuesta de demografía y salud realizada en 1994— cerca de la mitad de las muertes maternas ocurre fuera de las instituciones de salud. La mayoría de las muertes maternas declaradas son hospitalarias y, por tanto, no se dispone de datos válidos para toda la población. Las dificultades para determinar la verdadera frecuencia de las muertes maternas se ven agravadas porque a las deficiencias propias de los registros de mortalidad se añade el que, con frecuencia, la certificación de la causa de defunción omite la mención del embarazo (Gómez, 1997).

Desde luego, para reducir la mortalidad materna es imprescindible que disminuya la tasa de morbilidad materna o evitar que las afecciones se agraven hasta convertirse en causas de muerte de la mujer. Desafortunadamente, se carece de información apropiada y comparable sobre morbilidad materna a escala de las poblaciones de la región. La importancia de contar con antecedentes sobre la morbilidad materna estriba tanto en su relación directa con la mortalidad de las madres como en el papel que juega en la morbilidad y mortalidad fetal y neonatal. Tal vez este desconocimiento sobre la incidencia de las muertes y de la morbilidad maternas sea una de las razones por las que hasta hace corto tiempo no se le había dado suficiente importancia a este tema en la región. Con el objeto de llenar este vacío, las encuestas de demografía y salud han incluido preguntas —como las de supervivencia de hermanas— con las que se recaban antecedentes para efectuar estimaciones aproximadas, sea mediante procedimientos directos o indirectos. Sin embargo, estas estimaciones son todavía poco más que conjeturales, pues el número de muertes maternas captado ha sido, por lo general, reducido.

No obstante que las estimaciones sobre mortalidad materna están disponibles para unos pocos países y se refieren a períodos algo diferentes, parecería que su incidencia es particularmente elevada en Bolivia y Perú, donde anualmente ocurrirían entre 250 y 400 muertes maternas por 100 000 nacimientos (véanse el gráfico 38 y el cuadro 27 del anexo). La cifra que se declara para República Dominicana —referida a mediados del decenio de 1980— es apenas ligeramente menor (229 muertes maternas anuales por 100 000 nacimientos). En una situación intermedia se sitúan las estimaciones correspondientes a Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala y Paraguay, donde ocurrirían, como promedio anual, entre 150 y 200 muertes maternas por 100 000 nacimientos. Por último, la estimación más reducida se ha obtenido en México, pues la razón pertinente alcanzaría a 58 muertes maternas anuales por 100 000 nacimientos. Un informe reciente proporciona indicios sobre la mortalidad materna en otros países de la región, indicándose que la cifra más elevada sería la de Haití (FNUAP, 1997).

⁴² Por ejemplo, en Ecuador, los datos de la encuesta de demografía y salud de 1994 arrojaron una razón de mortalidad (160 madres por cada cien mil nacidos vivos) que excedió en un 25% la derivada de las estadísticas vitales compiladas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). En Guatemala, la razón de mortalidad materna calculada con datos de la encuesta de demografía y salud alcanzó —para el período 1990-1995— un valor (190 madres por cien mil nacidos vivos) similar al estimado en 1988 por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; ahora bien, tal semejanza se debe a que esta última estimación supuso un subregistro en las estadísticas vitales del 44%.

Gráfico 38
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR 100 000 NACIMIENTOS,
 PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Países y años

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Los pocos casos sobre los cuales se cuenta con información desagregada sobre mortalidad materna ponen en evidencia que este fenómeno alcanza sus mayores índices entre los estratos sociales más desprotegidos. En tal sentido, un reciente examen realizado en México indica que, de modo sistemático, los niveles más altos de mortalidad materna se advierten en las entidades con alta marginación; por ejemplo, la razón de mortalidad materna en el estado de Oaxaca es ocho veces superior a la de Nuevo León (CONAPO, 1996). En Bolivia se ha estimado que en el decenio 1984-1994 la tasa de mortalidad materna en el área rural casi cuadruplicaba el valor de este indicador en el medio urbano; esas mismas estimaciones señalan que la incidencia de la mortalidad materna en las zonas rurales del Altiplano era seis veces superior a la de los Llanos (INE/Macro International Inc., 1994, p. 125). Asimismo se ha detectado que en los países donde la fecundidad es elevada, pero con tendencia a la baja, la tasa de mortalidad tiende a disminuir a medida que lo hace el nivel reproductivo. Este comportamiento permitiría sugerir que la probabilidad que una mujer tiene de morir a raíz de un embarazo o un parto durante las edades reproductivas descendería con el número de embarazos, incluso si el riesgo obstétrico se mantuviese constante.⁴³ Obviamente, la propensión a la baja de la mortalidad materna se acentuará en tanto disminuya la incidencia del embarazo (y la maternidad) en las edades de mayor riesgo. Tales indicaciones son también coherentes con la asociación entre alta mortalidad materna y condiciones socioeconómicas desmedradas, pues la fecundidad es sistemáticamente mayor entre los estratos pobres.

Como un indicador aproximado de la distribución del riesgo de mortalidad durante el período que va de la concepción al puerperio, la última encuesta de demografía y salud de Bolivia permitió derivar estimaciones según el momento de ocurrencia de las defunciones. De acuerdo con estas estimaciones, el 62% de las muertes ocurrió a lo largo del embarazo y otro 23% con ocasión del parto. Esta distribución pudiera sugerir que una alta proporción de las muertes estaría asociada con la práctica del aborto inducido y con la carencia de atención por personal calificado. Las informaciones disponibles señalan que, aparentemente, la mortalidad materna se encuentra aún más estrechamente relacionada con la cobertura de los servicios de salud que la mortalidad infantil; este contraste permitiría entender que la última haya descendido sostenidamente en las últimas décadas, en tanto que —a la luz de las estimaciones efectuadas con datos de las encuestas de demografía y salud— la mortalidad materna habría tendido a disminuir con mayor lentitud (Gómez, 1997).

En comparación con la mortalidad infantil, "la mortalidad materna es un fenómeno de rara ocurrencia, aun en países con tasas tan altas como Bolivia", cuyos valores equivalían —en el quinquenio 1989-1994— a un promedio anual de 390 muertes maternas por cien mil nacimientos (INE/Macro International Inc., 1994, p. 121). Sobre la base de la información sobre hermanas sobrevivientes, la última encuesta de demografía y salud realizada en ese país indica que las defunciones imputables a causas asociadas con la maternidad representan alrededor de un cuarto (24.3%) de todas las muertes de mujeres después de cumplidos los 15 años. La misma fuente estima la tasa de mortalidad materna, para el quinquenio 1989-1994, en 59.9 muertes anuales por cien mil mujeres en edad fértil; respecto de la población total de mujeres de 15 a 49 años estimada para 1995, esta tasa corresponde a 1 074 defunciones. Tal magnitud representa menos de un sexto (15.7%) de las muertes de las mujeres de aquellas edades en ese año. Sin embargo, esta magnitud relativamente reducida de la mortalidad materna no puede servir de excusa para demorar la adopción de medidas que prevengan causas de muerte que, como lo revela la experiencia de los países desarrollados, son casi totalmente evitables. Un principio elemental de equidad de género constituye una razón adicional para este tipo de medidas.

⁴³ Según la encuesta de demografía y salud realizada en Paraguay, en 1995-1996, aunque el riesgo de muerte materna por nacimiento no disminuyó durante los 14 años precedentes, la tasa de mortalidad materna bajó conforme lo hizo el ritmo de disminución de la fecundidad.

Recuadro 11

EL ABORTO COMO UN PROBLEMA SOCIAL Y DE SALUD**A. Los acuerdos internacionales en relación con el aborto**

El Programa de Acción adoptado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo expresa que "En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia ... Se debe asignar siempre la máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto" (Naciones Unidas, 1995, pp. 47-48).

El Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo señala: "Considerando que el aborto constituye un importante problema de salud pública en los países de la región, y que, aunque existen diversas posiciones al respecto, en general ninguno de ellos lo acepta como método de regulación de la fecundidad, se recomienda a los gobiernos prestar mayor atención al estudio y seguimiento del tema, con el fin de evaluar sus dimensiones reales y sus efectos sobre la salud de las mujeres y de la familia y, asimismo, promover el acceso universal a una orientación adecuada sobre métodos para evitar embarazos no deseados" (CEPAL, 1993, p. 12).

El Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo indica que se debe "Reducir la incidencia del aborto y sus complicaciones, aumentando la cobertura y la calidad de los programas de planificación familiar, salud reproductiva y educación sexual. Dar acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos" (CEPAL, 1996, p. 35).

B. El aborto y la salud de las mujeres

La determinación del aborto como causal de defunción adolece de un subregistro mayor que en el caso de otras causas de mortalidad materna, debido al carácter ilegal que este procedimiento tiene en la mayoría de los países de las Américas. A pesar de tal subregistro, el aborto, según cifras oficiales, figura como primera causa de mortalidad materna en nueve de 25 países analizados, y como segunda en otros nueve. Su contribución al total de defunciones maternas supera el 30% en cinco países (Argentina, Costa Rica, Chile, Puerto Rico y Suriname), fluctúa entre el 20% y el 30% en ocho (Colombia, Cuba, Jamaica, Guyana, Nicaragua, Paraguay, Trinidad y Tabago y Venezuela), y con porcentajes inferiores a 20% en Guatemala, Honduras y Uruguay. Aparte de constituir una causal importante de mortalidad materna, el aborto inducido se relaciona también con dolencias crónicas severas, esterilidad e incremento del riesgo de muerte en los embarazos subsiguientes.

El recurso al aborto y la gravedad de sus consecuencias varían de acuerdo con la clase social de la mujer. La mujer con menos educación es la que más frecuentemente desconoce las técnicas anticonceptivas, no sabe utilizarlas adecuadamente, no está amparada por servicios de salud y planificación familiar y encara impedimentos geográficos y económicos para acceder a los anticonceptivos. Como consecuencia, también es la que más frecuentemente se ve expuesta a embarazos no deseados y la que tiene mayores probabilidades de morir como resultado de abortos practicados en condiciones antihigiénicas y por personal sin entrenamiento. En contraste, cuando la mujer de estratos socioeconómicos altos resulta víctima de fallas en la tecnología anticonceptiva o, por otras razones, enfrenta un embarazo no deseado, puede pagar servicios profesionales que, aunque ilegales, le permiten ser atendida en mejores condiciones técnicas y de higiene, con menores probabilidades de complicaciones. La innegable relevancia del aborto como problema de salud pública exige que, al margen de consideraciones éticas a favor o en contra de su legalización, sino con fines preventivos, se inicie un examen desapasionado y objetivo de los factores que están conduciendo a que un número creciente de mujeres recurra a tal alternativa, incluso a costa de su salud y de su vida. El aborto, más que una opción, representa una falta de opción. La inmediatez del problema demanda, además, que a corto plazo se diseñen y pongan en funcionamiento mecanismos de atención cuya finalidad sea evitar las consecuencias letales e incapacitantes a que está dando lugar dicha práctica. (E. Gómez, 1997, pp. 27 y 28).

C. El aborto en México

Las estimaciones sobre la incidencia de abortos en México son poco confiables y las estimaciones indirectas realizadas conducen a resultados muy dispares. Los datos de las encuestas sociodemográficas indican que en 1987 alrededor del 22.7% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad, alguna vez embarazadas, había experimentado un aborto (inducido o espontáneo); esta proporción disminuyó a 19.8% en 1992 y a 17.8% en 1995. De la misma fuente se deriva una estimación de aproximadamente 230 mil abortos anuales para el período 1985-1987, 220 mil para 1990-1992 y 200 mil para 1993-1995. Aunque estas cifras pueden estar subestimando la magnitud del fenómeno, parecen corroborar que existe una tendencia descendente en la incidencia del aborto. El promedio de abortos de una mujer a lo largo de su vida fértil (tasa de abortos) ha descendido de manera acelerada en México en los pasados 20 años, aun más rápidamente que la fecundidad: mientras la tasa global de fecundidad disminuyó a la mitad entre 1976 y 1995 (de 5.64 a 2.81), la tasa de abortos se redujo casi a la octava parte en el mismo período (de 1.16 a 0.15). Este descenso en los abortos ha coincidido con el rápido incremento en el uso de métodos de planificación familiar en el período. Estas cifras permiten estimar que en 1995 el monto aproximado de abortos inducidos en el país fue de 110 mil (CONAPO, 1996, p. 30).

Fuente: Para el tema los acuerdos internacionales en relación con el aborto: Naciones Unidas, Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994 (ST/ESA/SER.A/149), serie Población y desarrollo, vol. 1, Nueva York, 1995. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.95.XIII.7; CEPAL, "Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo" en Informe final de la Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo (México, D.F., 29 de abril al 4 de mayo de 1993) (LC/G.1762(Conf.83/4); LC/DEM/G.134), Santiago de Chile, 1993; CEPAL, Informe de seguimiento del Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo. Nota de la Secretaría (LC/G.1905(SES.26/10)), Santiago de Chile, documento presentado en el vigésimosexto período de sesiones de la CEPAL, San José, Costa Rica, 15 al 20 de abril de 1996. Para el tema el aborto y la salud de las mujeres: E. Gómez, "La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques", serie Mujer y desarrollo, N° 17 (LC/L.990), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril, 1997. Para el tema el aborto en México: CONAPO (Consejo Nacional de Población) "Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar", México, D.F., 1996.

4. Mortalidad infantil

La mortalidad durante el primer año de vida ha concitado, a lo largo de la historia, la preocupación de los gobiernos, las sociedades civiles, las familias y las personas. Tan persistente inquietud —motivada por el afán de la preservación de la vida— se debe a que la intensidad de la mortalidad suele ser particularmente elevada en los meses iniciales de la existencia individual, pues en ese período los seres humanos son altamente dependientes y están más expuestos a riesgos biológicos y sociales de diversa índole. Esta vulnerabilidad de la primera infancia es especialmente aguda en contextos de bajo grado de desarrollo económico y social; en cambio, los adelantos médico sanitarios y las mejoras en las condiciones materiales de vida se asocian con disminuciones drásticas de la mortalidad infantil. Dada esta sensibilidad, la mortalidad infantil se ha utilizado ampliamente como un indicador del progreso social; sin embargo, esta práctica ha sido cuestionada, ya que la experiencia también ha mostrado que es posible contener esa mortalidad mediante inversiones y programas sanitarios específicos, que no siempre van acompañados de otros avances propios de un genuino desarrollo socioeconómico. Aun así, está claro que la mortalidad infantil constituye un acontecimiento traumático de suficiente envergadura como para convertirse en un asunto de la mayor importancia entre las políticas de salud, especialmente en los países en desarrollo. En concordancia con la preeminencia del tema, el **Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo** recomienda "dar prioridad a la atención de la población infantil, fortaleciendo los servicios de prevención y atención primaria de la salud" (CEPAL, 1996, p. 35).

En el quinquenio 1995-2000 la tasa de mortalidad infantil a escala mundial se estima en 57 por mil nacidos vivos. Este promedio encubre el fuerte contraste entre las regiones desarrolladas —en las que

este indicador se reduce a 9 por mil— y las regiones en desarrollo, cuya media es de 63 por mil e incluye casos nacionales en que la tasa excede de 100 por mil (Naciones Unidas, 1995). Salvo pocas excepciones, en América Latina y el Caribe la mortalidad infantil se mantuvo en niveles muy altos hasta iniciada la década de 1970, pese a que ya se conocían procedimientos y tecnologías sanitarias de bajo costo que podrían haber evitado una fracción importante de las muertes de menores de un año. Merced al diseño de programas especiales y a la asignación de recursos para su ejecución, los avances en el campo de la salud y la nutrición han contribuido a que en los dos últimos decenios se haya experimentado un sustancial descenso de la mortalidad infantil en todos los países de la región. Este descenso, facilitado en parte por la disminución de los nacimientos de alto riesgo —los concebidos por mujeres muy jóvenes o en las etapas finales del período fértil y aquellos que resultan de intervalos intergenésicos muy reducidos—, y unido a la profundización del proceso denominado transición epidemiológica, ha dado lugar a que en varios países la mortalidad infantil pierda visibilidad social y deje de ser el foco casi exclusivo de las políticas de salud. No obstante, existen rezagos, tanto a escala nacional como subnacional, que no pueden pasar inadvertidos.

