

**NACIONES UNIDAS
COMISIÓN ECONÓMICA PARA
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

**CENTRO LATINOAMERICANO
DE DEMOGRAFÍA (CELADE)**

Distr.
RESTRINGIDA

LC/DEM/R.286
Serie B N° 124

abril de 1998
ORIGINAL: ESPAÑOL

**AMÉRICA LATINA: LA TRANSICIÓN
DEMOGRÁFICA EN LOS PAÍSES
REZAGADOS**

Una versión en inglés de este documento fue presentada en la XXIII Conferencia General de Población (Beijing, China, 11-17 de octubre de 1997). Fue elaborado por Susana Schkolnik y Juan Chackiel, del Área de Demografía del CELADE. Las opiniones expresadas en este documento son de la exclusiva responsabilidad de sus autores y pueden no coincidir con las de la Organización. No fue sometido a revisión editorial.

AMÉRICA LATINA: LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

EN LOS PAÍSES REZAGADOS

1. INTRODUCCIÓN

Existe consenso entre los estudiosos de los temas de población en que no se puede hablar sólo de la transición, que describe cambios en los componentes promedio de una población, sino de las transiciones demográficas. Esto es válido cuando se hace referencia a América Latina como región, debido a la heterogeneidad existente entre países, y también cuando se considera cada país, por el comportamiento demográfico diferencial según sectores sociales o áreas de residencia. Lo anterior adquiere mayor relevancia por el hecho de que los cambios en las variables demográficas no resultan sólo del efecto de las modificaciones en los patrones demográficos de cada sector, sino también de la movilidad social. Así, por ejemplo, en tanto exista movilidad ascendente, con un porcentaje mayor de población con comportamientos propios de sectores medios y altos, se lograrán avances en la transición, sin que ello implique necesariamente cambios de conductas dentro de cada uno de los grupos sociales. Sin embargo, el peso relativo de estos dos factores ha estado cambiando. Dado que los cambios demográficos han estado ligados, en parte importante, a las conductas de los mencionados estratos medios y altos, existe la expectativa de que las tendencias futuras estén fundamentalmente vinculadas a lo que ocurra en los grupos más rezagados en la transición.

Como es sabido, el rezago en la transición demográfica se presenta en los estratos sociales bajos, que viven en condiciones de pobreza y con menor nivel de instrucción. Esta situación se da en las zonas rurales donde la mayoría de la población vive en estas condiciones, en las poblaciones marginales urbanas y en las poblaciones indígenas, en las cuales la pobreza se une a las barreras culturales y lingüísticas que dificultan su acceso a la información sobre salud y planificación familiar. A los efectos de estudiar qué está sucediendo con las tendencias demográficas de aquellos sectores más rezagados en la transición, y cuál es su contribución al

cambio demográfico de los países, se analizará la evolución de la mortalidad infantil¹, de la fecundidad y de los determinantes próximos de esta última, según nivel de instrucción de la madre, debido al alto poder discriminador de esta variable (Cleland y Rodríguez, 1988; United Nations, 1991; Weinberger, *et al.*, 1989). En lo que sigue, se considera a las analfabetas y mujeres con muy bajo nivel de instrucción como los grupos más rezagados en la transición demográfica. Las fuentes principales de información son las encuestas de la WFS para el decenio de 1970, las DHS para los años recientes y los censos de población².

2. LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN AMÉRICA LATINA

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

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

En primer lugar comenzó a descender la mortalidad, con lentitud a comienzos de siglo, con mayor intensidad desde 1930 (Arriaga, 1974), generalizándose con posterioridad a la segunda guerra mundial. La región alcanzó, en promedio, 52 años de $E(0)$ y una TMI de 127 por mil en

¹ La tasa de mortalidad infantil es el único indicador disponible para analizar, en forma relativamente sistemática, la mortalidad por sectores sociales. A pesar de esta limitación, se considera que la evolución de la mortalidad infantil expresa bastante bien los momentos iniciales de la transición de la mortalidad.

² En particular, los datos provenientes de los programas IMIAL (Investigación sobre la Mortalidad Infantil) e IFHIPAL (Investigación de la Fecundidad por el Método de los Hijos Propios) desarrollados por el CELADE y los datos publicados por los informes nacionales de la WFS y la DHS. Los indicadores utilizados son la tasa global de fecundidad (TGF) y la tasa de mortalidad infantil (TMI).

el período 1950-1955 (CELADE, 1996). En las dos décadas siguientes se lograron los mayores avances, superándose los 60 años de $E(0)$ en los 1970s. En la actualidad la región ya tiene una $E(0)$ de 69 años (ocho países superan los 70 años) y una TMI de aproximadamente 45 por mil.

El cambio de la fecundidad fue bastante posterior al descenso de la mortalidad. Al comenzar la segunda mitad del siglo la fecundidad promedio de América Latina era próxima a los 6 hijos por mujer y con tendencias moderadamente crecientes hasta el inicio de los años 60. Esta tendencia a aumentos de la fecundidad fue probablemente producto de los descensos anteriores de la mortalidad, que aumentó el tiempo de exposición de la mujer a quedar embarazada y se asoció a mejores condiciones de salud para la procreación. También habrían incidido los aumentos en la nupcialidad observados en los años 50 y 60 (Zavala de Cosío, 1992). Recién en la segunda mitad del decenio de 1960 hubo un cambio importante en el número medio de hijos por mujer, el que fue descendiendo para llegar en la actualidad a ser igual a 3, la mitad del valor que tenía 30 años atrás. El descenso coincidió con la llamada segunda revolución anticonceptiva europea, es decir, con la difusión de métodos modernos de anticoncepción, incluyendo la esterilización y sin descartar que el aborto pudo haber tenido una gran importancia en este proceso. La rapidez del descenso de la fecundidad marca también una diferencia con el proceso seguido por los países desarrollados, aunque América Latina todavía se mantiene en niveles superiores a aquellos.