Aunque la declinación de la mortalidad infantil ha sido una característica común a los países de la región en los decenios recientes, el diferente ritmo del descenso ha originado un panorama tal vez más heterogéneo que en el pasado. A grandes rasgos, las situaciones imperantes en la segunda mitad de la década de 1990 permiten reconocer cuatro grupos de países. En el primer lugar se ubican aquellos que han conseguido los mayores avances en la reducción de la mortalidad infantil, alcanzando tasas inferiores a 15 por mil (Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Guadalupe, Jamaica, Martinica, Puerto Rico y otros países del Caribe). Le siguen otras naciones que también han logrado importantes progresos y cuyos niveles de mortalidad infantil oscilan entre 15 por mil y 30 por mil (Antillas Neerlandesas, Argentina, Bahamas, Belice, Trinidad y Tabago, Panamá, Suriname, Uruguay y Venezuela). Un tercer conjunto está integrado por países que recientemente han podido acelerar el descenso de la mortalidad en la infancia y exhiben tasas que fluctúan entre 30 por mil y 60 por mil (Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Perú). Finalmente, en Bolivia y Haití, que hasta comienzos de la década de 1980 registraban tasas extremadamente altas de mortalidad infantil, han conseguido niveles que van de 60 por mil a 80 por mil.

Un estudio realizado en tres de los países de la región que más han avanzado en el control de la mortalidad infantil (Chile, Costa Rica y Cuba) identifica algunos factores que, al actuar de consuno, habrían contribuido a apresurar el proceso de descenso. Un primer factor es la decisión política de poner en marcha —y la perseverancia para mantener en funcionamiento— programas de salud para la infancia, que incluyen componentes de atención primaria con amplia cobertura nacional y acciones especialmente dirigidas a los sectores más vulnerables de la población. El segundo factor es la consolidación de estrategias de salud materno-infantil, con un fuerte énfasis en el control y seguimiento de las personas y en la aplicación de medidas de medicina preventiva. Un tercer factor, propio del ambiente de la salud reproductiva, es que los programas y las estrategias se aplicaron dentro del marco de una declinación sostenida de la fecundidad y de disminución de los nacimientos de alto riesgo. Finalmente, todo el proceso de reducción de la mortalidad en la infancia ha ocurrido en un contexto de ampliación del nivel de educación de la población, de difusión de normas para la protección y de la salud y el cuidado de ella por el propio interesado, de significativas ampliaciones de la cobertura de los servicios de saneamiento ambiental y de mejoramiento de las redes de comunicaciones y de transporte (CELADE/BID, 1996).

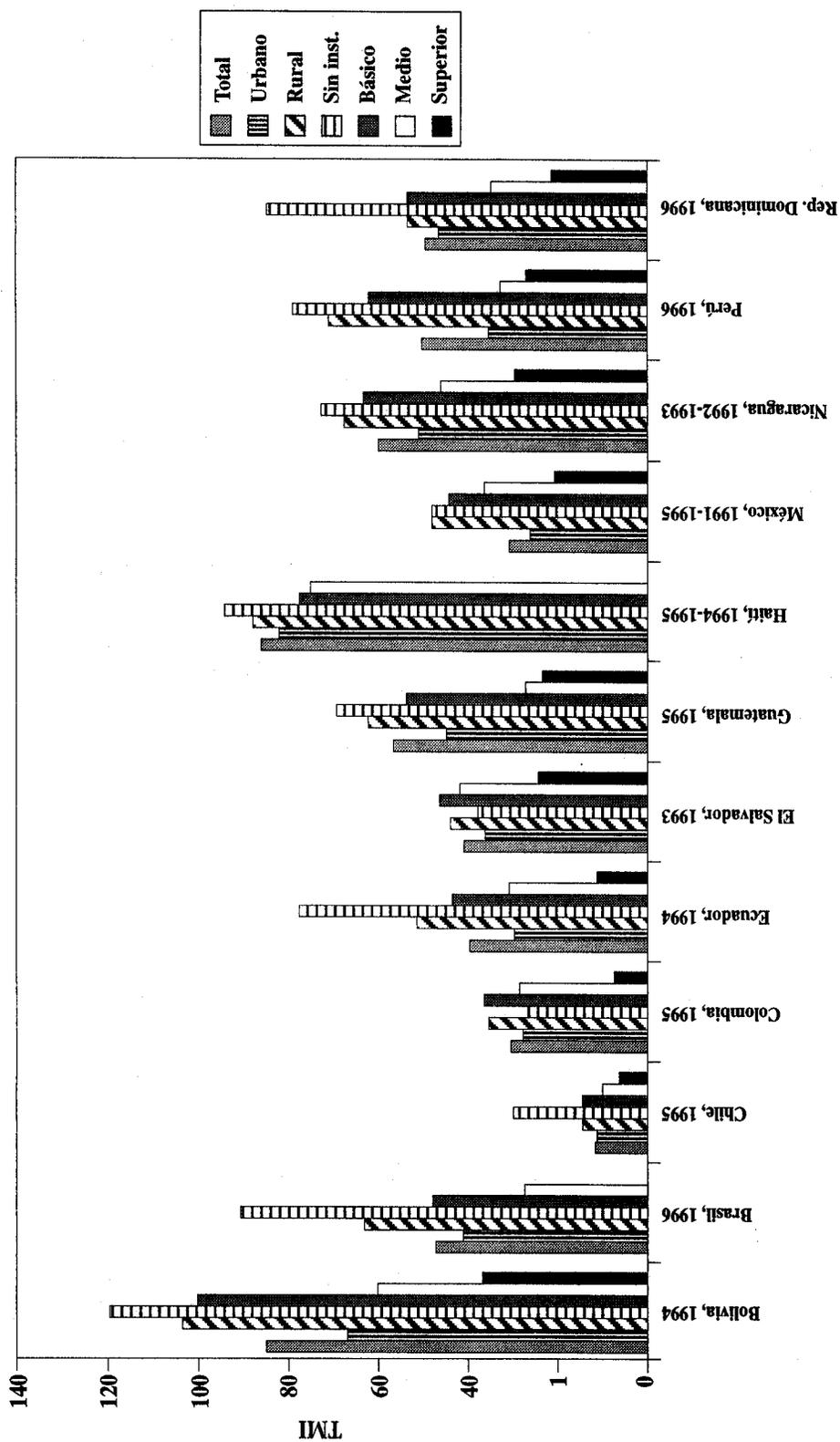
Más allá de los promedios nacionales, y como lo han puesto de manifiesto numerosas investigaciones basadas en información recabada por censos y encuestas realizadas desde los años setenta en adelante, se registran profundas desigualdades socioespaciales de la mortalidad infantil (Behm, 1992).

Se ha podido comprobar que, en algunos casos, estas desigualdades son tanto o más grandes que las existentes entre los países de la región. Todos los datos indican, de modo sistemático, que en los grupos sociales y étnicos más postergados en la satisfacción de sus necesidades básicas se experimentan mayores niveles de mortalidad entre los niños menores de un año. Si bien cuando se expresan en valores absolutos las disparidades entre los diversos estratos sociales tienden a ser menos amplias en las naciones que más han avanzado en el control de esa mortalidad, las diferencias relativas siguen teniendo un peso considerable (véanse el gráfico 39 y el cuadro 28 del anexo). Por ejemplo, si bien es efectivo que las tasas nacionales registradas en Cuba y Chile son bastante similares —y se ubican entre las menores en la región—, las variaciones que ocurren en torno a los valores medios son distintas. Dado que las inequidades sociales en Cuba son más bien tenues, no sorprende que apenas existan pequeñas diferencias entre las tasas de los diversos sectores de la población; en Chile, en cambio, las diferencias son más marcadas y se expresan en la persistencia de "bolsones" de sobremortalidad infantil, ejemplificados por una tasa en las áreas rurales que supera en 23% a la estimada en las urbanas. A su vez, las diferencias discernibles en algunos países con alta mortalidad infantil pueden ser estrechas; en otros, por el contrario, las inequidades sociales dejan una marca muy definida. En Haití, las tasas son generalizadamente elevadas, sin importar el nivel de instrucción de las madres; en países de mortalidad moderadamente alta, como Ecuador y República Dominicana, las discrepancias son agudas y revelan que la disminución de la mortalidad en la infancia ha seguido las líneas gruesas de la estratificación social.

Una expresión peculiar de la inequidad, que ha comenzado a destacarse en estudios recientes, es la que tiene lugar en el ámbito urbano, especialmente dentro de las ciudades grandes de América Latina y el Caribe. Estas ciudades son los contextos espaciales de residencia de una fracción importante de la población regional.⁴⁴ Los estudios señalan la existencia de una considerable heterogeneidad socioespacial entre los espacios intraurbanos, coherente con las inequidades sociales observadas a escala nacional. Tales disparidades se reflejan en una importante variabilidad de las tasas de mortalidad infantil y se han constituido en un franco reto para las políticas de salud, incluso las de salud reproductiva. En algunos espacios intraurbanos, con límites bastante definidos, se registran concentraciones de población en condiciones de pobreza y, por lo mismo, de factores de riesgo para la infancia que podrían ser enfrentados mediante medidas directas.

⁴⁴ Por ejemplo, 141 millones de personas residían en las 42 ciudades de América Latina y el Caribe que en 1995 tenían más de un millón de habitantes; es decir, los residentes de aquellas ciudades eran un 15% más numerosos que la población rural total de la región.

Gráfico 39
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL TOTAL, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA
 Y SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Países y años

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Recuadro 12
MORTALIDAD INFANTIL Y SEGMENTACIÓN SOCIAL DEL ESPACIO URBANO

Las diferencias socioeconómicas entre las distintas unidades administrativas que componen las grandes ciudades se reflejan en los indicadores demográficos y, con particular nitidez, en los índices de mortalidad infantil. Estas diferencias existen desde largo tiempo en los países y metrópolis de la región; por ejemplo, en 1950, la tasa de mortalidad infantil en el Distrito Federal de la Ciudad de México era un 40% menor que la existente en los municipios conurbados más pobres como Tultitlán y Nezahualcoyotl. Estas disparidades persisten —pese a que los índices de mortalidad infantil de todos los grupos sociales que residen en las ciudades se han reducido— y en varias ciudades han adquirido un mayor acotamiento geográfico a raíz del aumento de la polarización territorial de los estratos sociales. Según una encuesta levantada a inicios de los años noventa, en Lima la tasa de mortalidad infantil en el período 1986-1990 iba desde 18 por cada mil nacidos vivos entre las madres con educación superior, hasta 73 por mil entre aquéllas con educación básica incompleta o menos. En Santiago de Chile, la tasa de mortalidad infantil de la comuna donde residen los grupos de más alto ingreso (Vitacura) llegaba, en 1995, a 5.8 por mil mientras que en la comuna con los mayores índices de pobreza (La Pintana) se situaba en 13.5 por mil.

Tal vez uno de los casos más estudiados sea el del Municipio central de São Paulo. A principios del decenio de 1990, las áreas con menos de 30% de población pobre tenían una tasa de mortalidad infantil del orden de 20 por mil, mientras que en las zonas en que más del 50% de la población era pobre se registraban tasas superiores a 60 por mil. Un trabajo que agrupó todos los distritos y subdistritos del municipio de São Paulo en cuatro categorías mostró que las disparidades de la mortalidad en la niñez (vale decir, antes de cumplir los 5 años) eran atribuibles al mayor riesgo de mortalidad por causas de muerte prevenibles (respiratorias e infecciosas) en las zonas pobres (véase el cuadro siguiente):

TASA DE MORTALIDAD POR CAUSA ESPECÍFICA (/10 000) POR ZONAS PARA EL GRUPO ETARIO 0-4 AÑOS, MUNICIPIO DE SÃO PAULO, 1992

Zonas a	Población	Causas circulatorias		Causas respiratorias		Causas infecciosas		Causas externas	
		Muertes	Tasas	Muertes	Tasas	Muertes	Tasas	Muertes	Tasas
1	463125	37	0.8	693	14.96	405	8.74	110	2.38
2	310246	29	0.93	258	8.32	110	3.55	51	1.64
3	116492	8	0.69	102	8.76	56	4.81	12	1.03
4	87059	5	0.57	34	3.91	14	1.61	18	2.07

Fuente: M. Akerman, P. Campanario y P. Borlina Maia, "Saúde e meio ambiente: análise de diferenciais intra-urbanos", *Revista de saúde pública*, vol. 30, N° 4, São Paulo, 1996, p. 376.

^a Las zonas están ordenadas de tal manera que la número 1 corresponde a la más pobre (básicamente distritos y subdistritos de la periferia del Municipio de São Paulo) y la 4 a la más rica (básicamente distritos y subdistritos del centro del Municipio de São Paulo).

Cabe destacar que la mayor mortalidad infantil en los sectores pobres de las ciudades de la región obedece a una constelación de factores. Por cierto, el nivel de ingreso del hogar tiene una incidencia directa, por su efecto en la nutrición, en el acceso a controles de salud regulares y rigurosos, y en las opciones de tratamiento de patologías de diverso tipo. También influye la distribución de los recursos del sector salud, que suelen ser escasos para las necesidades existentes en las zonas pobres. Finalmente, factores ambientales, a escala del hogar —como la disponibilidad de servicios de saneamiento básico— y territorial más agregada —como la contaminación por residuos o atmosférica— también suelen contribuir a que las zonas pobres de la ciudad presenten más riesgos para la salud de los niños. Puede desprenderse de esta ilustración que las estrategias para reducir las inequidades intraurbanas de la mortalidad infantil han de ser multidimensionales y actuar simultáneamente sobre las familias (nivel de ingreso, educación sanitaria), los barrios (servicios básicos y situaciones ambientales dañinas) y el sector salud (focalización territorial y social de los recursos).

Fuente: M. Akerman, P. Campanario y P. Borlina Maia, "Saúde e meio ambiente: análise de diferenciais intra-urbanos", *Revista de saúde pública*, vol. 30, N° 4, São Paulo; J. Rodríguez y M. Villa, "Dinámica sociodemográfica de las metrópolis latinoamericanas durante la segunda mitad del siglo XX", *Notas de población*, N° 65, junio, 1997 (en prensa).

D. UN SERIO PROBLEMA DE SALUD SEXUAL: LA EPIDEMIA CAUSADA POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen uno de los tópicos fundamentales de la salud reproductiva, principalmente por los riesgos que entrañan tanto para el ejercicio de la sexualidad y de la procreación como para el desarrollo de la vida en buenas condiciones de salud. Es sabido que si estas enfermedades no son diagnosticadas y tratadas oportuna y apropiadamente, tienen efectos graves, pudiendo provocar infertilidad masculina; su impacto sobre la salud de las mujeres —más vulnerables que los hombres a este tipo de afecciones— es aún más serio, pues tales afecciones se asocian con complicaciones en el embarazo, abortos espontáneos, infertilidad, cáncer cérvico uterino e infecciones congénitas. Aunque la información sobre la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual en los países de la región es fragmentaria y de escasa comparabilidad, la Organización Mundial de la Salud estima que a mediados de los años noventa unas 36 millones de personas estaban afectadas por ellas (FNUAP, 1997b). Esta cifra es preocupante, pues equivale al 7.5% de la población total de la región.

Tradicionalmente las enfermedades de transmisión sexual fueron consideradas como de orden relativamente secundario en el campo de la salud; sin embargo, el crecimiento exponencial del número de personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) —y sus repercusiones directas sobre el desencadenamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), afección sistémica y de alta letalidad, para la cual no se cuenta con medios eficaces de tratamiento— ha despertado la conciencia pública sobre el cuidado de la salud sexual y acerca de los peligros de una conducta sexual irresponsable. Es conocido el papel sinérgico entre las enfermedades de transmisión sexual y el contagio con VIH. La promiscuidad sexual masculina y femenina y el inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana —sin los debidos resguardos— son factores de riesgo comúnmente relacionados con el contagio del VIH/SIDA, a los cuales se añaden las transfusiones sanguíneas no controladas, la reutilización de jeringas hipodérmicas y la transmisión perinatal. En un informe sobre la situación a escala mundial desde los orígenes de la pandemia hasta fines de 1993, la Organización Mundial de la Salud calculaba que unos 14 millones de adultos habían sido infectados con el VIH; de ese total, 1.5 millones correspondían a América Latina y el Caribe (WHO, 1994). Con datos de diversas fuentes se estima que en 1997 el total de personas seropositivas en la región se aproximaba a los 2 millones (FNUAP, 1997b). Si bien la epidemia se ha extendido por toda la región, su incidencia parece ser mayor en el Caribe, Centroamérica y Brasil (Gómez, 1997).⁴⁵ Las consecuencias de esta epidemia sobre los parámetros demográficos de los países de la región no han sido examinadas en detalle;⁴⁶ sin embargo, está claro que sus efectos inmediatos se hacen sentir sobre la mortalidad de los adultos —especialmente

⁴⁵ En Haití, las primeras manifestaciones del SIDA datan de fines del decenio de 1970, desde ese entonces se ha convertido en uno de los problemas más serios de la salud pública en el país. Según una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes en relación con el SIDA —realizada por el Instituto Haitiano de la Infancia, en 1995—, se estima que la tasa de infección con VIH de la población sexualmente activa urbana oscilaría entre 7% y 10% y la de la rural, entre el 3% y el 5% (IHE, 1995).

⁴⁶ En todo caso, un estudio reciente estima que las defunciones por causa del SIDA en América Latina llegarían a 217 mil en el año 2005, lo que significaría que el peso de las muertes atribuibles al SIDA dentro del total de defunciones subiría de 3.3% en 1995 a 6.2% en el año 2005 (Bongaarts, 1996, p. 35).

entre los jóvenes— y, por cierto, inciden en la orfandad de los niños cuyas madres han fallecido de SIDA (Naciones Unidas, 1995).

Recuadro 13

SIDA: TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS

Si respecto de las estimaciones de enfermos y contagiados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) hay controversia, pues en muchas regiones del mundo no existe un registro sistemático de los infectados, con relación a la evolución de la población infectada con el virus del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la incertidumbre es mucho mayor. Una revisión de estudios recientes muestra que, para el caso del África al sur del Sahara, las proyecciones de muertes anuales causadas por el SIDA en el primer quinquenio del próximo siglo varían entre 1 millón y 2.2 millones. En cualquier caso, el curso general de la mortalidad por efecto del SIDA en las próximas décadas parece permitir una generalización: las defunciones causadas por esta enfermedad continuarán aumentando aceleradamente en Asia, África y América Latina, mientras el crecimiento de la población permanecerá positivo en todas estas regiones e incluso se mantendrá elevado en algunas zonas dentro de ellas.

Ahora bien, la trayectoria de la epidemia dependerá básicamente de tres factores: i) las conductas de respuesta de la población infectada; ii) la aplicación decidida de enfoques de salud pública para reducir la transmisión del virus; y iii) el desarrollo exitoso de nueva tecnología médica. En el peor escenario, donde en los tres factores no se logran avances, la epidemia continuará expandiéndose hacia todos los grupos vulnerables (es decir, aquellos en los que la tasa de reproducción de la infección R —que corresponde al número promedio de infecciones causadas por un individuo infectado a lo largo de su vida— es igual o superior a 1), y la frecuencia del VIH en el mundo en desarrollo alcanzará niveles mucho más altos que los existentes en la actualidad. Este escenario puede ser contrarrestado considerablemente mediante la puesta en práctica de vigorosas medidas, tanto de salud pública —como el control de las enfermedades transmitidas sexualmente y la revisión de la sangre donada— como de intervenciones destinadas a modificar la conducta sexual, procurando hacerla menos riesgosa. Tales iniciativas han demostrado ser exitosas, por ejemplo en Tailandia o entre grupos de alto riesgo en los Estados Unidos.

Gracias a los esfuerzos por hallar terapias exitosas contra el VIH se han logrado importantes avances, en particular aumentando significativamente el tiempo promedio de vida de los pacientes que presentan la enfermedad, pero aún no se dispone de un tratamiento curativo seguro. Si se lo encontrara podría ponerse fin a la epidemia, pero la posibilidad de que tenga un alto costo económico podría dejarlo fuera del alcance de los segmentos pobres de la población en África, Asia y América Latina; así, el SIDA podría agudizar su condición de enfermedad del tercer mundo.

Fuente: J. Bongaarts, "Global trends in AIDS mortality", *Population and Development Review*, vol. 22, N° 1, Nueva York, marzo, 1996.

Si bien en sus etapas iniciales el VIH/SIDA afectó principalmente a los hombres, con el paso del tiempo las razones hombre mujer han disminuido aceleradamente, en especial entre los jóvenes. El rápido incremento de la transmisión del SIDA entre las mujeres se vincula con la mayor probabilidad de infección por exposición que —debido a factores biológicos— presenta el órgano femenino; la susceptibilidad es particularmente elevada en el caso de las jóvenes. "Desde el punto de vista social, ... el desbalance de poder determinado por el género y moldeado por la clase social, la edad y la cultura, impide a muchas mujeres protegerse de la transmisión sexual del SIDA, ya sea evitando la relación con un hombre infectado, o insistiendo en la fidelidad mutua o en el uso del condón por parte del compañero" (Gómez, 1997, p. 31). En estudios recientes se ha señalado que aun cuando la principal vía de transmisión del VIH/SIDA es la sexual —con una creciente figuración de la de naturaleza heterosexual—, la lactancia es una vía de transmisión de la madre a los hijos. Más allá del ámbito demográfico, las repercusiones económicas y sociales del VIH/SIDA son de gran importancia y se

reflejan en la pérdida de personas en edades productivas, la estigmatización y el virtual aislamiento de las personas portadoras, el compromiso de los recursos de las familias —que deben enfrentar los altos costos de los tratamientos médicos— y el establecimiento de onerosos programas especiales —que exigen personal especializado y equipo idóneo— por parte del sector de la salud pública.

Como reflejo de la preocupación de los gobiernos de los países en todas las regiones del mundo, varios capítulos del **Programa de Acción** adoptado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se refieren al VIH/SIDA. Una de las secciones del capítulo sobre derechos reproductivos y salud reproductiva se dedica a las enfermedades de transmisión sexual y la prevención de la infección con el del virus de inmunodeficiencia humana (VIH); su único objetivo es "prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, reducir su incidencia y proceder a su tratamiento, así como prevenir las complicaciones de las enfermedades de transmisión sexual, como la infertilidad, prestando especial atención a las jóvenes y a las mujeres" (Naciones Unidas, 1995a, p. 38). Se insiste en que estas enfermedades deben ser uno de los objetos de los programas de salud reproductiva, especialmente por medio de la atención primaria de la salud: "La información, educación y orientación sobre una conducta sexual responsable y sobre prevención eficaz de las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH deberían formar parte de todos los servicios de atención de la salud reproductiva" (Naciones Unidas, 1995a, p. 38). También en el capítulo sobre salud, morbilidad y mortalidad del **Programa de Acción** existe una sección dedicada al VIH/SIDA que propone: "impedir y reducir la difusión de la infección con el VIH y minimizar sus consecuencias; aumentar el conocimiento de las consecuencias desastrosas de la infección con el VIH y el SIDA y de las enfermedades mortales conexas, tanto a nivel individual como de la comunidad y nacional, y aumentar también el conocimiento de los medios para prevenirlas; corregir las injusticias sociales, económicas, por razón de sexo y raciales que aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad" (Naciones Unidas, 1995a, p. 48).

En concordancia con lo expuesto, el **Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo** sostiene: "Considerando que el SIDA constituye un motivo de creciente preocupación en los países de la región y que las actuales proyecciones sugieren un notorio aumento de su incidencia en los próximos años; y considerando además que está relacionado con el comportamiento sexual y reproductivo, se insta a los gobiernos a incorporar de manera prioritaria en los programas de salud reproductiva, de educación en población y de planificación familiar, medidas tendientes a prevenir su difusión y a asegurar a los enfermos una atención médica adecuada y un trato no discriminatorio" (p. 16). Asimismo, en su parte resolutive, el **Plan Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo** recomienda: "Incorporar en los programas de salud reproductiva, de educación en población y de planificación familiar medidas tendientes a prevenir las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA; también debe asegurarse a los enfermos una atención médica adecuada y un trato no discriminatorio. Considerar las consecuencias del aumento del VIH/SIDA y de las medidas para combatirlo sobre la mortalidad y el comportamiento sexual y reproductivo de la población" (CEPAL, 1996, p. 35).

La falta de conocimiento sobre las complicaciones y secuelas del VIH/SIDA, unida a la renuencia de algunos actores sociales a que se proporcione información amplia sobre las formas de prevenirlo, configura uno de los principales desafíos que enfrentan los programas de salud reproductiva en la región. Las encuestas de demografía y salud proveen informaciones sobre el estado actual del conocimiento acerca de esta materia en siete países. Por cierto, estos antecedentes sólo se prestan para una primera exploración y no permiten obtener conclusiones suficientemente representativas. Un primer elemento concierne a la percepción que se tiene respecto del SIDA; sin embargo, dada la forma en que se

formula la pregunta pertinente, algunas respuestas pudieran reflejar una información elemental: meramente se ha escuchado sobre esta enfermedad, lo que no implica saber cómo se le contrae ni cómo se puede prevenir.⁴⁷ Aun así, la ausencia de "conocimiento" podría revelar una absoluta ignorancia sobre la materia. Los resultados obtenidos varían entre los países (véanse el gráfico 40 y el cuadro 29 del anexo). En Colombia, Haití, Jamaica, Perú y República Dominicana, la casi totalidad de las personas declaran "conocer" la existencia del SIDA; aunque, por lo común, las declaraciones no difieren mayormente según el género, es de destacar que en Perú la proporción de mujeres (11%) que indican desconocimiento más que duplica la de los hombres (5%). A diferencia de estos países, alrededor de un tercio de las mujeres entrevistadas en Bolivia (34%) y Guatemala (29%), señalan ignorancia frente al SIDA.⁴⁸

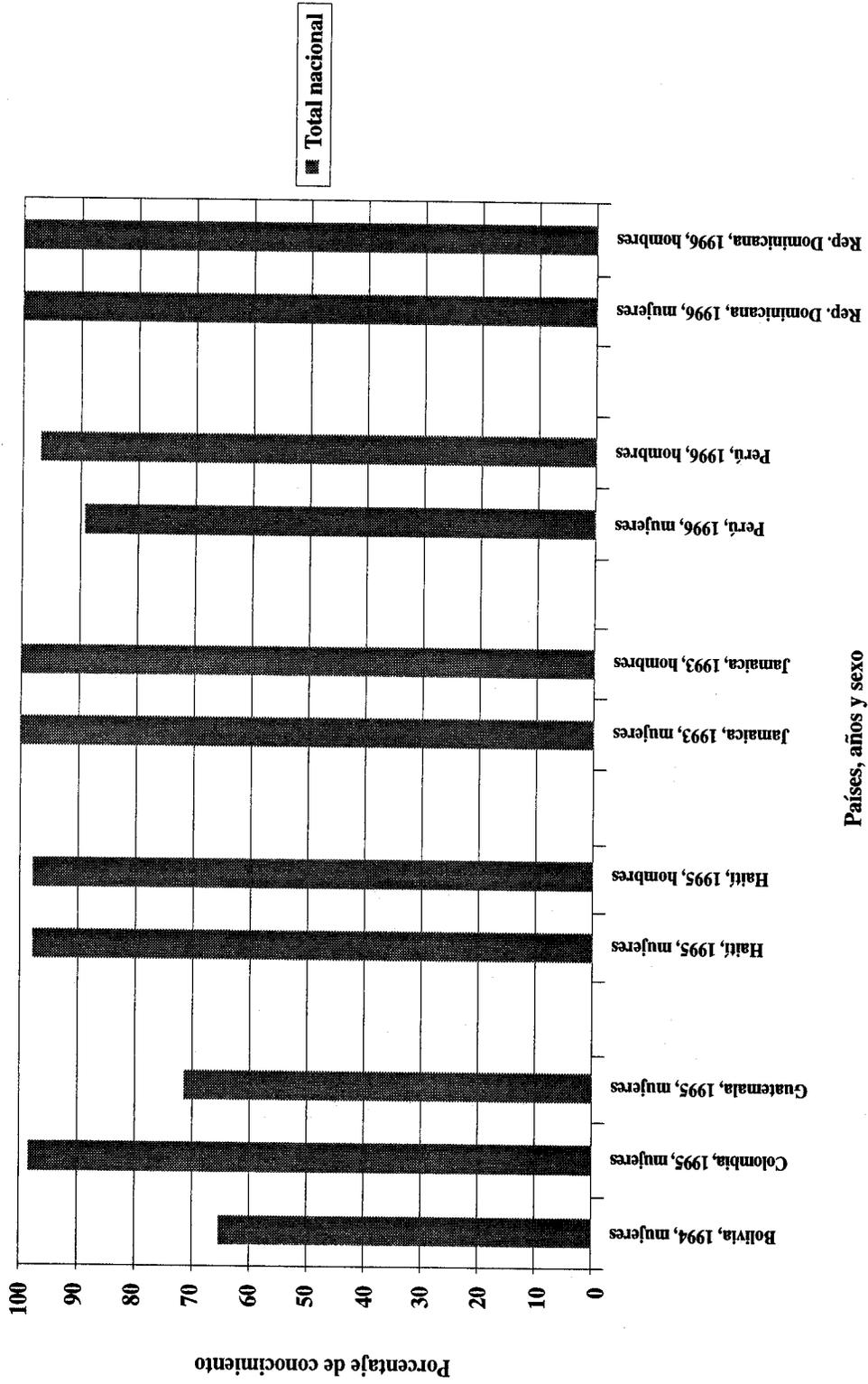
El "conocimiento" sobre el SIDA es sistemáticamente menor en las áreas rurales que en las urbanas. Sin embargo, en los países donde ese "conocimiento" aparentemente está más difundido, la magnitud de las diferencias es exigua; en estos casos también se observa que las discrepancias entre hombres y mujeres según zona de residencia no son distintas de las encontradas a escala nacional (véanse el gráfico 41 y el cuadro 29 del anexo). En cambio, donde la difusión de tal "conocimiento" es menor, las diferencias urbano-rurales asumen importancia, y así lo revela el que la mitad o más de las mujeres rurales de Bolivia (67%) y Guatemala (44%) declaran desconocer el SIDA. Esa diferencia es también significativa en Perú: más de un tercio (35%) de las mujeres rurales, en comparación con una ínfima proporción (2%) de las urbanas, manifiesta desconocimiento sobre el SIDA; esta marcada desigualdad entre ambos medios de residencia parece configurar un atributo distintivo de la situación peruana dentro del contexto regional. A su vez, las cifras rurales de Guatemala se verían afectadas por el patrón de distribución de la población indígena, dos tercios de la cual expresa ignorancia frente al SIDA, proporción que contrasta con un "conocimiento" generalizado (88%) entre los ladinos. Estas cifras permiten reiterar la fuerte incidencia de la inequidad social tanto en éste como en otros de la salud reproductiva. Tales efectos se hacen aún más intensos si la información se discrimina según el nivel de educación. En Bolivia, Guatemala y Perú, más de la mitad de las mujeres sin instrucción revela desconocimiento sobre el SIDA; por el contrario, en la totalidad de los países el "conocimiento" es virtualmente universal entre las personas con educación secundaria o superior. Las discrepancias alcanzan su mayor representación en Bolivia, donde ocho de cada diez mujeres (80%) sin instrucción declara ignorar la existencia de esta enfermedad y más de nueve de cada diez (96%) de las que han alcanzado educación superior reconoce estar enterada.

Otra pregunta incluida en las encuestas de demografía y salud en cinco países (Bolivia, Colombia, Guatemala Perú y República Dominicana) se refiere a la prevención del SIDA. En general, una alta proporción de las mujeres —y de los hombres, en dos países (Perú y República Dominicana) en los que se cuenta con datos según género— reconoció que es posible prevenir la enfermedad (véanse el gráfico 42 y el cuadro 30 del anexo). En las respuestas sobre esta posibilidad no se presentan mayores diferencias según áreas urbanas y rurales, aunque la frecuencia de estas últimas es siempre menor; una excepción importante se observa en Bolivia, pues la mitad de las mujeres no sabía que el SIDA puede prevenirse. Cuando la pregunta se complementó con una consulta acerca de cómo prevenir la enfermedad, la mitad o más de las mujeres rurales de Guatemala (52%) y de Perú indicaron no saber qué

⁴⁷ La inmensa mayoría de las mujeres entrevistadas reconoció que su fuente de información sobre el SIDA son los medios de comunicación, principalmente la radio y la televisión.