La información disponible actualmente acerca de la transición demográfica en América Latina indica que todos los países han entrado con mayor o menor intensidad en ella. Sin embargo, las experiencias han sido muy heterogéneas. Recientes trabajos del CELADE (CEPAL/CELADE, 1995) presentan una tipología de los países, agrupándolos en cuatro categorías, según su ubicación actual en este proceso: (I) países con transición incipiente (Bolivia y Haití), con $E(0)$ promedio de 58 años, TMI de 81 por mil y TGF igual a 4.8 hijos; (II) países con transición moderada (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay): $E(0)= 67$; TMI= 47; TGF= 4.7; (III) países en plena transición (Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela): $E(0)= 70$; TMI= 38; TGF= 3.1 y (IV) países de transición avanzada (Argentina, Chile, Cuba y Uruguay): $E(0)= 74$; TMI= 17.5;

TGF= 2.4. En adelante, debido a la heterogeneidad mencionada, para ilustrar resultados se utilizará información de países seleccionados que representen diferentes etapas de la transición.

3. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN LOS GRUPOS REZAGADOS

No todos los grupos sociales fueron protagonistas, de la misma manera, del proceso de transición demográfica y, en especial, del cambio en la fecundidad que se inició en 1965-75. Los datos disponibles, en general, cubren las décadas de 1970, 1980 y, en algunos casos, los comienzos de la década actual, por lo que, si bien imponen limitaciones, resultan suficientes para sacar algunas conclusiones al respecto.

En cuanto a la mortalidad, se puede observar que todos los sectores sociales han sido, en mayor o menor medida, favorecidos por su descenso en todos los países. Hay una clara evidencia del descenso en la mortalidad infantil en los sectores más rezagados en todo el período bajo estudio, tal como se ilustra en el gráfico 1³ y cuadro 1 del anexo. Mientras que en 10 países, hace unos 25 años atrás, la TMI de las mujeres analfabetas era superior a 120 por mil, y en 17 superaba 60 por mil, en la actualidad sólo 3 países tienen TMI cercanas al primer valor y ya en 12 países son menores de 60 por mil. Debido a que los grupos más avanzados en la transición llegaron con anterioridad a TMIs relativamente bajas, y que por lo tanto se observa en los últimos años una cierta estabilización o descensos moderados, la tendencia general es a la convergencia⁴. Sin embargo, esto no significa que se haya llegado a un punto satisfactorio en cuanto a los niveles de mortalidad. Además, se mantienen diferencias importantes, que expresan accesos desiguales a los servicios de salud. En muchos países la TMI de los grupos rezagados es más del triple que la de los estratos altos. Por ejemplo, si se considera la relación entre la TMI

³ Las escalas fueron construidas de manera de poder comparar visualmente los niveles y cambios en la TMI y la TGF. Para determinar la escala, se consideró la relación de valores entre estas variables, observada para los 20 países de la región desde 1950 a 1995. Esta relación no es tan válida para los países avanzados de la transición.

⁴ La convergencia se considera en términos absolutos. Por ejemplo, en Ecuador en los 1970s la TMI era 91 puntos superior en las mujeres analfabetas respecto al grupo de estudios secundarios y superior, mientras que la diferencia actual es de 57 puntos en valores inferiores de dicha tasa (cuadro 1).

correspondiente a hijos de mujeres sin instrucción, respecto a secundaria y más, en Bolivia y Honduras es 3 veces más, en Ecuador 3.5 veces, en México 4.5 veces y en Perú casi 5 veces. Eso se expresa en tasas, para los grupos más desfavorecidos, que en la actualidad pueden considerarse todavía muy elevadas.

Otra dimensión de las desigualdades es la diferencia de la mortalidad infantil entre sectores sociales similares en distintos países, según la etapa de la transición demográfica. En varios países de la región, sobre todo de los grupos I y II, las TMIs de los sectores mejor ubicados en el espectro social todavía presentan valores superiores a los alcanzados por estos mismos sectores en países más avanzados en la transición. Así, por ejemplo, las mujeres con educación secundaria y más tienen TMI de 94 por mil en Haití, 38 por mil en Bolivia, 29 por mil en Nicaragua y Colombia, mientras que en Costa Rica y Chile la TMI de estos grupos es inferior a 15 por mil. Lo mismo ocurre al considerar los grupos más rezagados (sin instrucción), con valores de más de 120 por mil de Bolivia y Haití, que es 3 veces superior al 40 por mil de Chile o a valores quizás menores de Costa Rica y Cuba en el mismo sector.

La fecundidad también parece haber comenzado a descender entre los grupos más postergados, pero en forma más tardía que la mortalidad (cuadro 1 y gráfico 1 del anexo), de acuerdo al modelo general de la transición. En general, en las décadas de 1960 y 1970 la TGF del grupo "sin instrucción" se mantenía sobre los 6 hijos por mujer (17 países). Las mujeres de baja instrucción (primaria incompleta o 1 a 3 años de estudio) presentaban una TGF relativamente menor, pero siempre superior a 4 hijos y, en alrededor de la mitad de los países, superior a 6. Los datos más recientes indican que, salvo en los países de transición avanzada, en los demás se mantendría en estos grupos una TGF superior a 4 hijos, y en algunos, de más de 6 hijos. En los países donde persisten TGFs superiores a 6, también se observan descensos, pues anteriormente tenían valores cercanos a 8 hijos. En síntesis, existe un cambio reciente de la fecundidad en los grupos más rezagados, pero aún persisten valores relativamente elevados (cuadro 1 del anexo).

El descenso anterior de la mortalidad infantil respecto al de la fecundidad también puede apreciarse por los niveles alcanzados en la actualidad en ambas variables, en comparación con la etapa pretransicional. La mortalidad infantil pretransicional de los países latinoamericanos fue probablemente más del doble que la que tienen hoy los sectores rezagados de los países del grupo I. La TMI de Argentina era en 1869-95 de aproximadamente 232 por mil (Somoza, 1971), y a comienzos de la década de 1920 la de Chile era 265 por mil y la de Costa Rica 234 por mil (League of Nations, 1943). Es probable que los estratos bajos hayan tenido una mortalidad todavía más alta. Al comienzo del período en estudio, como se vio antes, los grupos más rezagados de esos países ya tenían una TMI menor a 120 por mil. En cambio, la fecundidad de estos mismos grupos para ese momento, y aún en la actualidad, en muchos de los países es incluso superior a la observada en la pretransición.

El desequilibrio demográfico creado por una mortalidad más baja en relación a la fecundidad, que se ha observado en el origen de otros procesos de transición demográfica (Zavala de Cosío, 1992), está también presente en este caso. Luego de desencadenado el cambio en la fecundidad ese hecho podría producir mayores bajas en la mortalidad en la niñez, principalmente por factores biológicos (prolongación del intervalo intergénésico medio, menor número de nacimientos en edades de alto riesgo, menor paridez). De esta manera los efectos mutuos entre estas variables producirían una tendencia potenciada al descenso de ambas.