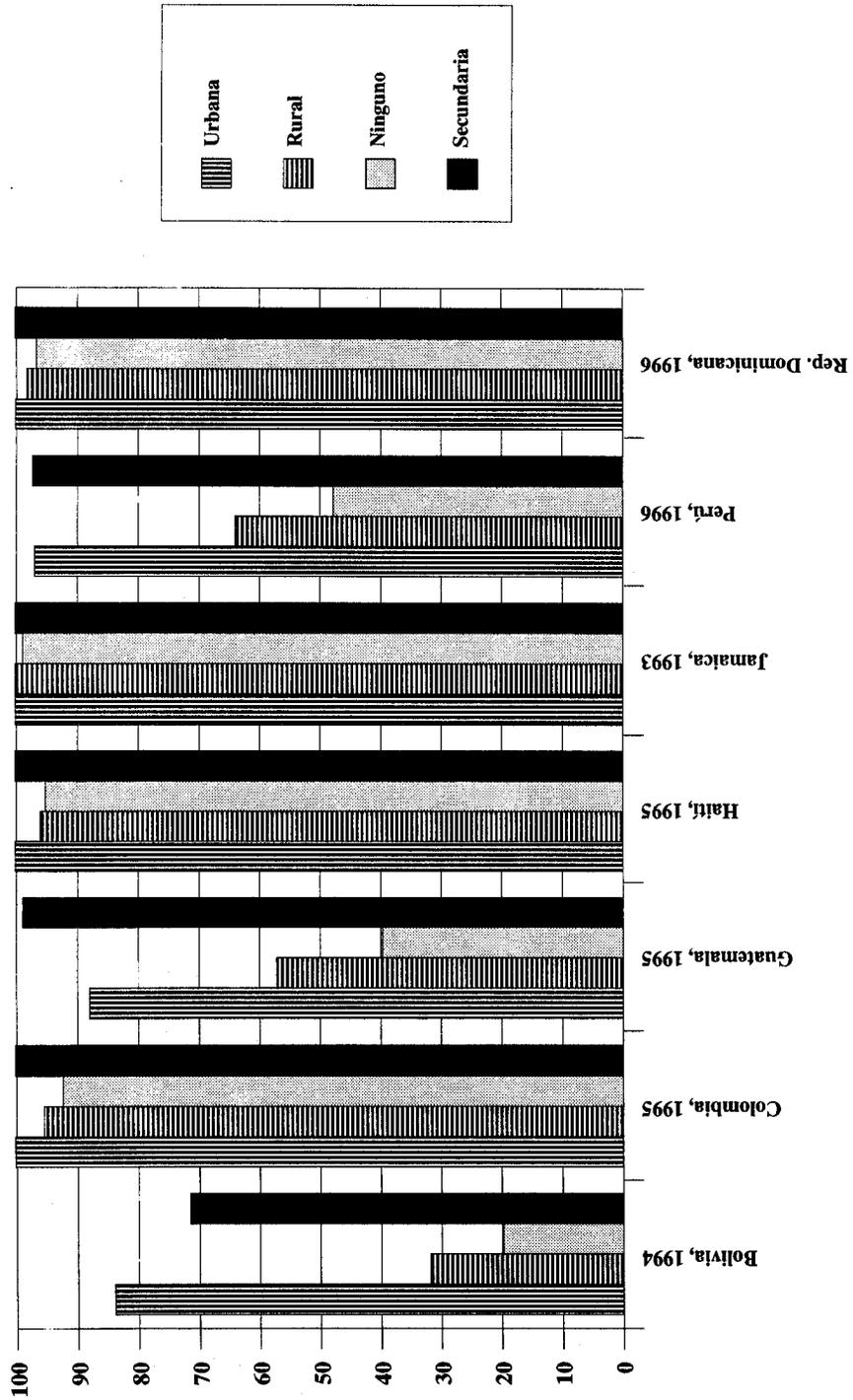
⁴⁸ Sólo se dispone de respuestas específicas según género en las encuestas de cuatro países (Haití, Jamaica, Perú y República Dominicana); en los otros tres países (Bolivia, Colombia y Guatemala) en los que se hicieron consultas acerca del SIDA, las cifras se refieren exclusivamente a las mujeres entrevistadas.

Gráfico 40
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE PERSONAS QUE TIENEN CONOCIMIENTO DEL SIDA
SEGÚN SEXO, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



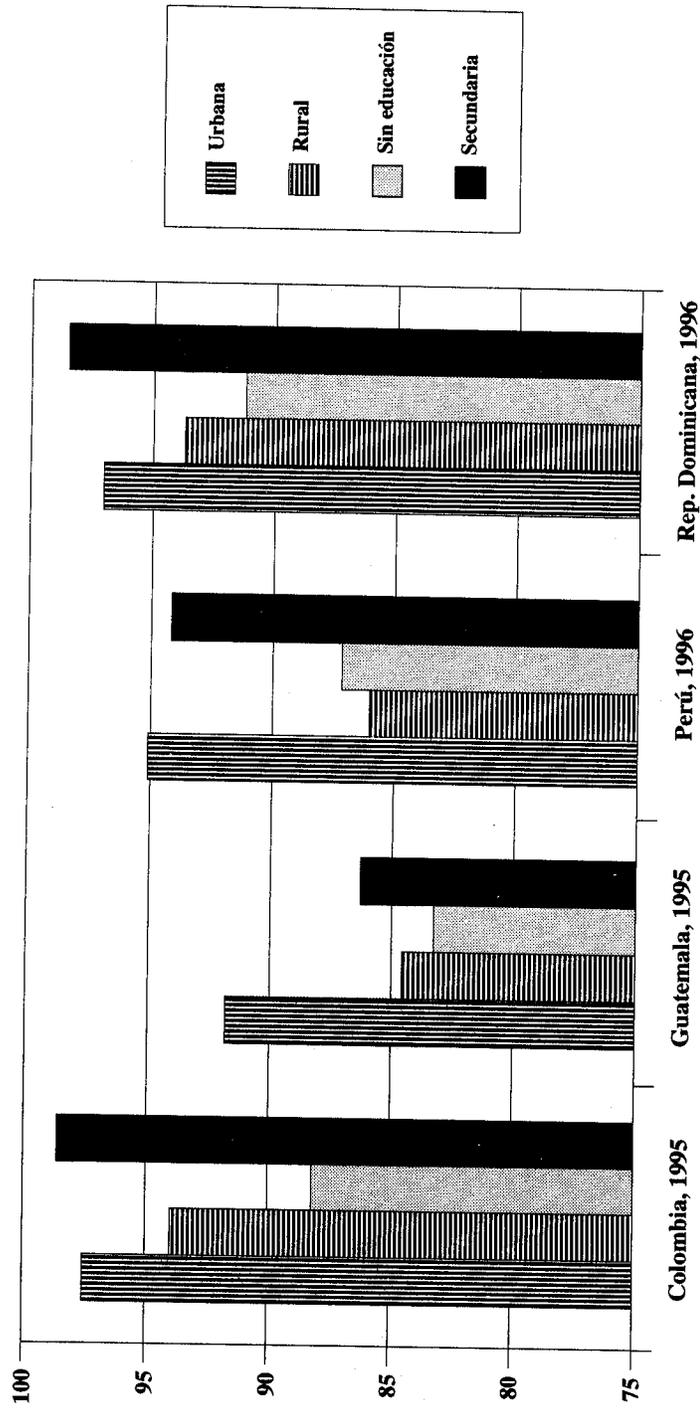
Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Gráfico 41
 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA QUE CONOCEN
 EL SIDA SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS,
 APROXIMADAMENTE EN 1995



Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

Gráfico 42
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA QUE DECLARAN TENER CONOCIMIENTO SOBRE CÓMO PREVENIR EL SIDA, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995



Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud (EDS).

hacer; incluso en el medio rural de Colombia un quinto (21%) de las mujeres expresaron su desconocimiento. Si las respuestas a esta consulta se ordenan según el nivel de educación —cuya información está disponible sólo en cuatro países—, se observa que entre las mujeres sin instrucción ese desconocimiento afectaba a cerca de los dos tercios en Guatemala (66%) y Perú (62%), y a más de un tercio en Colombia (39%); por el contrario, las mujeres con un nivel alto de educación indicaron distintas opciones válidas (usar condón, abstenerse de relaciones promiscuas, mantener fidelidad conyugal y evitar transfusiones). Resulta preocupante que una fracción importante de las entrevistadas reconociera no saber si el SIDA puede prevenirse o cómo lograrlo, lo que implica la existencia de una grave exposición al riesgo de contraer la enfermedad.⁴⁹ Es de destacar que casi todas las mujeres en esa condición son aquellas que carecen de educación o residen en áreas rurales y forman parte de los estratos más postergados de las sociedades nacionales. El enfrentamiento de esta situación, en palabras del **Programa de Acción**, supone "corregir las injusticias sociales, económicas, por razón de sexo y raciales que aumentan la vulnerabilidad ..." (Naciones Unidas, 1995a, p. 48).

Finalmente, en cinco países (Colombia, Guatemala, Haití, Perú y República Dominicana) se preguntó a las entrevistadas si, después de conocer acerca del SIDA y de saber que es posible prevenirlo, habían cambiado su conducta sexual. En todos estos países hubo un claro predominio de respuestas negativas, que van desde un 82% entre las colombianas a un 58% entre las dominicanas. En general, el cambio de conducta se hace más común a medida que aumenta el nivel de educación; por ejemplo, en Guatemala, la mitad de las mujeres con nivel secundario de enseñanza declaró haber efectuado algún cambio. En cambio, según las respuestas proporcionadas, las modificaciones de comportamiento habrían sido más habituales entre los hombres (abarcando al 85% de los dominicanos, al 68% de los haitianos y al 65% de los peruanos), particularmente entre aquellos con más alto grado de educación.⁵⁰ Tales resultados, diferenciados según género y posición social, parecen apuntar a las dificultades que enfrentan las mujeres de los estratos sociales más desfavorecidos para protegerse de la transmisión sexual del SIDA mediante un acuerdo con sus compañeros.

⁴⁹ Las proporciones de mujeres sin instrucción que identificaron el uso del preservativo como un medio de protección son ínfimas en Guatemala (10%) y Perú (5%); además, ese medio fue mencionado sólo por una fracción minoritaria de las mujeres rurales de Bolivia (24%) y Guatemala (17%).

⁵⁰ Por ejemplo, el uso del condón fue adoptado por el 23% de los dominicanos; la frecuencia de uso aumenta al 31% entre los que tienen mayor nivel de instrucción. En Haití, el empleo de ese medio de resguardo alcanzó al 18% de la totalidad de los hombres y al 37% de aquellos con educación secundaria o superior.

Recuadro 14

ENFOQUES PROGRAMÁTICOS DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN SITUACIONES DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA AVANZADA: NOTAS SOBRE EL CASO DE ARGENTINA

Un diagnóstico hecho por especialistas de un organismo no gubernamental de Argentina pone de relieve la necesidad de diseñar programas específicos para enfrentar los problemas de salud reproductiva que surgen incluso en países donde se registran avances generalizados —social y territorialmente— de la transición demográfica. El diagnóstico identifica tres tipos de problemas relacionados con: i) la accesibilidad a los servicios; ii) la calidad de la atención médica; iii) la información disponible.

En cuanto a la accesibilidad a los servicios, los problemas más serios afectan a las mujeres en condición de pobreza, que se distinguen por: menores índices de uso de anticonceptivos; controles prenatales más tardíos y menos frecuentes; mayores tasas de fecundidad entre adolescentes; mayores riesgos de cáncer cérvico uterino y de mortalidad materna. Además, se advierte que, en general, los jóvenes enfrentan dificultades de acceso a los métodos anticonceptivos y a la atención del embarazo.

En lo que concierne a la calidad de la atención médica se destaca la existencia de: limitaciones en la capacidad resolutoria de los servicios; dificultades varias en los procedimientos de referencia y contrarreferencia; insuficiente capacitación del personal de apoyo a la salud; escasa sensibilidad de los equipos médicos frente a las condiciones socioculturales y de género que caracterizan la salud reproductiva de las mujeres (especialmente respecto de la atención hospitalaria de las complicaciones del aborto y del seguimiento de pacientes con citología cervical positiva).

En lo que atañe a las dificultades para el uso de información, se señalan problemas de calidad, cobertura y oportunidad. Por ejemplo, no se dispone de estadísticas confiables y actualizadas, para todas las regiones del país y según grupos de edad, sobre la incidencia del cáncer génito mamario ni respecto de la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos. Otro problema es el subregistro de la mortalidad materna.

Del diagnóstico se desprende un conjunto de objetivos prioritarios que podrían servir de referencia para un programa integral de salud reproductiva según se indica a continuación: i) superar el enfoque tradicional de la atención maternoinfantil y canalizar los recursos hacia las necesidades específicas de las mujeres; ii) promover la participación de la comunidad —en especial, de las mujeres— en la planificación y ejecución de políticas y programas; iii) capacitar y readiestrar al personal de salud en relación con la perspectiva de género; iv) mejorar la cobertura de los controles prenatales y la coordinación de las redes de referencia, particularmente en lo que toca a las mujeres en condición de pobreza; v) garantizar el acceso a la anticoncepción para mujeres y varones; vi) aumentar, mediante la educación sexual y la provisión de anticonceptivos, los conocimientos y habilidades de los adolescentes —escolarizados o no— para prevenir embarazos no deseados; vii) mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de salud para evitar muertes maternas y enfrentar situaciones de emergencia; viii) promover la prevención del cáncer génito mamario por medio tanto de la calificación de la demanda y la oferta como de campañas apropiadas; ix) mejorar las bases de información ya existentes y recopilar nuevos antecedentes de utilidad para obtener indicadores de seguimiento y producir diagnósticos locales; x) realizar estudios específicos que generen información desagregada que permita disponer de indicadores de salud reproductiva y propiciar investigaciones operativas para evaluar la efectividad de los programas.

Fuente: M. Gogna, S. Ramos y M. Romero, "La salud reproductiva en la Argentina: estado de situación y problemas críticos", Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), documento presentado en las Cuartas Jornadas Argentinas de la Población, Resistencia, 17-19 de septiembre, 1997.

BIBLIOGRAFÍA

- Akerman, M., P. Campanario y P. Borlina Maia (1996), "Saúde e meio ambiente: análise de diferenciais intra-urbanos", Revista de saúde pública, vol. 30, N° 4, São Paulo.
- Arriagada, I. (1997), "Políticas sociales, familia y trabajo en la América Latina de fin de siglo", serie Políticas sociales, N° 21 (LC/L.1058), Santiago de Chile, CEPAL.
- Bajraj, R. y J. Chackiel (1996), "La población en América Latina y el Caribe: tendencias y percepciones", Pensamiento Iberoamericano, N° 28 y Notas de Población, N° 62, Madrid, Fundación Centro Español de Estudios de América Latina (CEDEAL) y Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Behm, H. (1992), Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y Organización Holandesa para la Cooperación Internacional en Educación Superior.
- Boltvinik J. (1996), "Pobreza y comportamiento demográfico: la importancia de la política social", Demos. Carta demográfica sobre México, N° 9, México, D.F.
- Bongaarts, J. (1996), "Global trends in AIDS mortality", Population and Development Review, vol. 22, N° 1, Nueva York, marzo.
- Boland, B. (1997), Dinámica de la población y desarrollo en el Caribe: con especial énfasis en la fecundidad de adolescentes, la migración internacional, las políticas de población y la planificación del desarrollo, serie Cuadernos de la CEPAL, N° 76 (LC/G.1879-P; LC/DEM/G.171), Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.97.II.G.10.
- Caballero, R., A. Villaseñor y A. Hidalgo (1997), "Fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos sobre el SIDA en adolescentes de México", Revista de saúde pública, vol. 31, N° 4, São Paulo.
- Carrasco, S., J. Martínez y C. Vial (1997), Población y necesidades básicas insatisfechas, 1982-1994, Santiago de Chile, Ministerio de Planificación y Cooperación/Fondo de Población de las Naciones Unidas (MIDEPLAN/FNUAP).
- CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) (1996), "Fecundidad, planificación familiar y salud reproductiva en el Perú", Serie OI, N° 107 (LC/DEM/R.243), Santiago de Chile.
- (1994), "Dinámica demográfica de la pobreza: documentos seleccionados", Serie A, N° 287, (LC/DEM/R.206), Santiago de Chile.
- CELADE/BID (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.
- CELADE/EDS (Centro Latinoamericano de Demografía/Encuestas de demografía y salud) (1992), "La necesidad insatisfecha y la demanda total de planificación familiar en Colombia", Serie OI, N° 88, (LC/DEM/R.194), Santiago de Chile, 1990.

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1997a), Desarrollo sostenible, pobreza y género en América Latina y el Caribe: medidas hacia el año 2000 (LC/L.1064(CRM.7/5)) documento preparado para la Séptima Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre.
- (1997b), Informe de la Primera Conferencia Regional de Seguimiento de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (LC/G.1972(CONF.86/4)), Santiago de Chile.
- (1997c), La brecha de la equidad: América Latina, el Caribe y la Cumbre Social (LC/G.1954(CONF.86/3)), documento preparado para la Primera Conferencia Regional de Seguimiento de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (São Paulo, 6 al 9 de abril), Santiago de Chile.
- (1996), Informe de seguimiento del Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo. Nota de la Secretaría (LC/G.1905(SES.26/10)), documento presentado en el Vigésimo sexto período de sesiones de la Comisión (San José, Costa Rica, 15 al 20 de abril), Santiago de Chile.
- (1995), América Latina y el Caribe: dinámica de la población y desarrollo (LC/G.1862-P; LC/DEM/G.156), serie Cuadernos de la CEPAL, N° 74, Santiago de Chile.
- (1993), "Consenso Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo" en Informe final de la Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo (México, D.F., 29 de abril al 4 de mayo de 1993) (LC/G.1762(Conf.83/4); LC/DEM/G.134), Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía) (1996), Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo (LC/G.1920; LC/DEM/G.159), Santiago de Chile, febrero.
- (1995), Población, equidad y transformación productiva (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/UNICEF (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (1995), "América Latina: mortalidad en la niñez: una base de datos actualizada en 1995", Santiago de Chile.
- Chackiel, J. y S. Schkolnik (1997), "América Latina: la transición demográfica en sectores rezagados" (LC/R.286), Serie B, N° 124, documento presentado a la XXIII Conferencia General de Población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, (Beijing, 11 al 17 de octubre), Santiago de Chile, CELADE.
- CICRED/FNUAP/Ministerio de Cooperación de Francia (Comité para la Cooperación Internacional en las Investigaciones sobre Demografía/ Fondo de Población de las Naciones Unidas/ Ministerio de Cooperación de Francia (1996), Demographic Evaluation of Health Programmes, París.
- Coale, A. (1977), "La transición demográfica", Serie D, N° 86, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), mayo.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (1997), "La situación demográfica de México", México, D.F.
- (1996), "Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar, México, D.F.
- (1995). "Programa Nacional de Población 1995-2000, México", México, D.F.
- CORSAPS (Corporación de Salud y Políticas Sociales) (1997), "Comportamiento reproductivo de hombres y mujeres en Chile", Santiago de Chile, octubre.
- Cortés, F. (1997), "Determinantes de la pobreza de los hogares. México, 1992", Revista mexicana de sociología, vol. 59, N° 2, México D.F.

- Figuroa, J. (1997), "Elementos para definir una agenda de docencia, investigación y análisis de política en el ámbito de la salud reproductiva", Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94, C. Welti (comp.), México, D.F., Programa Latinoamericano de Actividades en Población (PROLAP) e Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Freedman, R. (1997), "Do family planning programs affects fertility preferences?", Studies in Family Planning, vol. 28, N° 1.
- FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (1997a), Estado de la población mundial, 1997. El derecho a optar: derechos de la procreación y salud de la reproducción, Nueva York.
- (1997b), "Pobreza e inequidad de género: salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe", documento preparado para la Séptima Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre.
- (1997c), "Evaluation Report. Support to Traditional Birth Attendants", Technical Reports, N° 12, Nueva York.
- (1996), "Community Participation in Designing and Monitoring Reproductive Health Programmes", Technical Reports, N° 36, Nueva York.
- Geldstein, R. y G. Infesta (1997), "Las dos caras de la moneda: la salud reproductiva de las adolescentes en las miradas de las madres y las hijas", documento presentado en las Cuartas Jornadas Argentinas de la Población (Resistencia, 17 al 19 de septiembre), Buenos Aires, Centro de Estudios de Población (CENEP).
- Gogna, M., S. Ramos y M. Romero (1997), "La salud reproductiva en la Argentina: estado de situación y problemas críticos", documento presentado en las Cuartas Jornadas Argentinas de la Población (Resistencia, 17 al 19 de septiembre), Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).
- Gómez, E. (1997), "La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques", serie Mujer y desarrollo, N° 17 (LC/L.990), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- IHE (Institut Haïtien de l'Enfance) (1995), Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques de jeunes vis-à-vis du SIDA; evaluation de base pour le projet PREKOMAS, Pétienville.
- Instituto Nacional de Estadística (INE)/Macro International, Inc. (1994), Bolivia. Encuesta nacional de demografía y salud, 1994, La Paz.
- IPPF (Federación Internacional de Planificación de la Familia) (1997), Pobreza y salud reproductiva, Londres.
- Kirk, D. (1996), "Demographic transition theory", Population Studies, vol. 50, N° 3, Londres, noviembre.
- Leighton, C. (1994), "Los beneficios económicos de la inversión en servicios de planificación familiar y salud reproductiva en América Latina y el Caribe. Documento informativo y de trabajo", Abt Associates Inc., Washington, D.C., inédito.
- López, E. (1997), Anticoncepción y aborto. Su papel y sentido en la vida reproductiva, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires.
- Martine, G. (1996), "Brazil's fertility decline, 1965-95: a fresh look at key factors", Population and Development Review, vol. 22, N° 1, Nueva York, marzo.
- Martínez, J. (1997), "Cambios en planificación familiar", Demos. Carta demográfica de México, N° 10, México, D.F.
- Muñiz, P. y R. Rubalcava (1996), "La reproducción de la pobreza", Demos. Carta demográfica sobre México, N° 9, México D.F.

- Naciones Unidas (1998), World population monitoring, 1996: selected aspects of reproductive rights and reproductive health (ST/ESA/SER.A/156), Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.97.XIII.5.
- (1997a), Derechos reproductivos y salud reproductiva: informe conciso (ST/ESA/SER.A/157), Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.96.XIII.11.
- (1997b), Family-building and family planning evaluation (ST/ESA/SER.R/148), Nueva York.
- (1996), Family Planning, Health and Family Well-Being (ST/ESA/SER.R/131), Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: 96.XIII.12.
- (1995a), Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (ST/ESA/SER.A/149), serie Población y desarrollo, vol. 1, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.95.XIII.7.
- (1995b), World population prospects, the 1994 revision (ST/ESA/SER.A/145), Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.95.XIII.16.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1997), Monitoring Reproductive Health: Selecting a Short List of National and Global Indicators. Final Draft, (WHO/RHT/97.26), Ginebra.
- (1994), "The Current Global Situation on HIV/AIDS Pandemic", Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Programa Mundial sobre el SIDA.
- (1990), Maternal Health and Safe Motherhood Programme: Progress Report, 1987-1990, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (WHO/MCH/90.11).
- (1981), "Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000", serie Salud para todos, N° 3, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) (1997), "Metas de la tercera evaluación de las estrategias de salud para todos en el año 2000, región de las Américas", Boletín epidemiológico, vol. 18, N° 4.
- (1992), Salud reproductiva en las Américas, Washington D.C.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1991), "Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna en las Américas", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, N° 110.
- Pantelides, E. (1996), "Adolescentes, sexualidad y salud reproductiva", Salud reproductiva, nuevos desafíos, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto de Estudios de Población (IEPO), Programa de Salud Reproductiva (PROSAR), marzo.
- Parrado, E. y M. Tienda (1997), "Women's roles and family formation in Venezuela: new forms of consensual unions", Social Biology, vol. 44, N° 1-2.
- Prada, E. (1992), La planificación familiar en América latina (DDR/7), documento presentado en la Reunión de Expertos Gubernamentales sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe, (Santa Lucía, 6 al 9 de octubre), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).
- PRB/EDS/CDC (Oficina de Referencias Demográficas/Encuestas de demografía y salud/Centros de control y prevención de enfermedades) (1992), La actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe: riesgos y consecuencias, Washington D.C.
- Rodríguez, J. y M. Villa (1997), "Dinámica sociodemográfica de las metrópolis latinoamericanas durante la segunda mitad del siglo XX", Notas de población, N° 65, junio (en prensa).
- Roos J. y W. Parker Mauldin (1996), "Family planning programs: efforts and results, 1972-94", Studies in Family Planning, vol. 27, N° 3, mayo/junio.
- Seligman, B. y otros (1997), Reproductive Health and Human Capital. A Framework for Expanding Policy Dialogue, Washington D.C., The POLICY Project, U.S. Agency for International Development (USAID), abril.

- Sen, G., A. Germain y L.C. Chen (1994), Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment and Rights, Boston, Harvard School of Public Health.
- Simões, C. y I. Leite (1991), "Padrão reprodutivo de saúde e mortalidades infantil, Nordeste, 1991", Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil: Pesquisa sobre saúde familiar no Nordeste, 1991, Rio de Janeiro, Sociedade Civil Ben-Estar Familiar no Brasil (BENFAM) y Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (EDS).
- Tejeda, R. (1995), "La juventud dominicana: ¿divino tesoro o infernal problema?", Revista Población y desarrollo, N° 5, Santo Domingo, Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia (PROFAMILIA).
- Van de Kaa, D. (1996), "Anchored narratives: story and findings of half a century of research into the determinants of fertility", Population Studies, vol. 50, N° 3, noviembre.
- Vilela, W. y R. Barbosa (1996), "Opções contraceptivas e vivências de sexualidades: comparação entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em região metropolitana do Sudeste do Brasil", Revista de saúde pública, vol. 30, N° 5.
- Villa, M. (1997), "Dinámica de población", Diálogo iberoamericano, año 1, vol. 3, Nueva York, Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (GPI).
- Villareal, M. (1996), "Colombia: cuatro décadas de población y desarrollo", serie Documentos técnicos, Santiago de Chile, Equipo de apoyo técnico del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).

FUENTES DE DATOS

La serie de encuestas de demografía y salud (EDS) —entre ellas las conocidas por su sigla en inglés, DHS (*Demographic and Health Surveys*)— forma parte de un proyecto mundial a largo plazo financiado principalmente por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El propósito de este proyecto es proporcionar información a los organismos ejecutivos en los campos de la población y la salud —en especial, a las entidades responsables de los programas materno-infantiles y de planificación familiar— de los países en desarrollo. La planeación y ejecución de las encuestas se realiza con el concurso directo de instituciones gubernamentales y privadas de los países. Estas instituciones han contado con la colaboración técnica, entre otros, del Instituto para el Desarrollo de Recursos —(*Institute for Resource Development* (IRD)), filial de la Westinghouse Electric Corporation—, la División de Salud Reproductiva de los Centros para el control y prevención de enfermedades —(*Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)), Atlanta, Georgia, Estados Unidos— y de Macro International, Inc., Claverton, Maryland, Estados Unidos.

- BEMFAM/EDS (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/Encuestas de demografía y salud) (1997), Brasil. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996, Río de Janeiro.
- CESDEM/PROFAMILIA/ONAPLAN/EDS (Centro de Estudios Sociales y Demográficos/Asociación Probieneestar de la Familia/Oficina Nacional de Planificación/Encuestas de demografía y salud) (1997), República Dominicana. Encuesta demográfica y de salud 1996, Santo Domingo.
- Family Planning Association of Trinidad and Tobago/EDS (Encuestas de demografía y salud) (1988), Trinidad and Tobago: Demographic and Health Survey, 1987, Puerto España, Trinidad y Tabago.
- INE/EDS (Instituto Nacional de Estadística/Encuestas de demografía y salud) (1996), Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1995, Ciudad de Guatemala.
- INE/EDS (Instituto Nacional de Estadística/Encuestas de demografía y salud) (1994), Bolivia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1994, La Paz.
- INEI/EDS (Instituto Nacional de Estadística e Informática/Encuestas de demografía y salud) (1997), Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar 1996. Informe principal, Lima.
- Institut Haïtien de l'Enfance/EDS (Encuestas de demografía y salud) (1995), Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services (EMMUS-II): Haïti 1994/95, Pétienville.
- PROFAMILIA/EDS (Asociación Probieneestar de la Familia Colombiana/Encuestas de demografía y salud) (1995) Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995, Santafé de Bogotá.

Centros de control y prevención de enfermedades (CDC)

- Asociación Demográfica Salvadoreña/CDC (Centros de control y prevención de enfermedades) (1994), Encuesta Nacional de Salud Familiar: FESAL-93, San Salvador.
- CCSS (Caja Costarricense de Seguro Social) (1994), Fecundidad y formación de la familia: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 1993, San José.
- CEPAR/CDC (Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable/Centros de control y prevención de enfermedades) (1995), Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil ENDEMAIN-94. Informe general, Quito.
- CEPEP/USAID/CDC (Centro Paraguayo de Estudios de Población/Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional/Centros de control y prevención de enfermedades) (1997), Paraguay: encuesta nacional de demografía y salud reproductiva, 1995 - 1996, Asunción.

National Family Planning Board/CDC (Centros de control y prevención de enfermedades) (1994), Contraceptive prevalence survey. Jamaica 1993, Atlanta (4 tomos).
PROFAMILIA/CDC (Asociación Pro-Bienestar de la Familia Nicaragüense/Centros de control y prevención de enfermedades) (1993) Encuesta sobre salud familiar Nicaragua 1992-93. Informe preliminar, Managua.

Otras encuestas

CEE (Comité Estatal de Estadísticas) (1991), Encuesta Nacional de Fecundidad, 1987, La Habana.

Otras fuentes

CONAPO (Consejo Nacional de Población) (1996), Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar, México, D.F.

INE (Instituto Nacional de Estadísticas) (1996), Anuario de demografía, 1995, Santiago de Chile.

ANEXO

Cuadro 1
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD ESTIMADA SEGÚN PAÍSES,
 1952, 1972 Y 1997**

Países	Tasa global de fecundidad estimada		
	Años		
	1952	1972	1997
América Latina	5.90	5.03	2.66
Argentina	3.15	3.15	2.62
Bolivia	6.75	6.50	4.36
Brasil	6.15	4.72	2.18
Chile	4.95	3.63	2.44
Colombia	6.76	4.67	2.69
Costa Rica	6.72	4.34	2.95
Cuba	4.10	3.55	1.55
Ecuador	6.70	6.00	3.10
El Salvador	6.46	6.10	3.09
Guatemala	7.09	6.45	4.90
Haití	6.30	5.76	4.60
Honduras	7.50	7.05	4.30
México	6.87	6.52	2.75
Nicaragua	7.33	6.79	3.85
Panamá	5.68	4.94	2.63
Paraguay	6.50	5.65	4.17
Perú	6.85	6.00	2.98
República Dominicana	7.40	5.63	2.80
Uruguay	2.73	3.00	2.25
Venezuela	6.46	4.94	2.98
Jamaica	4.22	5.78	2.10
Antillas Neerlandesas	5.65	2.65	2.10
Bahamas	4.22	3.30	2.00
Trinidad y Tabago	5.30	3.79	2.25
Barbados	4.67	3.45	1.83
Guadalupe	5.61	4.49	2.22
Coefficiente de variación (%)	22	26	31

Fuente: CELADE, estimaciones y proyecciones de población vigentes; Naciones Unidas, *World Population prospects: the 1994 revision (ST/ESA/SER.A/145)*, Nueva York, 1995. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.95.XIII.16.