La información fragmentaria disponible no permite apreciar con claridad si la disminución de la fecundidad de los sectores rezagados fue precedida de un aumento de la misma, como sucedió a nivel nacional en la mayoría de los países de la región en la década del 50 (Chackiel y Schkolnik, 1992). Sin embargo, en algunos países se ha detectado este fenómeno, aunque de distinta manera. Por ejemplo, Haití muestra en una encuesta de 1987 TGFs superiores al pasado en todos los grupos sociales y Honduras presenta un aumento en los grupos más rezagados en la década de 1970 (gráfico 1 del anexo). Es probable que en la actualidad, la baja de la mortalidad haga primar más fuertemente los factores que tienden a disminuir la fecundidad, en lugar de los que propician un aumento, al estar más presentes las motivaciones y los mecanismos necesarios

para limitar el número de hijos. También puede ser que el aumento se haya producido antes del período analizado, en algunos casos concomitantemente con lo observado para el total del país en el período 1950-1960. Un estudio de Guzmán y Rodríguez (1993) confirmaría este hecho al analizar la tendencia de la fecundidad pretransicional por zona de residencia. Los autores ligan este hecho con aumentos de la nupcialidad en la década del 50, con mejoras en las condiciones sanitarias y con las expectativas económicas de las parejas.

Por su parte los grupos más avanzados, representados aquí por las mujeres con educación secundaria y superior, presentan una fecundidad relativamente baja en las últimas décadas. Aparentemente, para sus hijos habría descendido la mortalidad infantil tempranamente en este siglo, y su fecundidad probablemente lo hizo en los años de postguerra. A pesar de las grandes diferencias existentes en la fecundidad según estratos sociales en la mayoría de los países, es posible que haya también aquí una tendencia general hacia la convergencia en valores bajos como lo muestran, por ejemplo, los casos de Chile (gráfico 1 del anexo) y Cuba.

Los datos de algunas DHSs de 1990 permiten evaluar lo que ha sucedido en la última década en las tendencias de la mortalidad infantil y la fecundidad. Varios estudios han formulado hipótesis acerca del efecto que la crisis ha tenido sobre estas variables. En particular, se considera que la crisis y las medidas de ajuste económico no habrían detenido la disminución en la mortalidad infantil ni en la fecundidad, y que los cambios demográficos se habrían independizado del proceso de desarrollo. Más aún, la crisis habría profundizado el deseo de tener menos hijos por la dificultad de asegurar una crianza adecuada. En este sentido, para los grupos rezagados, se esperaría la continuación de la disminución de la mortalidad en la niñez y de la fecundidad. Los datos muestran heterogeneidad en cuanto al comportamiento según sectores sociales. Por ejemplo, la tendencia reciente del número medio de hijos, muestra que los sectores rezagados en general continuaron dicho proceso, aunque en varios casos con menor intensidad que en el pasado, mientras que en los sectores con mayor nivel de instrucción tienden a estabilizarse, en general en valores todavía superiores, aunque en algunos casos cercanos, al reemplazo (gráfico 1 y cuadro 1 del anexo).

4. EL APOORTE DE LOS GRUPOS REZAGADOS A LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA NACIONAL

Esta sección se refiere al análisis de los cambios en la mortalidad infantil y la fecundidad atribuibles, por un lado, a la evolución del perfil educativo de la población y, por otro, a las tendencias de las tasas en cada categoría educacional. Para ello se ha recurrido al procedimiento de tipificación (estandarización) utilizada en un trabajo anterior, que demostraba la existencia de importantes contribuciones de ambos factores (Weinberger *et al.*, 1989)⁵. En aquella ocasión, los autores examinaron lo que ocurría en cuatro países latinoamericanos entre los años 70 y 80 para el caso de la fecundidad. En este trabajo se ha aplicado el procedimiento a un número mayor de países, incluyendo también un período más reciente para la fecundidad e incorporando el análisis de la mortalidad infantil. El ejercicio da una idea global de la contribución de ambos factores, pero es poco robusto cuando las variaciones en la TGF o en la TMI son muy pequeñas pues, en ese caso, la sensibilidad de los resultados, debida a imprecisiones menores de las estimaciones, puede conducir a conclusiones erróneas.

En el cuadro 2 del anexo se presentan los porcentajes de cambio en la mortalidad infantil y la fecundidad atribuibles al perfil educativo (llamado efecto "distribución") y al cambio demográfico al interior de los grupos (llamado efecto "tasas"). Se corroboran los hallazgos de Weinberger (1989) en el sentido de que ambos factores juegan un rol muy importante en el cambio de la fecundidad de los países y que el aporte debido a las "tasas" sería superior al de "distribución". Con los datos recientes podría agregarse que el efecto de las "tasas" se incrementa en la última década, lo que surge de cambios más generalizados en la fecundidad dentro de los distintos grupos sociales y también porque se atenúan los cambios en la estructura por nivel educacional. Se observa algo similar cuando se examinan las diferencias entre países

⁵ La contribución del perfil educativo de las mujeres se calcula comparando el cambio en la TGF (o TMI) real con el valor esperado si se aplica a las tasas del momento "1" el perfil educativo del momento "0". La contribución de las "tasas" al interior de las categorías surge de comparar el cambio real con el esperado si se aplican las tasas del momento "0" al perfil educativo del momento "1". El residuo, atribuible al efecto de la interacción de ambos, surge de la diferencia entre 100 y la suma de los efectos anteriormente calculados.

tomando en consideración la etapa de la transición demográfica por la que atraviesan. Por ejemplo, en Chile el aporte de las "tasas" al cambio en la TGF es superior a 80% en ambos períodos, mientras que en Colombia es inferior al 70%.

El descenso ocurrido en la mortalidad infantil, que desde hace más tiempo afecta a los distintos grupos sociales, conduce a un efecto de las "tasas" superior al encontrado para la fecundidad en ambos períodos. Este resultado es consecuencia de que las acciones para reducir la mortalidad infantil cubren en forma más uniforme a toda la población, a través de medidas masivas de salud pública, mientras que los programas tendientes a controlar los nacimientos han encontrado resistencias en varios sectores, las decisiones son de tipo individual y las dificultades de acceso a los medios son mayores.