Cuadro 2
**AMERICA LATINA Y EL CARIBE: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, ESTIMADA Y PROYECTADA
 (HIPÓTESIS MEDIA) POR PAÍSES, 1950-2050**

HIPÓTESIS MEDIA																			
Países	Tasa global de fecundidad estimada									Tasa global de fecundidad proyectada									
	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025	2025-2030	2030-2035	2035-2040	2045-2050
América Latina	5.9	6.0	6.0	5.6	5.0	4.5	3.8	3.4	3.0	2.7	2.5	2.4	2.3	2.2	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1
Argentina	3.2	3.1	3.1	3.0	3.1	3.4	3.2	3.0	2.8	2.6	2.4	2.3	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Bolivia	6.8	6.8	6.6	6.6	6.5	5.8	5.3	5.0	4.8	4.4	3.9	3.5	3.1	2.8	2.5	2.3	2.1	2.1	2.1
Brasil	6.2	6.2	6.2	5.4	4.7	4.3	3.6	3.0	2.4	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Chile	5.0	5.3	5.3	4.4	3.6	3.0	2.7	2.7	2.5	2.4	2.4	2.3	2.2	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Colombia	6.8	6.8	6.8	6.3	4.7	4.1	3.4	3.2	2.9	2.7	2.5	2.4	2.3	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Costa Rica	6.7	7.1	6.9	5.8	4.3	3.9	3.5	3.4	3.1	2.9	2.8	2.6	2.5	2.4	2.3	2.2	2.1	2.1	2.1
Cuba	4.1	3.7	4.7	4.3	3.5	2.1	1.8	1.8	1.6	1.6	1.6	1.6	1.7	1.8	1.8	1.9	2.0	2.0	2.1
Ecuador	6.7	6.7	6.7	6.5	6.0	5.4	4.7	4.0	3.5	3.1	2.8	2.5	2.3	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
El Salvador	6.5	6.8	6.8	6.6	6.1	5.7	4.4	4.0	3.5	3.1	2.8	2.5	2.4	2.2	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1
Guatemala	7.1	6.9	6.8	6.6	6.5	6.4	6.1	5.8	5.4	4.9	4.4	3.9	3.4	3.0	2.7	2.4	2.2	2.1	2.1
Haití	6.3	6.3	6.3	6.0	5.8	5.4	5.2	5.0	4.8	4.6	4.4	4.2	4.0	3.8	3.7	3.3	2.9	2.5	2.1
Honduras	7.5	7.5	7.4	7.4	7.1	6.6	6.0	5.4	4.9	4.3	3.7	3.2	2.9	2.6	2.4	2.2	2.1	2.1	2.1
México	6.9	7.0	6.8	6.8	6.5	5.3	4.2	3.6	3.1	2.8	2.5	2.3	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Nicaragua	7.3	7.3	7.3	7.1	6.8	6.4	6.0	5.0	4.4	3.9	3.4	2.9	2.6	2.4	2.3	2.2	2.1	2.1	2.1
Panamá	5.7	5.9	5.9	5.6	4.9	4.1	3.5	3.2	2.9	2.6	2.4	2.3	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Paraguay	6.5	6.5	6.6	6.3	5.7	5.2	5.3	4.9	4.6	4.2	3.8	3.5	3.2	3.0	2.8	2.5	2.3	2.1	2.1
Perú	6.9	6.9	6.9	6.6	6.0	5.4	4.6	4.0	3.4	3.0	2.6	2.4	2.3	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
República Dominicana	7.4	7.4	7.3	6.7	5.6	4.7	3.9	3.5	3.1	2.8	2.6	2.4	2.3	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Uruguay	2.7	2.8	2.9	2.8	3.0	2.9	2.6	2.4	2.3	2.3	2.2	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Venezuela	6.5	6.5	6.7	5.9	4.9	4.5	4.0	3.6	3.3	3.0	2.7	2.5	2.3	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Antillas Neerlandesas	5.7	5.2	4.4	3.3	2.7	2.5	2.3	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Bahamas	4.2	3.7	3.9	3.3	3.0	2.8	2.8	2.3	2.0	2.0	2.0	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Barbados	4.7	4.7	4.3	3.5	2.7	2.2	1.9	1.6	1.8	1.8	1.8	1.9	2.0	2.0	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Guadalupe	5.6	5.6	5.6	5.2	4.5	3.1	2.6	2.5	2.3	2.2	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Jamaica	4.2	5.1	5.6	5.8	5.0	4.0	3.6	2.6	2.4	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1
Trinidad y Tabago	5.3	5.3	5.0	3.8	3.5	3.4	3.2	2.8	2.4	2.3	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1	2.1

Fuente: CELADE, estimaciones y proyecciones de población vigentes; Naciones Unidas, *World Population prospects: the 1994 revision* (ST/ESA/SER.A/145), Nueva York, 1995. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.95.XIII.16.

Cuadro 3

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA
Y DIFERENCIA PORCENTUAL ENTRE ZONA DE RESIDENCIA (RURAL Y URBANA), PAÍSES
SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995**

Año de levantamiento	País	Período de referencia	Urbana	Rural	Nacional	Diferencia porcentual entre TGF rural y urbana
1994	Bolivia	1991-1994	3.8	6.3	4.8	65.8
1996	Brasil	1993-1996	2.3	3.5	2.5	52.2
1995	Colombia	1992-1995	2.5	4.3	3.0	72.0
1993	Costa Rica ^a	1990-1993	2.7	3.7	3.2	34.8
1994	Ecuador	1989-1994	3.0	4.6	3.6	55.6
1993	El Salvador ^b	1988-1993	2.7	5.0	3.9	84.4
1995	Guatemala	1992-1995	3.8	6.2	5.1	63.2
1994-1995	Haití	1992-1995	3.3	5.9	4.8	78.8
1994	México	1994	2.6	3.8	-	46.2
1992-1993	Nicaragua ^c	1987-1993	3.2	6.4	4.6	100.6
1995-1996	Paraguay	1990-1996	3.3	5.7	4.4	73.4
1996	Perú	1993-1996	2.8	5.6	3.5	100.0
1996	Rep. Dominicana	1993-1996	2.8	4.0	3.2	42.9
1987	Trinidad y Tabago	1984-1987	3.0	3.2	3.1	6.7

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

^a La zona urbana de residencia corresponde al Área Metropolitana de San José.

^b La zona urbana de residencia corresponde al Área Metropolitana de San Salvador.

^c La zona urbana de residencia corresponde al Área Metropolitana de Managua.

Cuadro 4
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, Y DIFERENCIA PORCENTUAL ENTRE LOS VALORES PARA LAS MUJERES SIN INSTRUCCIÓN Y PARA LAS MUJERES CON EDUCACIÓN SUPERIOR, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995

Año de levantamiento	País	Dif. % entre TGF de grupos educacionales extremos	Sin instrucción	NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
				Primario	Secundario	Superior
1994	Bolivia	140.7	6.5	6.0	4.9	2.7
1996	Brasil	233.3	5.0	3.4	2.1	1.5
1995	Colombia	177.8	5.0	3.8	2.6	1.8
1993	Costa Rica	49.1	4.0	3.6	-	2.7
1994	Ecuador	193.0	6.2	4.8	2.9	2.1
1993	El Salvador	129.5	5.4	4.8	3.5	2.3
1995	Guatemala	294.4	7.1	5.1	2.7	1.8
1994-1995	Haití	144.0	6.1	4.8	-	2.5
1994	México	70.8	4.1	3.8	3.1	2.4
1992-1993	Nicaragua	191.2	6.9	4.9	3.4	2.4
1995-1996	Paraguay	183.1	6.9	5.2	3.4	2.4
1996	Perú	228.6	6.9	5.0	3.0	2.1
1996	Rep. Dominicana	163.2	5.0	3.9	2.6	1.9
1987	Trinidad y Tabago	73.9	4.0	3.6	3.1	2.3

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

Nota: Las categorías del nivel de instrucción no coinciden en todas las encuestas. A continuación se expone el contenido de cada categoría en los diversos países. Esta especificación es válida para todos los cuadros en que se usa el nivel de educación como variable de tabulación.

Bolivia: Sin instrucción: Sin instrucción; Primario: Básico; Secundario: Intermedio; Superior: Medio o más.

Brasil: Sin instrucción: Ningún año de educación; Primario: promedio ponderado de las cifras de las categorías 1-3 años de educación y 4 años de educación; Secundario: promedio ponderado de las cifras de las categorías 5-8 años de educación y 9-11 años de educación; Superior: 12 o más años de educación.

Colombia: Sin instrucción: Sin educación; Primario: Primaria; Secundario: Secundaria; Superior: Superior.

Costa Rica: Sin instrucción: Primaria incompleta; Primario: Primaria completa; Secundaria: No se identifica una categoría aplicable; Superior: Secundaria o más.

Ecuador: Sin instrucción: Ninguna instrucción; Primario: promedio ponderado de las cifras de las categorías primaria incompleta y primaria completa; Secundario: promedio ponderado de las cifras de las categorías secundaria incompleta y secundaria completa; Superior: Superior.

El Salvador: Sin instrucción: Ningún año de educación; Primario: 1-3 años de educación; Secundario: promedio ponderado de las cifras de las categorías 4-6 años de educación y 7-9 años de educación; Superior: 10 o más años de educación.

Guatemala: Sin instrucción: Sin educación; Primario: Primaria; Secundario: Secundaria; Superior: Superior.

Haití: Sin instrucción: Ninguna instrucción; Primario: Alfabetización o primaria; Secundaria: No se identifica una categoría aplicable; Superior: Secundaria o más.

México: Sin instrucción: Primaria incompleta; Primaria completa; Secundaria o más.

Nicaragua: Sin instrucción: Ninguna instrucción; Primario: promedio ponderado de las cifras de las categorías primaria incompleta y primaria completa; Secundario: Secundaria incompleta; Superior: Secundaria completa o más.

Paraguay: Sin instrucción: 0-2 años de estudio; Primario: promedio ponderado de las cifras de las categorías 3-5 años de instrucción y 6 años de instrucción; Secundaria: 7-11 años de instrucción; Superior: 12 o más años de educación.

Perú: Sin instrucción: Sin educación; Primario: Primaria; Secundario: Secundaria; Superior: Superior.

República Dominicana: Sin instrucción: Sin educación; Primario: promedio ponderado de las cifras de las categorías 1-4 años y 5-8 años; Secundario: Secundaria; Superior: Superior.

Trinidad y Tabago: Menos de primaria completa; primaria completa; Algún nivel de educación secundaria; Secundaria completa y al menos un nivel de educación superior.

Cuadro 5

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD Y ESTRUCTURA DE LA FECUNDIDAD, 1950-1955, 1995-2000 y 2045-2050

Quinquenios	Grupos quinquenales de edad						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
				Tasas			
1950-1955	0.1000	0.2639	0.2892	0.2407	0.1726	0.0842	0.0300
1995-2000	0.0733	0.1521	0.1372	0.0926	0.0527	0.0194	0.0038
2045-2050	0.0603	0.1262	0.1095	0.0705	0.0380	0.0130	0.0023
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
				Estructura porcentual			
1950-1955	8.4688	22.3531	24.4967	20.3880	14.6218	7.1328	2.5389
1995-2000	13.8069	28.6409	25.8318	17.4369	9.9194	3.6486	0.7156
2045-2050	14.3634	30.0695	26.0941	16.7954	9.0487	3.0865	0.5425

Fuente: CELADE, sobre la base de estimaciones y proyecciones de población vigentes.

Cuadro 6

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EVOLUCIÓN DE LAS TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE, GRUPO 15 A 19 AÑOS, PAÍSES SELECCIONADOS, 1950-1995

Quinquenios	Países									
	Cuba	Honduras	Brasil	México	Argentina	Paraguay	Barbados	Jamaica	Santa Lucía	Trinidad y Tabago
1950-1955	0.0668	0.1605	0.0825	0.1173	0.0624	0.097	-	-	-	-
1960-1965	0.1197	0.1587	0.0825	0.1182	0.0611	0.0989	-	-	-	-
1970-1975	0.1407	0.1508	0.0683	0.1163	0.0683	0.0958	0.0943	0.1289	0.1593	0.0885
1980-1985	0.0848	0.1400	0.0665	0.0948	0.0742	0.0936	0.0707	-	0.1468	0.0840
1990-1995	0.0672	0.1265	0.0734	0.0766	0.0697	0.0867	0.0444	0.1000	0.0864	0.0516

Fuente: CELADE, estimaciones y proyecciones de población vigentes; B. Boland, *Dinámica de la población y desarrollo en el Caribe: con especial énfasis en la fecundidad de adolescentes, la migración internacional, las políticas de población y la planificación del desarrollo*, serie Cuadernos de la CEPAL, N° 76 (LC/G.1879-P; LC/DEM/G.171), Santiago de Chile, 1997. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.97.II.G.10.

Cuadro 7

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: ESTIMACIONES DE LA TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y PORCENTAJES QUE REPRESENTAN LOS NACIMIENTOS DE MADRES ADOLESCENTES DENTRO DEL TOTAL DE NACIMIENTOS, POR PAÍSES AGRUPADOS DE ACUERDO CON LAS ETAPAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA, 1960-1965 Y 1990-1995

País y grupo en la transición demográfica	f(15-19)	f(15-19)	Diferencia porcentual entre las f(15-19)	Porcentaje que representan los nacimientos de madres adolescentes dentro del total de nacimientos		Diferencia porcentual entre el peso de los nacimientos de madres adolescentes en los nacimientos totales
	1960-1965	1995-2000		1960-1965/1990-1995	1960-1965	
Grupo I^a						
Bolivia	97.2	79.2	-18.5	10.4	12.3	18.7
Haití	76.8	53.1	-30.9	9.0	8.0	-10.8
Grupo II^b						
El Salvador	165.4	95.2	-42.4	12.1	19.2	58.3
Guatemala	161.4	119.3	-26.1	11.8	18.1	53.1
Honduras	158.7	114.6	-27.8	15.2	18.7	23.0
Nicaragua	168.0	134.8	-19.8	15.9	23.3	46.6
Paraguay	98.9	76.0	-23.2	11.7	12.5	7.2
Grupo III^c						
Brasil	82.5	70.8	-14.2	9.6	18.6	93.5
Colombia	128.0	74.5	-41.8	14.4	15.6	8.2
Costa Rica	114.8	89.3	-22.2	11.3	17.8	57.5
Ecuador	135.6	71.9	-47.0	14.2	14.8	4.1
México	118.2	69.5	-41.2	12.9	15.0	16.4
Panamá	144.8	82.0	-43.4	18.4	17.3	-5.8
Perú	129.9	62.8	-51.7	13.5	12.4	-8.1
Rep. Dominicana	164.2	90.5	-44.9	16.7	17.4	4.1
Venezuela	133.0	98.2	-26.2	14.4	19.9	38.2
Grupo IV^d						
Argentina	61.1	64.8	6.1	11.0	14.9	35.4
Chile	85.3	49.0	-42.6	11.0	11.5	4.4
Cuba	119.7	65.4	-45.4	16.7	16.8	0.5
Uruguay	63.2	59.6	-5.7	12.3	14.4	16.7

Fuente: CELADE, sobre la base de proyecciones de población vigentes.

^a Transición incipiente (alta natalidad y mortalidad).

^b Transición moderada (alta natalidad y moderada mortalidad).

^c En plena transición (natalidad moderada y mortalidad baja o moderada).

^d Transición avanzada (natalidad y mortalidad moderada o baja).

Cuadro 8

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DIFERENCIAS URBANO RURALES EN LA TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE (GRUPO 15-19 AÑOS) Y EN SU PESO DENTRO DE LA FECUNDIDAD TOTAL, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995

Países y años	Tasa específica de fecundidad adolescente nacional	Tasa específica de fecundidad adolescente rural	Tasa específica de fecundidad adolescente urbana	Diferencia porcentual entre las tasas de fecundidad adolescentes en zonas rurales y urbanas	Fracción que representa la fecundidad adolescente en la total (zona rural)	Fracción que representa la fecundidad adolescente en la total (zona urbana)	Diferencia porcentual entre el peso de la fecundidad adolescente dentro de la fecundidad total en zonas rurales y urbanas ^a
Bolivia, 1994	94	119	80	48.8	9.5	10.5	-9.5
Brasil, 1996	86	132	78	56.4	17.4	16.8	3.9
Colombia, 1995	89	127	74	85.1	15.9	15.0	5.9
Costa Rica, 1993	87	113	73	54.8	15.4	13.4	14.8
Ecuador, 1994	91	112	76	47.4	12.2	12.9	-5.0
El Salvador, 1993	124	158	101	56.4	15.9	18.8	-15.5
Guatemala, 1995	126	148	99	49.5	12.0	13.0	-7.5
Haití, 1994-1995	76	92	58	58.6	7.8	8.8	-10.8
Nicaragua, 1992-1993	158	205	135	51.9	16.0	21.1	-24.3
Paraguay, 1995-1996	107	38	82	68.3	12.0	12.4	-3.1
Perú, 1996	75	39	55	152.7	12.5	9.8	26.8
República Dominicana, 1996	112	60	87	83.9	20.0	15.8	26.3

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

^a La fracción que representa la tasa de fecundidad del grupo 15 a 19 años dentro de la fecundidad total en ambas zonas de residencia se compara mediante el siguiente algoritmo: [(fracción en zona rural - fracción en zona urbana)/fracción en zona urbana] * 100. Por el algoritmo empleado, un valor negativo significa que el peso de la fecundidad adolescente urbana dentro de la fecundidad total de dicha zona es mayor que en las zonas rurales. A modo de ejemplo el -15.5% que registra El Salvador indica que la fracción que representa la fecundidad rural dentro de su TGF es un 15.5% superior a la fracción que representa la fecundidad adolescente urbana dentro su TGF.

Cuadro 9

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE ADOLESCENTES CON EXPERIENCIA REPRODUCTIVA ^a AL MOMENTO DE LA ENCUESTA SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y DIFERENCIA ENTRE ZONAS, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995

País y año	Total	Zona urbana	Zona rural	Diferencia entre zona urbana y zona rural (por cien)
Bolivia, 1994	17.5	14.9	22.2	49
Brasil, 1996	18.0	16.6	24.2	46
Colombia, 1995	17.4	14.6	25.5	75
Ecuador, 1994	17.5	14.6	21.3	46
Guatemala, 1995	21.1	14.7	26.1	78
Haití, 1994-1995	14.5	12.3	16.4	33
Nicaragua, 1992-1993	31.5	25.2	40.7	35
Perú, 1996	13.4	9.3	25.5	174
República Dominicana, 1996	22.7	18.4	30.6	66

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

^a Corresponde a las mujeres que eran madres o estaban embarazadas al momento de la encuesta.