La contribución de cada grupo al cambio de la mortalidad infantil y la fecundidad se presenta en el mismo cuadro 2. El porcentaje de aporte se calculó tomando el cambio ocurrido en cada grupo educacional, en el período comprendido entre dos fuentes de información, ponderado por el peso del grupo que surge del promedio de la distribución por nivel educacional en las dos fuentes consideradas. En ambas variables, mortalidad infantil y fecundidad, la mayor contribución al descenso está dada, en general, por los grupos de "primaria" o "1 a 6 años de estudio", en países del grupo III, y en parte del IV. Si bien en algunos casos las mayores bajas en números absolutos se observan al interior del grupo de "analfabetas", su aporte al descenso es menor por la pérdida de importancia relativa debido a la universalización de la enseñanza básica (cuadro 1 del anexo).

Para ilustrar lo que ocurre en los grupos I y II, se recurrió a los casos de Bolivia y Honduras. En el primer país, entre los años 70 y 80 (fuentes 1 y 2), los mayores cambios en la fecundidad están en los extremos y la mayor contribución al descenso corresponde a las "analfabetas" (55%) porque tienen un mayor cambio absoluto y un mayor peso relativo. En términos de la mortalidad infantil la contribución mayor también proviene de las "analfabetas" (53%) y luego de las que tienen enseñanza "básica" (35%). El segundo período, en este país, está afectado por los

problemas de falta de robustez ya mencionados que se pueden presentar cuando los cambios son menores, lo que podría explicar que el efecto de las "tasas" tienda a hacer aumentar la fecundidad. En Honduras el comportamiento se parece más al grupo III para ambas variables, observándose los mayores aportes en las mujeres con "4 a 6 años de estudio", aunque en la mortalidad infantil del segundo período son más importantes los grupos con menor instrucción.

En síntesis, en los últimos años ya no se observa que los aportes iniciales se deban a los grupos de altos niveles de educación, para luego extenderse a los demás. Es probable que ello se deba, por un lado, a que esos sectores han tenido los cambios demográficos importantes, incluso en los países rezagados en la transición, antes de 1970. Lo que está claro es que los descensos actuales de la mortalidad en la niñez y la fecundidad se deberían fundamentalmente al aporte de las mujeres de más baja instrucción, principalmente las que han cursado estudios básicos.

5. LOS DETERMINANTES PRÓXIMOS DE LA FECUNDIDAD

En las secciones anteriores se ha visto que en los últimos años los sectores sociales más rezagados en la transición demográfica, incluso en países de los grupos I y II, han iniciado este proceso, aunque mantienen mortalidad y fecundidad elevadas y su posición de desventaja social y económica. Es probable, además, que las motivaciones y los mecanismos que producen la transición no sean los mismos que los observados en el modelo europeo del siglo XIX y en los sectores medios y altos de América Latina.

En el caso de la mortalidad -y en particular, de la mortalidad infantil- los factores que probablemente más han incidido en su descenso tienen que ver con el progreso médico, la mayor cobertura de salud, principalmente debido a las políticas de atención primaria, y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Estos factores operan a través de variables biológicas, nutricionales, de salud y de atención médica de los niños, que se manifiestan en las diferentes causas de muerte. En el caso de la fecundidad, la influencia de los cambios sociales es mediatizada por un conjunto de determinantes próximos que tienen que ver con la exposición a la

concepción, al embarazo y al parto (Davis y Blake, 1956; Bongaarts, 1978; 1982). Dado que los determinantes de la mortalidad en América Latina han sido más extensamente estudiados (Guzmán y Orellana, 1989; Naciones Unidas, 1991; Behm, 1992) se hará referencia aquí al comportamiento de algunos determinantes próximos de la fecundidad que pudieran haber tenido mayor impacto en el descenso de la fecundidad en los grupos más rezagados.

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

Las mujeres de los estratos más bajos, sin embargo, parecerían no estar siguiendo dichas pautas, aunque se han acercado más al reducido tamaño ideal de familia de las más educadas. En efecto, en los últimos años y considerando los países que se encuentran en diferentes etapas de la transición demográfica (cuadro 3⁶ del anexo), el número ideal de hijos declarado por las mujeres de los grupos más rezagados es relativamente bajo y no muestra gran diferencia con el declarado por las más educadas -excepto quizás en Ecuador donde la diferencia es mayor- evidenciando, por lo tanto, que las brechas entre la fecundidad observada y la deseada son de una magnitud considerable. Los casos de Colombia y Perú muestran, asimismo, que las mujeres menos educadas no siempre desearon un número de hijos tan bajo como el señalado en las últimas encuestas, sino que más bien parece haber tenido lugar un "cambio de mentalidad" general entre los años setenta y los noventa que afectó a todas las mujeres, incluso a las de los estratos más bajos. Sin embargo, es posible que el deseo de un número menor de hijos no obedezca a motivaciones similares en los distintos sectores sociales. En el caso de los más rezagados puede estar ligado a los problemas económicos propios de la década de 1980.

⁶ No se incluyeron países del grupo IV de la transición porque no se dispone de datos sobre determinantes próximos.

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

Debido a la urbanización, la expansión de la educación, el mejoramiento en la situación de la mujer y los esfuerzos de los programas de planificación familiar, entre otros factores, la información sobre anticonceptivos y cómo obtenerlos se ha difundido por los países de la región y en los distintos grupos sociales. En general, a medida que aumenta la educación aumenta el uso de anticonceptivos y se pueden distinguir dos patrones de uso según sectores sociales (cuadro 3 del anexo): el de los países en que hay gran diferencia en el comportamiento anticonceptivo entre grupos extremos de educación (Bolivia, Ecuador y Perú) y el de aquellos donde se observa menos diferencia en el comportamiento anticonceptivo entre estos grupos y donde las mujeres de menor instrucción se han incorporado con mayor intensidad a la práctica anticonceptiva (Colombia, El Salvador y República Dominicana). Lo que los distingue es que en el primer grupo de países hay una mayor diferencia (entre las más y menos educadas) en la prevalencia de anticonceptivos modernos (ej. 3% vs. 36% en Bolivia; 20% vs. 55% en Ecuador) y, de acuerdo con la información publicada por la DHS, hay también bajos niveles de esterilización femenina con mayor prevalencia entre las mujeres con mayor educación (ej. 2% y 7% en Bolivia; 12% y 23% en Ecuador). En el segundo grupo de países, por su parte, la diferencia en el uso de anticonceptivos modernos es menor (ej. 42% vs. 54% en El Salvador; 45% vs. 65% en Colombia), observándose un nivel elevado de esterilización femenina en todos los grupos (ej. 32% y 24% en El Salvador; 29% y 25% en Colombia), con mayor prevalencia entre las mujeres con menor educación.

Comparando las mujeres sin instrucción en estos dos grupos de países se observa que las diferencias en las TGFs se encuentran asociadas a diferencias en el uso de anticonceptivos modernos, principalmente de la esterilización femenina. Por ejemplo, Bolivia tiene una TGF de mujeres sin instrucción superior a Colombia en 1.5 hijos, y tiene una menor prevalencia de anticonceptivos modernos (3% vs. 45%) y de esterilización femenina (2% vs. 29%).

La nupcialidad ha jugado un papel menor que la anticoncepción en el descenso de la fecundidad en los sectores con menor instrucción que el que posiblemente tuvo -y aún tiene- entre las más educadas. Los indicadores de nupcialidad muestran que las mujeres sin instrucción tienen una mayor exposición a la concepción que las más educadas, tanto por el menor porcentaje de solteras como por el mayor tiempo transcurrido en uniones en períodos similares. Asimismo la edad a la primera unión, no sólo es mucho más baja que entre las mujeres más educadas, sino que muestra pocos cambios en el tiempo (cuadro 3 del anexo) e, incluso una tendencia general al matrimonio más temprano, además de un posible incremento en las uniones consensuales (Weinberger *et al.*, 1989).

La duración de la lactancia -un componente fundamental de la infertilidad postparto- también es diferencial por nivel de instrucción con una tendencia a disminuir a medida que aumenta el nivel educativo, según muestran los datos publicados de las DHSs. Entre las mujeres sin instrucción la duración de la lactancia es la más elevada y relativamente estable. Las mismas encuestas muestran que -entre las mujeres sin instrucción- la duración de la lactancia es incluso menor en los países de más baja fecundidad como Colombia y República Dominicana en comparación con Bolivia, Ecuador o Perú. En estos últimos, si bien la duración de la lactancia es mayor, no se logra compensar el menor uso de anticonceptivos como determinante del descenso de la fecundidad.

CONCLUSIONES

Así como en todos los procesos de transición conocidos, en América Latina también en los grupos más rezagados (identificados a través de las mujeres sin instrucción o con nivel primario), el descenso de la mortalidad infantil precedió al de la fecundidad, actuando como un estímulo para el descenso de esta última. Asimismo, hubo un descenso de la fecundidad en estos grupos en prácticamente todos los países de la región, independientemente del nivel en que se encuentren en el proceso de transición demográfica y del nivel de fecundidad del que partieron o del que se encuentran actualmente. Los niveles actuales de la TMI y la TGF entre los grupos más rezagados son, sin embargo, elevados en relación con el promedio de la región.

Respecto a la contribución al descenso de la TMI y la TGF por efecto de la movilidad social y el cambio al interior de los sectores, los resultados indican que en los inicios de la transición - 1960s y 1970s - ambos factores fueron importantes, con preponderancia siempre del último. En años recientes los cambios estuvieron más asociados a lo ocurrido en los grupos rezagados. Ya en la última década los descensos en la mortalidad infantil y en la fecundidad en los países provienen principalmente del aporte de las mujeres de más bajo nivel de instrucción. En los países más atrasados en la transición el grupo que más aportó fue el de las mujeres sin instrucción; en los más avanzados la mayor contribución está dada por las mujeres con educación primaria.

Las mujeres de los grupos más rezagados -que desean un tamaño de familia ya no tan alejado al de las más educadas- no muestran un comportamiento parecido a éstas en cuanto a la postergación del matrimonio sino que mantienen una nupcialidad temprana. Se ha observado entre ellas, sin embargo, un incremento en el uso de anticonceptivos, aunque, como era de esperar, en niveles inferiores a las más educadas. En este aspecto hay diferencias entre los países observados: en los países de menor fecundidad el comportamiento anticonceptivo de las mujeres de bajo nivel de instrucción es más parecido al de las más educadas, tanto en el uso de anticonceptivos modernos, en general, como principalmente en el de la esterilización. En los

países de mayor fecundidad, el uso de anticonceptivos es bajo y con énfasis en los métodos menos eficientes, lo que sin duda mantiene la fecundidad de los grupos más rezagados en niveles elevados.

En síntesis, la baja de la mortalidad infantil (producida fundamentalmente por factores exógenos) estaría en el origen del descenso de la fecundidad en los grupos rezagados, lo que también coincide con la expansión educativa, el deseo de un menor número de hijos y una mayor oferta de anticonceptivos, aunque de acceso muy restringido para estos sectores. Las posibles bajas futuras de la mortalidad infantil, aún elevada en estos grupos, podría conducir a mayores descensos de la fecundidad en el futuro. Pero, en última instancia, un cambio realmente significativo parecería depender de la eficiencia con que las mujeres menos instruidas puedan acortar la brecha entre el número de hijos que desean tener y el que realmente tienen.

BIBLIOGRAFÍA

Arriaga, E. (1974); *América Latina: El descenso de la mortalidad y sus efectos demográficos*. Asociación Colombiana para el Estudio de la Población y The Population Council. Bogotá-Colombia.

Bongaarts, J. (1978); "A framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility", *Population and Development Review*, 4(1).

Bongaarts, J. (1982); "The Fertility Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables", *Studies in Family Planning*, 13(6/7).

Bongaarts, J., W.P. Mauldin y J. F. Phillips (1990); "The Demographic Impact of Family Planning Programs", *Studies in Family Planning*, 21(6), noviembre/diciembre.

CELADE (1996); *Boletín Demográfico* N° 57 , Santiago, Chile.

CEPAL/CELADE (1995); *Población, equidad y transformación productiva*. Serie E 37. Santiago, Chile.

Chackiel J. y Schkolnik, S. (1992); "La transición de la fecundidad en América Latina", en *Notas de Población* N° 55, CELADE, Santiago, Chile.

Cleland J. y Rodríguez G. (1988); "The effect of parental education on marital fertility in developing countries" en *Population Studies* N° 3. London School of Economics.

Davis , K. y Blake, J. (1956); "Social Structure and Fertility: An Analytic Framework". *Economic Development and Cultural Change*, (IV)3, abril.