Cuadro 10

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE ADOLESCENTES CON EXPERIENCIA REPRODUCTIVA AL MOMENTO DE LA ENCUESTA SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995

NIVEL DE INSTRUCCIÓN				
País y año	Sin instrucción	Con instrucción	Con educación superior	Diferencia porcentual entre mujeres sin y con instrucción
Bolivia, 1994	37.6	16.9	9.4	122.5
Brasil, 1996	54.4	17.7	6.4	207.3
Colombia, 1995 ^a	29.9	12.2	6.5	145.1
Ecuador, 1994 ^b	39.2	15.6	12.4	151.3
Guatemala, 1995	37.4	18.4	11.2	103.3
Haití, 1995	25.6	12.8	7.8	100.0
Nicaragua, 1992	59.0	27.7	14.8	113.0
Perú, 1996	55.5	12.9	2.6	330.2
República Dominicana, 1996	58.3	21.2	11.4	175.0

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

^a Sin instrucción incluye a las mujeres con educación primaria.

^b Sin instrucción incluye a las mujeres con educación primaria incompleta.

Cuadro 11

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y NÚMERO MEDIO DE HIJOS DESEADOS POR LAS MUJERES, DIFERENCIAS ABSOLUTA Y RELATIVA, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995

	TGF	Número medio de hijos deseados	Dif. absoluta	Dif. porcentual
País y año	(1)	(2)	(1)-(2)	[(1)-(2)]/(2)*100
Bolivia, 1994	4.8	2.5	2.3	92.0
Brasil, 1996	2.5	2.3	0.2	8.7
Colombia, 1995	3	2.5	0.5	20.0
Costa Rica, 1993	3.2	3.4	-0.2	-5.9
Ecuador, 1994	3.6	2.7	0.9	33.3
Guatemala, 1995	5.1	3.6	1.5	41.7
Haití, 1994-1995	4.8	3.3	1.5	45.5
Paraguay, 1995-1996	4.4	3.6	0.8	22.2
Perú, 1996	3.5	2.5	1	40.0
Rep. Dominicana, 1996	3.2	3.2	0	0.0
Trinidad y Tabago 1987	3.1	2.9	0.2	6.9

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

Cuadro 12

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO MEDIO DE HIJOS DESEADOS POR LAS MUJERES SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y DIFERENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS ENTRE GRUPOS SOCIOECONÓMICOS, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995

País y año	Número medio de hijos deseados por las mujeres										
	Total	Zona de residencia				Nivel de instrucción					
		Urbana	Rural	Diferencia absoluta ^a	Diferencia relativa ^a	Ninguno	Básico	Medio	Superior	Diferencia absoluta ^b	Diferencia relativa ^b
Bolivia, 1994	2.5	2.5	2.5	0.0	0.0	2.7	2.5	2.5	2.4	0.3	12.5
Brasil, 1996	2.3	2.3	2.6	0.3	13.0	2.7	2.5	2.2	2.2	0.5	22.7
Colombia, 1995	2.5	2.4	2.9	0.5	20.8	3.3	2.8	2.3	2.4	0.9	37.5
Costa Rica, 1994	3.4	3.1	3.6	0.5	16.1	4.3	3.9	3.1	3	1.3	43.3
Ecuador, 1994	2.7	2.5	2.9	0.4	16.0	3.6	3	2.4	2.4	1.2	50.0
Guatemala, 1995	3.6	3.1	4.1	1.0	32.3	4.6	3.6	2.7	2.5	2.1	84.0
Haití, 1994-1995	3.3	3	3.6	0.6	20.0	3.6	3.2	-	2.9	0.7	24.1
Paraguay, 1995-1996	3.6	3.2	4.1	0.9	28.1	4.7	3.8	3.1	3	1.7	56.7
Perú, 1996	2.5	2.4	2.7	0.3	12.5	3.1	2.7	2.3	2.3	0.8	34.8
República Dominicana, 1996	3.2	3	3.4	0.4	13.3	3.7	3.3	2.9	2.9	0.8	27.6
Trinidad y Tabago, 1987	2.9	2.9	2.9	0.0	0.0	3.6	3.1	2.7	2.7	0.9	33.3

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

^a Entre valores rurales y urbanos.

^b Entre valores de la mujeres sin instrucción y mujeres con educación superior.

Cuadro 13
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: NÚMERO MEDIO DE HIJOS DESEADOS
 POR LOS HOMBRES Y DIFERENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS
 CON LOS DESEOS DE LAS MUJERES, CUATRO PAÍSES,
 APROXIMADAMENTE EN 1995**

País y año	Número medio de hijos deseado por los hombres	Diferencia absoluta entre hombres y mujeres	Diferencia porcentual entre hombres y mujeres
Brasil, 1996	2.6	0.3	13.0
Haití, 1994-1995	3.4	0.1	3.0
Perú, 1996	2.7	0.2	8.0
Rep. Dominicana, 1996	3.5	0.3	9.4

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

Cuadro 14
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, TASA GLOBAL DE
 FECUNDIDAD DESEADA Y DIFERENCIAS ABSOLUTA Y RELATIVA ENTRE ELLAS,
 PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995**

	TGF	TGF deseada	Diferencia absoluta ^a	Diferencia porcentual ^a
País y año				
Bolivia, 1994	4.8	2.7	2.1	77.8
Brasil, 1996	2.5	1.8	0.7	38.9
Colombia, 1995	3	2.2	0.8	36.4
Ecuador, 1994	3.6	2.9	0.7	24.1
Guatemala, 1995	5.1	4	1.1	27.5
Haití, 1994-1995	4.8	3	1.8	60.0
Paraguay, 1995-1996	4.4	4.1	0.3	7.3
Perú, 1996	3.5	2.2	1.3	59.1
República Dominicana, 1996	3.2	2.5	0.7	28.0
Trinidad y Tabago, 1987	3.1	2.6	0.5	19.2

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

^a TGF observada y TGF deseada.

Cuadro 15
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DESEADA
 TOTAL, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE EDUCACIÓN,
 PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995**

	Total	Zona de residencia		Nivel de educación			
		Urbana	Rural	Ninguno	Básico	Medio	Superior
Bolivia, 1994	2.7	2.4	3.3	3.3	3	3.3	2
Brasil, 1996	1.8	1.7	2.2	2.7	2	1.6	1.4
Colombia, 1995	2.2	1.9	2.8	2.6	3	2	1.6
Ecuador, 1994	2.9	2.5	3.5	4.4	4	2.5	1.4
Guatemala, 1995	4	3	4.8	5.6	4	2.4	1.7
Haití, 1995	3	2.3	3.7	4	3		1.8
Paraguay, 1995	4.1	3.1	5.3	6.2	5	3.1	2.4
Perú, 1996	2.2	1.9	3.1	4	3	2	1.8
Rep. Dominicana, 1996	2.5	2.2	3	3.1	3	2.2	1.8

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

Cuadro 16
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EDAD MEDIANA DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL
 Y DE LA PRIMERA UNIÓN, SEGÚN SEXO Y DIFERENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS
 ENTRE ELLAS, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995**

País y año	Edad de la primera relación sexual	Edad de la primera unión	Diferencia absoluta	Diferencia porcentual
Mujeres	(1)	(2)	(2)-(1)	$[(2)-(1)]/(1)*100$
Bolivia, 1994	18.9	20.6	1.7	9.0
Brasil, 1996	19.5	21.1	1.6	8.2
Colombia, 1995	19.4	21.4	2	10.3
Guatemala, 1995	18.3	19	0.7	3.8
Haití, 1994-1995	19	20.8	1.8	9.5
Nicaragua, 1992-1993	18.2	18.6	0.4	2.2
Paraguay, 1995-1996	18.2	21	2.8	15.4
Perú, 1996	19.1	20.9	1.8	9.4
Rep. Dominicana, 1996	18.7	19.3	0.6	3.2
Hombres				
Brasil, 1996	16.7	24.1	7.4	44.3
Haití, 1994-1995	18.3	26.9	8.6	47.0
Perú, 1996	16.8	24.7	7.9	47.0
Rep. Dominicana, 1996	16.1	24.1	8	49.7

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

Cuadro 17

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EDAD MEDIANA DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL Y DE LA PRIMERA UNIÓN
Y DIFERENCIA PORCENTUAL ENTRE AMBAS SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y GRUPOS EDUCACIONALES
EXTREMOS, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995**

Países y años	Edad de la primera relación sexual						Edad de la primera unión						Diferencia porcentual entre la edad de la primera unión y la edad de la primera relación sexual según zona de residencia y nivel de instrucción			
	Zona de residencia		Nivel de instrucción		Zona de residencia		Nivel de instrucción		Área urbana	Área rural	Sin instrucción	Con educación superior	Área urbana	Área rural	Sin instrucción	Con educación superior
	Área urbana	Área rural	Sin instrucción	Con educación superior	Área urbana	Área rural	Sin instrucción	Con educación superior								
Bolivia, 1994	19.2	18.5	18.1	18.4	20.7	20.4	20.2	22.4	7.8	10.3	11.6	21.7				
Brasil, 1996	19.6	19.1	17.6	22.4	21.3	20.2	18.8	23.1	8.7	5.8	6.8	3.1				
Colombia, 1995	19.8	18.4	16.7	19.9	21.9	20.0	18.5	21.9	10.6	8.7	10.8	10.1				
Guatemala, 1995	19.2	17.6	17.0	-	20.0	18.2	17.7	-	4.2	3.4	4.1	-				
Haití, 1994-1995	19.5	18.8	18.4	21.0	21.5	20.4	20.1	23.9	10.3	8.5	9.2	13.8				
Nicaragua, 1992-1993	18.5	17.5	16.6	21.6	18.8	17.7	16.8	22.2	1.6	1.1	1.2	2.8				
Paraguay, 1995-1996	18.2	17.8	16.1	19.8	22	19.8	18.7	24.6	20.9	11.2	16.1	24.2				
Perú, 1996	19.8	17.7	16.9	23.3	21.8	19.3	18.7	-	10.1	9.0	10.7	-				
Rep. Dominicana, 1996	19.4	17.6	15.7	23.8	20	18	16.3	24.8	3.1	2.3	3.8	4.2				

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

Cuadro 18
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE TUVO RELACIONES SEXUALES EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995

País	Año de la encuesta	Total	Área urbana	Área rural	Sin instrucción	Primaria	Secundaria	Superior
Bolivia ^a	1993-1994	59.0	59.6	57.9	58.6	56.9	59.7	61.6
Brasil ^b	1996	62.3	61.6	65.0	70.0	63.7	55.2	66.3
Colombia	1995	53.9	52.0	59.2	62.2	59.7	48.8	54.6
El Salvador ^c	1993	71.7	74.3	68.5	66.8	72.3	73.4	75.8
Guatemala	1995	50.9	48.0	53.1	59.9	51.3	38.2	49.4
Haití ^d	1994-1995	42.7	35.8	48.1	56.0	38.5	29.6	-
Perú	1996	50.8	48.5	57.0	57.4	62.5	45.3	43.9
Rep. Dominicana ^e	1996	54.7	49.9	64.3	73.5	59.7	44.7	49.1

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

^a Mujeres que alguna vez han tenido relaciones sexuales; nivel superior = medio o más.

^b Primaria: 1-3 años 67.8 %, 4 años 69.9 %, 5-8 años 58.5%.

^c Mujeres que alguna vez han tenido relaciones sexuales; 1-3 años de instrucción 71.7 %, 4-6 años 72.9 %.

^d Haití: categoría primaria incluye mujeres que saben leer y escribir.

^e Mujeres con 1-4 años de instrucción 66.6 %, con 5-8 años 55.7 %.

Cuadro 19

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, TOTAL Y MODERNOS, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN, MUJERES UNIDAS, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995

País	Año de la encuesta	Conoce algún método	Conoce método moderno										
			Total	Área urbana	Área rural	Sin instrucción	Primaria incomp.	Primaria comp.	Secund. incomp.	Secund. comp.	Superior		
Bolivia ^a	1994	84.5	76.7	91.7	54.9	44.7		71.9			82.9	98.4	
Brasil	1996	99.9	99.9										
Colombia	1995	99.9	99.9										
Costa Rica ^b	1993	100.0											
Ecuador	1994	92.6	91.8	97.4	84.2	59.7	85.1	93.1	97.3	98.5	99.3		
Guatemala	1995	81.8	81.2	91.9	74.2	64.7		86.5		99.8	100.0		
Haití	1994-1995	98.9	98.8										
Jamaica ^c	1993	99.7	99.7	99.7	99.7	99.6	99.4	100.0	99.8				
México	1995	95.4	95.4	97.4	89.6	81.7	94.6	96.1	98.2				
Paraguay	1995-1996	99.4	98.4	99.4	97.5	96.0		99.2				99.6 ^b	
Perú ^d	1996	97.8	96.2	99.2	89.7	82.3		94.4		99.5	100.0		
Trinidad y Tabago	1987	99.0	98.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
República Dominicana	1996	99.7	99.7	100.0	99.3	98.2	99.6	99.9		100.0	100.0		

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

^a Prim. Comp. = Básico; Sec. Comp. = Intermedio; Superior = Medio o más.

^b Costa Rica presenta los porcentajes para cada uno de los métodos.

^c Jamaica presenta información para todas las mujeres entre 15 y 49 años.

^d Sin Intruc. = 0 - 2 años; Superior = Secundaria o más.

Cuadro 20

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES QUE OPINA QUE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR NO ES ACEPTABLE, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ZONA DE RESIDENCIA, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995

País	Año de la encuesta	Sin educación	Primaria	Secundaria	Superior	Área rural	Área urbana	Total mujeres	Total hombres
Bolivia	1994	10.3	7.3	7.3	2.7	9.9	3.6	6.0	-
Colombia	1995	8.6	2.6	0.9	0.3	2.9	1.4	1.8	-
Guatemala	1995	29.4	17.0	5.0	0.2	23.3	9.7	17.4	-
Haití	1994-1995	4.9	5.0	3.0	-	3.6	5.2	4.5	4.4
Perú	1996	15.0	6.9	2.0	1.3	9.7	2.1	4.1	3.7
República Dominicana ^a	1996	6.7	3.6	1.3	1.0	3.8	2.2	2.8	7.4
Trinidad y Tabago	1987	13.8	6.2	4.8	4.3	6.4	5.5	6.0	^b

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

^a En República Dominicana se dispone de información relativa a los hombres según nivel de instrucción, lo que permite advertir una clara diferencia mientras el rechazo alcanza al 10.6% de los hombres sin educación, entre aquellos con educación secundaria o más no supera el 2%.

^b 100% aprueba.

Cuadro 21

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE LAS PAREJAS EN LAS QUE AMBOS INTEGRANTES APRUEBAN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PORCENTAJE EN LAS QUE LA MUJER LA APRUEBA Y EL HOMBRE LA DESAPRUEBA, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ZONA DE RESIDENCIA, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995

Porcentaje de casos en que ambos aprueban la planificación familiar									
País	Sin instrucción			Primaria	Secundaria	Superior	Área rural		Área urbana
Guatemala		32.0		52.5	83.2	96.8	42.2		68.1
Haití ^a		79.9		87.6	-	-	-		-
Perú		58.0		77.9	89.3	92.9	73.8		87.1
República Dominicana ^b		30.5		40.8	44.4	49.8	42.1		41.8
Porcentaje de casos en que la mujer aprueba y su compañero se opone a planificación familiar									
País	Sin instrucción			Primaria	Secundaria	Superior	Área rural		Área urbana
Guatemala		9.1		10.3	3.1	1.3	10.0		6.2
Haití ^a		8.6		3.8	-	-	-		-
Perú		8.4		7.8	5.6	3.5	7.2		5.9
República Dominicana ^b		14.0		13.6	10.7	6.8	12.1		12.0

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

^a Haití: sin educación; ni hombre ni mujer recibieron instrucción; primaria: ambos recibieron alguna instrucción.

^b Las bajas cifras de aprobación consensual en República Dominicana obedecen a que casi un tercio de las entrevistadas no contestó la pregunta. Aunque no se presentan en el cuadro, porque éste procura sólo comparar dos contextos familiares, las cifras porcentuales de parejas en que la mujer la desaprueba y el hombre la aprueba alcanza a: 1.6% en República Dominicana; 2.6% en Guatemala; 0.8% en Perú y 6.1% en Haití.