Guzmán, J.M. y Rodríguez, J. (1993); "La fecundidad pretransicional en América Latina: Un capítulo olvidado", en *Notas de Población* N° 57. CELADE, Santiago de Chile.

League of Nations (1943); *Statistical Yearbook 1941/42*. Geneva.

Pérez Brignoli, H. (1994); "América Latina en la Transición Demográfica, 1800-1980" en *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*. Vol I (primera parte), IV Conferencia Latinoamericana de Población, ABEP/CELADE/IUSSP/PROLAP/SOMEDE. México.

Somoza, J. (1971); *La mortalidad en la Argentina entre 1869 y 1960*. Instituto Torcuato di Tella y CELADE. Buenos Aires.

United Nations (1991); *Child Mortality in Developing Countries*. ST/ESA/SER.A/123. Nueva York.

Weinberger M. B. *et al.* (1989); "Women's Education and Fertility: A Decade of Change in Four Latin American Countries" en *International Family Planning Perspectives*. Vol 15 N° 1.

Zavala de Cosío, M.E. (1992); "La transición demográfica en América Latina y en Europa" en *Notas de Población* N° 56. CELADE, Santiago de Chile.

3

3

3

3

ANEXO DE CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro 1
POBLACIÓN FEMENINA DE 15 A 49 AÑOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, TGF Y TMI EN PAÍSES
SELECCIONADOS PARA TRES FUENTES DISPONIBLES EN LAS DÉCADAS DE 1970, 1980 Y 1990.

País, fuentes y grupos	Fuente 1 (1970s)			Fuente 2 (1980s)			Fuente 3 (1990s)		
	% de población femenina	TGF	TMI	% de población femenina	TGF	TMI	% de población femenina	TGF	TMI
BOLIVIA (Censo 1976, DHS-89 y DHS-94)	100	6.5	161	100	4.9	102	100	4.8	87
Sin instrucción	43	7.6	185	18	6.1	128	12	6.5	122
Básico	30	6.5	151	36	5.9	116	36	6.0	103
Intermedio	12	4.0	104	16	4.5	93	16	4.9	62
Secundaria y más	15	4.0	70	30	2.9	59	36	2.7	38
HONDURAS (Encuestas 1983a/ y 1991/92)	100 ^{b/}	7.0	110	100	6.3	72	100	5.2	50
Sin instrucción	42	7.5	139	24	8.0	116	15	7.0	82
de 1 a 3 años	28	7.3	106	26	7.7	86	26	6.4	60
de 4 a 6 años	23	5.9	84	28	5.8	49	35	4.9	46
7 y más	7	3.3	41	22	3.3	37	24	3.1	25
ECUADOR (WFS-79, DHS-87 y encuesta 1994)	100 ^{b/}	6.4	94	100	4.3	65	100	3.6	40
Sin instrucción	22	8.5	141	8	6.4	105	5	6.2	79
de 1 a 3 años	21	7.0	109	15	5.2	68	11	5.4	44
de 4 a 6 años	33	7.0	84	33	5.2	68	33	4.0	44
7 y más	24	3.5	50	44	2.7	33	51	2.6	22
MÉXICO (WFS-76/77, Encuesta 1982 y 1992)	100 ^{b/}	6.3	71	100 ^{b/}	4.7	42	100 ^{b/}	3.5	35
Sin instrucción	34	7.5	93	14	7.2	62	15	5.6	53
Primaria incompleta	38	6.8	66	32	5.5	53	23	4.3	51
Primaria completa	18	4.6	56	24	4.2	42	20	3.2	38
Secundaria y más	10	3.2	42	30	3.0	22	42	2.4	18
COLOMBIA (WFS-76, DHS-86 y DHS-95)	100 ^{b/}	4.7	74	100	3.3	27	100	3.0	31
Sin instrucción	21	7.1	103	6	5.4	60	4	5.0	27
Primaria	55	5.2	74	49	4.2	41	37	3.8	37
Secundaria y más	24	2.7	37	45	2.5	29	59	2.5	25
CHILE (Censo y estadísticas vitales 1970, 1982 y 1992)	100	3.9	75	100	3.0	22	100	2.5	14
de 1 a 3 años	31	5.3	102	13	3.9	37	7	2.8	28
de 4 a 6 años	28	4.4	84	25	3.4	28	17	2.4	22
de 7 a 9 años	10	3.4	61	35	2.9	18	24	2.4	16
10 y más	31	2.5	43	27	2.3	13	52	2.4	11

a/ La encuesta de 1983 brindó estimaciones para las décadas de 1970 y 1980.

b/ Se usó el censo más próximo para la distribución de mujeres por nivel de instrucción.

Cuadro 2

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

Países	Fecundidad				Mortalidad			
	Fuentes 1 y 2		Fuentes 2 y 3		Fuentes 1 y 2		Fuentes 2 y 3	
	Aporte absoluto	Aporte %						
BOLIVIA								
Efecto "tasas"	-0.9	60	0.1	-100	-38	74	-17	77
Efecto "distribución"	-0.8	53	-0.2	200	-23	45	-4	19
Grupos:								
Sin instrucción	-1.5	55	0.4	-64	-57	53	-6	5
Básico	-0.6	24	0.1	-68	-35	35	-13	27
Intermedio	0.5	-8	0.4	-68	-11	5	-31	28
Medio o más	-1.1	29	-0.2	70	-11	7	-21	40
HONDURAS								
Efecto "tasas"	0.3	-60	-0.9	82	-23	61	-18	82
Efecto "distribución"	-0.7	100	-0.3	27	-17	45	-6	27
Grupos:								
Sin instrucción	0.5	-67	-1.0	22	-23	34	-34	45
de 1 a 3 años	0.4	-44	-0.9	27	-20	24	-26	41
de 4 a 6 años	-0.1	11	-1.0	41	-35	40	-3	7
7 años o más	0.0	0	-0.4	10	-4	2	-12	7
ECUADOR								
Efecto "tasas"	-1.6	70	-0.4	57	-26	68	-18	89
Efecto "distribución"	-0.9	39	-0.2	29	-17	44	-3	15
Grupos:								
Sin instrucción	-2.1	21	-0.2	1	-36	21	-26	11
de 1 a 6 años	-1.8	61	-1.0	90	-26	54	-24	61
7 años o más	-0.8	18	-0.1	9	-17	25	-11	28
MÉXICO								
Efecto "tasas"	-0.7	44	-1.1	92	-20	69	-4	57
Efecto "distribución"	-1.0	63	-0.3	25	-9	31	-3	43
Grupos:								
Sin instrucción	-0.3	11	-1.6	22	-31	39	-9	41
Primaria incompleta	-1.3	70	-1.2	34	-13	24	-2	11
Primaria completa	-0.4	13	-1.0	22	-14	16	-4	18
Más que primaria	-0.2	6	-0.6	22	-20	21	-4	30
COLOMBIA								
Efecto "tasas"	-0.7	50	-0.4	67	-29	-5	85	71
Efecto "distribución"	-0.5	40	-0.1	33	-12	-2	35	29
Grupos:								
Sin instrucción	-1.7	28	-0.4	10	-43	23	-33	33
Primaria	-1.0	64	-0.4	90	-33	65	-4	34
Secundaria o más	-0.2	8	0.0	0	-8	12	-4	33
CHILE								
Efecto "tasas"	-0.8	80	-0.5	100	-49	93	-4	61
Efecto "distribución"	-0.3	30	-0.3	51	-7	14	-3	52
Grupos:								
de 0 a 3 años	-1.4	42	-1.1	26	-65	31	-9	25
de 4 a 6 años	-1.0	35	-1.0	49	-56	31	-6	35
de 7 a 9 años	-0.5	15	-0.5	34	-43	20	-2	17
10 años o más	-0.2	8	0.1	-9	-30	18	-2	23

FUENTE: Elaborado en base al cuadro 1.

Cuadro 3
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y VARIABLES PRÓXIMAS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES
EN PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA EN DISTINTAS ETAPAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

GRUPO I	Nivel de instrucción																									
	Total			Sin instrucción			Primaria			Intermedio			Secundaria y más													
	TGF	PIH	Edad	Prev	Mod	TGF	PIH	Edad	Prev	Mod	TGF	PIH	Edad	Prev	Mod	TGF	PIH	Edad	Prev	Mod						
Bolivia																										
DHS-89	4.9	2.6	20.3	30.3	12.2	6.1	2.8	20.0	11.5	2.4	5.9	2.6	19.7	24.8	8.3	4.5	2.5	19.9	38.4	16.8	2.9	2.6	22.0	52.8	25.7	
DHS-94	4.8	2.5	20.6	45.3	17.8	6.5	2.7	20.2	22.7	3.0	6.0	2.5	19.7	39.2	11.4	4.9	2.5	19.5	46.7	17.1	2.7	2.4	22.4	66.2	35.9	
GRUPO II																										
Total																										
El Salvador																										
DHS-85	4.4	3.6	17.9	n.d	44.5	6.0	4.7	17.6	39.0	35.7	4.4	3.7	18.7	50.0	46.4	3.5	2.7	20.1	52.0	45.4	2.3	2.6	22.7	65.0	56.2	
Enc.1993	3.8	n.d	19.4	53.3	48.0	5.4	n.d	17.2	43.4	41.8	4.3	n.d	18.4	51.0	46.6	3.1	n.d	20.2	59.5	51.9	2.3	n.d	23.6	67.5	54.3	
GRUPO III																										
Total																										
Colombia																										
WFS-76	4.7	4.1	19.2	n.d	n.d	7.1	4.9	18.5	n.d	n.d	5.2	4.1	19.1	n.d	n.d	2.7	3.4	19.8	n.d	n.d	2.5	3.1	22.2	62.9	n.d	
DHS-86	3.3	2.7	20.8	64.8	53.4	5.4	3.4	18.1	50.7	42.8	4.2	2.9	20.1	62.0	50.2	2.5	2.4	22.1	71.8	60.6	1.5	2.3	25.5	81.4	66.5	
DHS-90	2.9	2.6	21.0	66.1	54.6	4.9	3.1	18.7	52.6	44.0	3.6	2.8	19.7	63.3	51.8	2.4	2.4	22.0	69.4	57.8	1.6	2.4	n.d	76.8	64.2	
DHS-95	3.0	2.5	21.4	72.2	59.3	5.0	3.3	18.5	58.0	45.4	3.8	2.8	19.7	70.4	56.6	2.6	2.3	21.9	74.7	62.7	1.8	2.4	n.d	77.1	64.5	
Ecuador																										
DHS-87	4.3	3.1	20.1	44.2	n.d	6.4	3.6	18.4	18.5	n.d	5.2	3.4	19.2	41.0	n.d	3.1	2.6	20.9	54.8	n.d	2.3	2.7	25.0	63.6	n.d	
Enc.1994	3.6	2.7	20.7	56.8	44.4	6.2	3.6	18.6	26.0	20.3	4.4	2.9	19.5	51.2	40.3	2.8	2.4	21.4	65.8	52.7	2.1	2.4	24.9	74.3	54.8	
Perú																										
WFS-77	5.6	4.4	18.4	41.3	n.d	7.3	4.0	17.6	20.6	n.d	6.8	4.0	18.3	48.8	n.d	5.1	3.3	20.1	68.3	n.d	3.3	n.d	n.d	n.d	n.d	
DHS-86	4.5	2.7	19.4	45.8	23.0	7.0	3.2	18.5	19.1	n.d	6.1	2.9	18.9	39.3	n.d	4.7	2.4	21.2	61.9	n.d	2.9	2.5	25.3	69.1	n.d	
DHS-92	3.5	2.5	21.1	59.0	32.8	7.1	3.0	18.8	34.9	11.2	5.1	2.6	19.0	51.3	24.0	3.1	2.3	21.4	65.6	39.6	1.9	2.4	n.d	73.2	47.9	
Rep Dominicana																										
DHS-86	3.7	3.4	18.5	49.8	46.7	5.3	3.6	16.8	35.7	n.d	4.3	3.5	17.6	49.0	n.d	2.9	3.1	21.3	55.2	n.d	2.1	3.2	24.1	56.7	n.d	
DHS-91	3.3	3.1	19.0	56.4	51.7	5.2	3.5	16.6	41.5	37.8	3.8	3.3	17.7	55.5	52.6	2.8	2.8	20.9	59.2	51.7	2.6	3.0	24.8	66.3	58.3	

TGF, tasa global de fecundidad; PIH, promedio ideal de hijos; Edad, edad a la primera unión; Prev, prevalencia de anticonceptivos; Mod, prevalencia de anticonceptivos modernos. n.d, no disponible.