Cuadro 22
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN CONDICIÓN MODERNA
 O TRADICIONAL DEL MÉTODO Y SITUACIÓN MARITAL DE LAS MUJERES, PAÍSES SELECCIONADOS,
 APROXIMADAMENTE EN 1995**

País	Año encuesta	Todas las mujeres						Mujeres actualmente unidas						No unidas pero activas		
		Cualquier método	Método moderno	Método tradicional	Cualquier método	Método moderno	Método tradicional	Cualquier método	Método moderno	Método tradicional	Cualquier método	Método moderno	Método tradicional	Cualquier método	Método moderno	Método tradicional
Bolivia	1994	30.1	11.9	18.3	45.3	17.7	27.6	-	-	-	-	-	-	-	-	
Brasil	1996	55.4	51.0	4.2	76.7	70.3	6.1	-	-	-	-	-	-	-	-	
Colombia	1995	48.1	39.5	7.6	72.2	59.3	11.1	74.9	56.8	17.6	-	-	-	-	-	
Costa Rica	1993	-	-	-	75.0	65.0	10.0	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ecuador	1994	35.3	-	-	56.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
El Salvador	1993	33.8	-	-	53.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Guatemala	1995	21.4	18.4	2.9	31.4	26.9	4.5	41.7	35.4	6.2	-	-	-	-	-	
Haití	1994-1995	12.3	8.9	3.2	18.0	13.2	4.4	28.1	13.8	14.3	-	-	-	-	-	
Nicaragua ^a	1992-1993	33.8	-	-	48.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Paraguay	1995-1996	36.8	29.6	7.2	50.7	41.3	9.5	-	-	-	-	-	-	-	-	
Perú	1996	40.9	26.4	14.6	64.2	41.3	22.9	76.6	46.0	30.6	-	-	-	-	-	
Jamaica ^b	1993	48.3	47.8	0.5	61.9	61.2	0.7	60.7	60.2	0.5	-	-	-	-	-	
Barbados	1988	-	-	-	55.0	53.3	1.7	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bahamas	1988	-	-	-	61.7	58.8	2.9	-	-	-	-	-	-	-	-	
Rep. Dominicana	1996	44.6	41.3	3.0	63.7	59.2	4.0	63.2	51.8	11.3	-	-	-	-	-	
Trinidad y Tabago	1987	37.4	31.5	-	52.7	44.4	8.3	-	-	-	-	-	-	-	-	

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

^a Presenta tabulaciones por estado civil y tipo de método.

^b Presenta tabulaciones sobre las opiniones relativas a la eficacia de los métodos.

^c Informa respecto a las mujeres de 15 a 19 años solamente.

Cuadro 23

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE LAS MUJERES UNIDAS CUYA NECESIDAD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PERMANECÍA INSATISFECHA SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995

País	Año de la encuesta	Zona de residencia			Nivel de instrucción			
		Total	Área urbana	Área rural	Sin instrucción	Primaria completa	Secundaria completa	Superior
Bolivia	1994	24.3	17.7	33.8	35.8	29.1	21.5	12.1
Brasil	1996	7.3	6.0	12.5	15.4	7.7	4.6	2.6
Colombia	1995	7.7	6.5	10.5	13.1	9.2	6.5	3.8
Ecuador	1994	8.8	6.5	12.1	19.3	11.8	5.8	3.6
El Salvador ^a	1993	15.8	12.1	20.5	14.9	10.8	5.9	4.3
Guatemala	1995	24.3	17.4	28.9	29.8	25.8	10.9	2.7
Haití ^b	1994-1995	47.8	45.1	49.4	48.2	49.4	-	42.2
México	1995	14.1	11.3	21.9	-	-	-	-
Nicaragua ^{ab}	1992-1993	23.9	15.1	34.4	30.5	18.3	9.4	5.5
Paraguay	1995-1996	27.4	19.1	36.0	49.9	40.0	18.5	8.0
Perú	1996	12.1	8.6	19.6	23.3	15.1	9.8	5.2
Rep. Dominicana	1996	12.5	10.4	15.7	20.4	12.9	11.6	5.8

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

^a Superior = Secundaria y más.

^b Respecto del nivel de instrucción la información se presenta para todas las mujeres. Primaria incompleta= 21.3, Primaria completa= 12.5.

Cuadro 24

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS ESTERILIZADAS
SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS,
APROXIMADAMENTE EN 1995**

	Zona de residencia			Nivel de instrucción	
	Total	Área urbana	Área rural	Sin instrucción	Educación superior
País y año					
Belice, 1991	18.7				
Bolivia, 1994	4.6	6.2	2.3	1.9	7.4
Brasil, 1996	40.1	40.6	38.0	45.7	35.7
Colombia, 1995	25.7	25.8	25.6	28.6	25.2
Costa Rica, 1993	19.7	29.0	13.0	-	-
Ecuador, 1994	19.8	23.8	14.4	12.3	23.0
El Salvador, 1993	31.9	36.9	28.2	32.4	25.2
Guatemala, 1995	14.3	20.9	9.9	9.0	23.9
Haití, 1994-1995	3.1	3.1	3.1	3.7	1.7
Honduras, 1991-1992	15.6				
Jamaica, 1993	12.5			19.3	11.8
Nicaragua, 1992-1993	18.5	22.3	16.3	16.1	16.4
México, 1995	27.0				
Paraguay, 1995-1996	6.8	7.0	6.5	8.9	7.7
Panamá, 1984	32.8				
Perú, 1996	9.5	11.3	5.4	6.7	10.4
Rep. Dominicana, 1996	40.9	40.7	41.2	42.6	38.2
Trinidad y Tabago, 1987	8.2	7.8	8.6	13.9	7.4

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

Cuadro 25

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE QUE REPRESENTA LA ESTERILIZACIÓN
DE MUJERES INTEGRANTES DE UNIONES DENTRO DEL TOTAL DE MÉTODOS, SEGÚN
ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS,
APROXIMADAMENTE EN 1995**

País y año	Zona de residencia		Nivel de instrucción		
	Total	Área urbana	Área rural	Sin instrucción	Con educación superior
Bolivia, 1994	10.2	11.3	7.3	8.4	11.2
Brasil, 1996	52.3	51.6	54.9	71.3	42.6
Colombia, 1995	35.6	34.7	38.2	49.3	32.7
Costa Rica, 1993	26.3	37.7	18.6	-	-
Ecuador, 1994	34.9	36.1	32.7	47.3	31.0
El Salvador, 1993	59.8	55.6	65.9	74.7	37.3
Guatemala, 1995	45.5	42.7	50.0	63.8	33.1
Haití, 1994-1995	17.2	11.7	24.2	32.7	5.0
Jamaica, 1993	20.2	-	-	32.9	17.6
Nicaragua, 1992-1993	38.0	35.6	49.1	56.5	23.7
México, 1995	40.6	0.0	0.0	-	-
Paraguay, 1995-1996	13.4	12.5	14.4	27.3	12.0
Perú, 1996	14.8	16.1	10.5	17.5	13.8
Rep. Dominicana, 1996	64.2	61.3	69.2	80.2	58.6
Trinidad y Tabago	15.6	14.5	16.6	34.0	10.9

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

Cuadro 26

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES GESTANTES CON CONTROL
PRENATAL, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN, PAÍSES
SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995**

Países	Zona de residencia			Nivel de instrucción			
	Total	Área urbana	Área rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Superior
Bolivia	52.5	67.9	35.5	21.1	41.8	69.5	84.6
Brasil	85.6	91.4	67.8	54.6	86.3	97.1	100.0
Colombia	82.6	89.6	69.8	47.1	74.9	93.3	99.1
Costa Rica	95.0	95.5	95.0	87.0	96.0	96.0	98.0
Ecuador	74.7	82.9	66.1	47.1	66.9	87.3	94.8
El Salvador	68.7	76.1	61.2	51.9	66.2	84.5	91.5
Guatemala	52.5	70.8	43.7	35.2	88.0	93.5	99.8
Haití	67.7	82.5	60.6	52.8	80.6	94.3	94.3
Jamaica	97.8	97.4	98.9	-	98.2	98.4	100.0
México	95.0	94.8	86.5	-	-	-	-
Nicaragua	71.5	78.9	64.8	50.9	71.0	89.3	96.1
Paraguay	83.0	90.8	77.3	60.0	85.1	98.4	95.0
Perú	67.3	81.4	46.8	38.5	55.1	82.5	95.0
Rep. Dominicana	98.3	99.0	97.2	92.4	98.6	99.7	100.0
Trinidad y Tabago	97.6	96.6	98.4	98.5	97.8	97.1	98.8

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

Cuadro 27

**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE NACIMIENTOS EN LOS 5 AÑOS QUE
PRECEDIERON A LA ENCUESTA, ASISTIDO POR PERSONAL CAPACITADO
(MÉDICO/ENFERMERA/SANITARIO/AUXILIAR), SEGÚN ZONA DE
RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS,
APROXIMADAMENTE EN 1995**

Países	Zona de residencia			Nivel de instrucción			
	Total	Área urbana	Área rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Superior
Bolivia ^a	47.2	66.2	26.2	12.2	33.1	61.4	86.5
Brasil	87.6	92.3	73.3	66.0	87.0	95.6	99.7
Colombia	84.6	92.8	69.7	55.6	75.1	95.0	99.6
Costa Rica ^b	97.0	99.0	96.0	93.0	96.0	98.0	98.0
Ecuador	64.8	84.3	41.9	25.8	98.1	99.2	96.5
El Salvador ^c	51.0	68.3	33.6	30.7	44.7	74.1	85.5
Guatemala	34.8	63.4	21.1	15.0	36.3	88.8	96.7
Haití	46.3	66.9	36.4	32.3	53.4	73.4	81.7
Jamaica	93.4	94.8	92.8	-	90.1	96.0	97.3
México ^d	85.1	94.0	66.0	-	-	-	-
Nicaragua	61.0	83.7	41.9	33.3	59.4	85.8	91.3
Paraguay	56.8	76.1	42.6	29.7	99.3	99.2	90.9
Perú	56.4	80.6	21.5	17.0	33.6	78.9	93.1
Rep. Dominicana	95.5	97.8	92.2	80.7	95.4	98.0	99.6
Trinidad y Tabago	97.7	98.3	97.2	95.5	97.5	97.8	99.5

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

^a Tres años antes de la encuesta.

^b Último hijo nacido vivo en los últimos cinco años.

^c Nacimientos que tuvieron lugar en un hospital.

^d Solo médicos, excluye enfermera/partera.

Cuadro 28
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA,
 PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995**

Países	Razón de mortalidad materna (por cien mil nacimientos)
Bolivia	332
Brasil	72
Costa Rica	26
Ecuador	150
El Salvador	140
Guatemala	106
México	58
Paraguay	150
Perú	298
Rep. Dominicana	84
Trinidad y Tabago	68

Fuente: CELADE, estimaciones directas sobre la base de la serie de encuestas de demografía y salud para los siguientes países y años: Bolivia, 1989-1994; Brasil, 1983-1986; Ecuador, 1988-1994; El Salvador, 1983-1993; Guatemala, 1990-1995; Paraguay, 1989-1995; Perú, 1989-1996. Los datos sobre la República Dominicana se obtuvieron en forma indirecta, basándose en las encuestas demográficas y de salud para el período 1989-1996. En el caso de México, se utilizaron las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) basadas en las defunciones registradas.

Cuadro 29
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, TOTAL, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, Y DIFERENCIAS RELATIVAS URBANO RURALES Y ENTRE GRUPOS EDUCATIVOS EXTREMOS, PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995

País y año	Total	Área urbana	Área rural	Sin instrucción	Básico	Medio	Superior	Brecha rural urbana	Brecha entre educación superior y sin instrucción
Bolivia, 1994 ^a	87.0	69.0	106.0	122.0	103.0	62.0	38.0	34.9	221.1
Brasil, 1996 ^b	48.0	42.0	65.0	93.0	48.8	28.0	-	35.4	232.1
Chile, 1995	11.7	11.2	14.6	30.3	14.4	10.0	5.9	23.3	413.6
Colombia, 1995	31.0	28.0	36.0	27.0	37.0	29.0	7.0	22.2	285.7
Ecuador, 1994 ^c	40.0	30.0	52.0	79.0	44.0	31.0	11.0	42.3	618.2
El Salvador, 1993 ^d	41.0	36.4	44.0	38.0	46.4	42.0	24.0	17.3	58.3
Guatemala, 1995	57.0	45.0	63.0	70.0	54.0	27.0	23.0	28.6	204.3
Haití, 1994-1995 ^e	87.1	83.2	88.9	95.2	78.4	75.6	-	6.4	-
México, 1991-1995	30.5	26	48	48.0	44.0	36.0	20.0	45.8	140.0
Nicaragua, 1992-1993 ^f	60.0	51.0	68.0	73.0	63.5	46.0	29.0	25.0	151.7
Perú, 1996	50.0	35.0	71.0	79.0	62.0	32.0	26.0	50.7	203.8
Rep. Dominicana, 1996 ^g	49.0	46.0	53.0	85.0	53.5	34.0	20.0	13.2	325.0

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud. Para Chile: CELADE, sobre la base del Instituto Nacional de Estadística (INE), *Anuario de Demografía*, 1995. Para México: CONAPO, La situación demográfica de México, México, 1997.

^a Medio: intermedio; Superior: medio o más.

^b Medio: 9 a 11 años; Superior: no se calculó por estar basado en menos de 500 casos; Básico: se calculó una media ponderada de los grupos 1 a 3 años (70), 4 (42) y 5 a 8 años (38). Se consideraron los nacimientos en los últimos 5 años.

^c Alto:27; Medio:38; Bajo: 56.

^d Área Metropolitana: 38; Resto urbano: 35; Básico: 1 a 3 años (53) y 4 a 6 años (39); Medio: 7 a 9 años; Superior: 10 y más.

^e Medio: medio y más.

^f Secundaria incompleta; Superior: secundaria y más; Primaria incompleta: 70; Primaria completa: 46.

^g Construido igual que Brasil (1 a 4 años: 66, 5 a 8 años: 46).

Cuadro 30
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJES DE HOMBRES Y MUJERES CON
 CONOCIMIENTO DEL SIDA, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE
 INSTRUCCIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS,
 APROXIMADAMENTE EN 1995**

País	Sexo	Total	Zona de residencia		Nivel de instrucción			
			Área urbana	Área rural	Ninguno	Primaria	Secundaria	Superior
Bolivia	Mujeres	65.6	85.3	32.7	20.1	47.2	72.3	95.7
Colombia	Mujeres	98.8	99.6	96.5	93.6	97.6	99.9	-
Guatemala	Mujeres	71.0	88.9	57.4	40.8	74.8	98.8	-
Haití	Mujeres	98.1	99.6	96.9	96.1	98.8	99.9	-
	Hombres	97.6	99.9	96.3	93.0	98.7	100.0	-
Jamaica	Mujeres	99.6	99.7	99.5	99.3	99.5	99.8	99.8
	Hombres	99.8	100.0	99.6	99.7	99.8	99.9	99.6
Perú	Mujeres	89.2	97.9	65.1	47.1	77.0	98.2	99.9
	Hombres	95.5	-	-	-	-	-	-
Rep. Dominicana	Mujeres	99.7	99.9	99.2	96.9	99.9	100.0	-
	Hombres	99.7	100.0	99.4	98.6	100.0	99.9	100.0

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

Cuadro 31
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES QUE DECLARARON SABER
 QUE EL SIDA PUEDE PREVENIRSE, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN,
 PAÍSES SELECCIONADOS, APROXIMADAMENTE EN 1995.**

País	Zona de residencia		Nivel de instrucción		
	Área urbana	Área rural	Sin educación	Primaria	Secundaria
Bolivia	76.8	50.3	-	-	-
Colombia	97.7	94.0	88.3	94.2	98.8
Guatemala	92.0	84.6	83.2	85.1	86.3
Perú	95.1	85.8	87.2	88.2	94.0
Rep. Dominicana	96.8	93.7	91.1	95.0	98.3

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.

Cuadro 32
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES QUE DECLARARON
 DESCONOCER LAS FORMAS DE PREVENCIÓN DEL SIDA, SEGÚN ZONA DE
 RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN, PAÍSES SELECCIONADOS,
 APROXIMADAMENTE EN 1995**

País	Zona de residencia		Nivel de instrucción		
	Área urbana	Área rural	Sin educación	Primaria	Secundaria
Colombia	6.1	20.5	38.6	18.2	2.9
Guatemala	24.5	51.5	65.8	46.1	9.6
Perú	15.1	50.0	61.5	43.8	16.9
Rep. Dominicana	2.3	6.0	12.0	3.4	0.7

Fuente: CELADE, sobre la base de las encuestas de demografía y salud.