Gráfico 1
TGF Y TMI POR NIVEL DE EDUCACION DE LAS MADRES

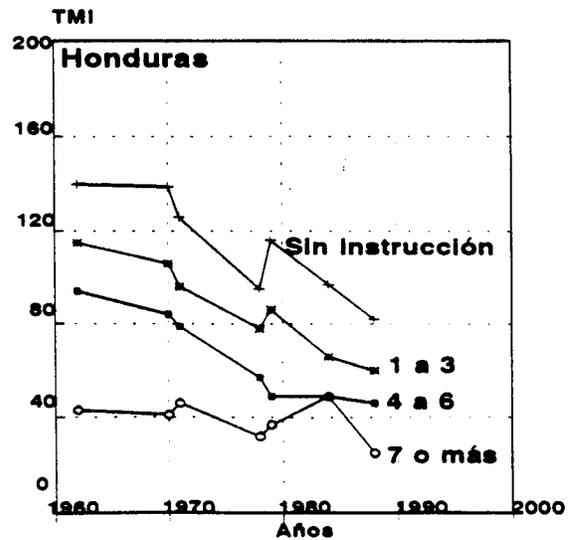
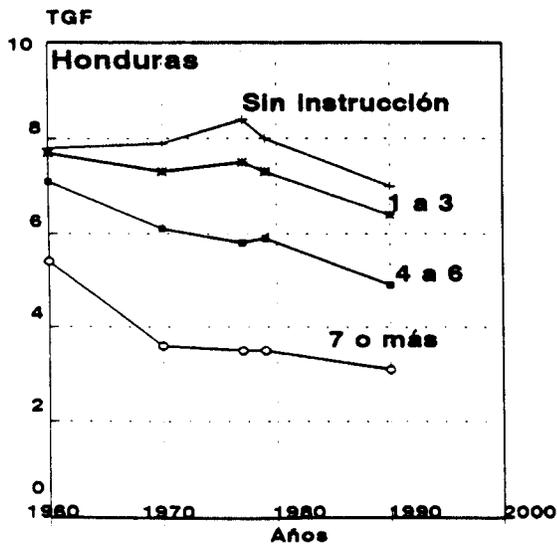
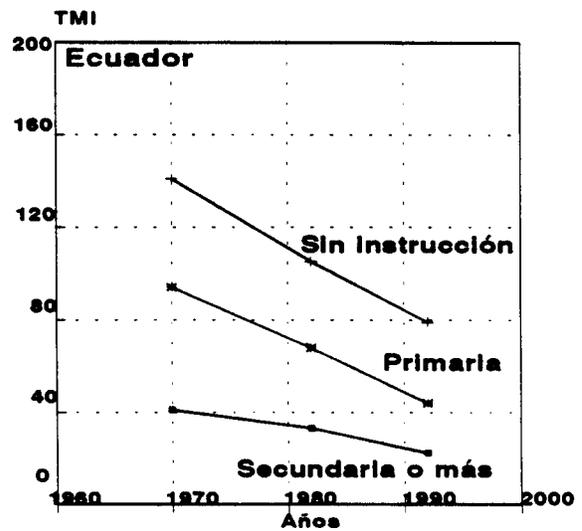
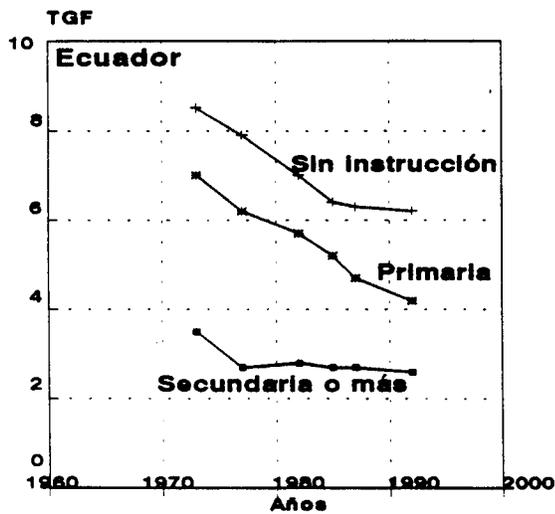
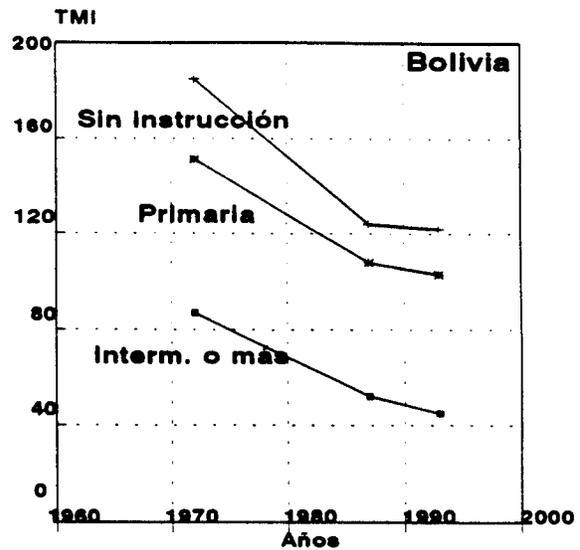
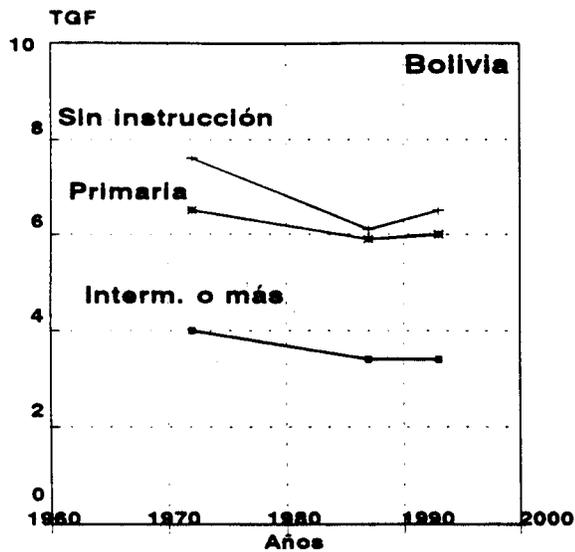


Gráfico 1 (cont.)
TGF Y TMI POR NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MADRES

