

# AMÉRICA LATINA: LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN SECTORES REZAGADOS <sup>1</sup>

**Susana Schkolnik y Juan Chackiel**  
Centro Latinoamericano y Caribeño  
de Demografía (CELADE)  
División de Población

## RESUMEN

Históricamente, los cambios demográficos en América Latina han estado ligados principalmente al comportamiento de los estratos medios y altos. Dado el nivel relativamente bajo que han alcanzado la fecundidad y la mortalidad en estos grupos, se espera que los cambios futuros estén vinculados más bien al comportamiento demográfico de los grupos más rezagados. En este documento se hace un análisis de las tendencias demográficas y de la contribución de los grupos más rezagados al descenso de la mortalidad infantil y de la fecundidad, distinguiendo entre el efecto “distribución” (el cambio en el perfil educativo de la población) y el efecto “tasas” (el cambio demográfico dentro de los grupos). En relación con la mortalidad infantil, la fecundidad y los determinantes próximos de esta última en los sectores social y demográficamente más rezagados, se observa que el número deseado de hijos es más reducido que el que realmente tienen; no obstante, se mantiene una nupcialidad temprana y

---

<sup>1</sup> Este artículo es una versión ampliada del documento “Latin America: Demographic Transition in Less Advanced Groups”, publicado en Conferencia Internacional de Población, de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP), Beijing, octubre de 1997.

el uso de los anticonceptivos modernos es restringido. De todas maneras, y aunque en menor medida que otros sectores sociales, estos grupos ya se han incorporado a la transición demográfica, con el descenso de la mortalidad infantil y de la fecundidad. En cuanto al aporte de estos grupos a la evolución de la transición demográfica nacional, en varios países se observa que, en la última década, los descensos provienen principalmente de la contribución de las mujeres de más bajo nivel de instrucción: en los países más atrasados en su transición el grupo que más aportó fue el de las mujeres sin instrucción, y en los más avanzados, el de las mujeres que solamente han alcanzado la educación primaria.

(TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA)  
(FECUNDIDAD)  
(PAÍSES EN DESARROLLO)

(MORTALIDAD)  
(PRÁCTICA  
ANTICONCEPTIVA)

## ABSTRACT

### LATIN AMERICA: DEMOGRAPHIC TRANSITION IN LESS DEVELOPED SECTORS

Historically, demographic changes in Latin America have been mainly linked to the behaviour of the middle and upper income groups. Fertility and mortality have fallen to relatively low levels among these groups, and future changes are expected to have more to do with the demographic behaviour of the less prosperous groups. This document examines that behaviour, and the contribution of the less prosperous sectors to falls in fertility and infant mortality, distinguishing between the "distribution" effect (changes in the educational profile of the population) and the "rates" effect (demographic changes within the social groups). In relation to infant mortality, fertility, and the most immediate factors of fertility among those sectors which are socially and demographically most disadvantaged, it is observed that the desired number of children is lower than the actual number; however, early marriage remains high and use of modern contraceptive methods is limited. In any case, these groups have already begun the demographic transition, with reductions in fertility and infant mortality, although this is less so than in other sectors of society. As for the contribution of those groups to the evolution of the demographic transition at the national level, it is observed that in various countries, over the past decade, the reductions have come mostly from the contribution of women having the lowest educational levels. In those countries where the transition has progressed the least, the greatest contribution has been by women without education, and in those where it has progressed most, it has come from women having only primary education.

(DEMOGRAPHIC TRANSITION)  
(FERTILITY)  
(LESS DEVELOPED COUNTRIES)

(MORTALITY)  
(CONTRACEPTIVE  
PRACTICE)



## INTRODUCCIÓN

### 1. Marco de referencia y objetivos

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

Los cambios en el comportamiento de las variables demográficas de un país son el resultado, en consecuencia, de lo que ocurre dentro de cada sector y, al mismo tiempo, se ven afectados por la transferencia de personas entre diferentes sectores, es decir, por la movilidad social. Así, cuando se está en presencia de una movilidad social ascendente, se espera contar con un mayor porcentaje de personas que con el tiempo adopten comportamientos propios de sectores más altos en la escala social, a los que han accedido y con los que se identifican. Como resultado de esto, se producirán avances en la transición demográfica, sin que ello implique necesariamente cambios de conducta dentro de cada uno de los grupos sociales.

Esta situación ha prevalecido históricamente, ya que los cambios demográficos han estado ligados principalmente a las conductas de los estratos medios y altos. Cabe señalar que no es dable esperar grandes cambios adicionales en ellos, ya que los niveles alcanzados por la fecundidad y la mortalidad en estos sectores son, en general, lo suficientemente bajos como para que las ganancias futuras no sean de gran magnitud. En consecuencia, y en términos de futuros avances en la transición demográfica, cabe esperar que tales avances estén fundamentalmente

vinculados a lo que ocurra dentro de los grupos actualmente más rezagados en este proceso, que ya muestran signos inequívocos de haber iniciado su propio proceso de transición demográfica; en efecto, ya se observan descensos de la mortalidad y la fecundidad también en los grupos de bajos ingresos. Esto último parece estar avalado por las tendencias registradas en el decenio de 1980, que muestran la continuidad del proceso de transición demográfica a pesar del estancamiento económico, que produjo incluso un aumento del porcentaje de pobres en muchos países.

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

Probablemente, ambos tipos de factores han tenido una influencia importante en el proceso. Si bien la crisis latinoamericana de la década de 1980 pudo provocar descensos de la fecundidad, es probable que los sectores pobres también se hayan visto influenciados por el proceso global de desarrollo que ha tenido lugar en la región. Aunque el desarrollo no se ha traducido en los últimos años en mejoras de los ingresos, del empleo y de las condiciones de vida de algunos sectores de la población (indicadores que incluso podrían haberse deteriorado), sí se ha reflejado, en cambio, en otros aspectos, tales como la expansión de la educación y de la atención de salud, la ampliación de las comunicaciones, la mayor participación económica de la mujer y, como consecuencia, la emergencia de nuevas actitudes hacia la procreación, asociadas al uso de métodos modernos de planificación familiar. Esto último ha tenido un impacto directo en el descenso reciente de la fecundidad, y uno indirecto en el de la mortalidad infantil. Además, en apoyo de la tesis de que la fecundidad en los sectores pobres descendió en parte importante también por efecto del desarrollo global, cabe señalar que en algunos países de mayor desarrollo relativo se observa que ese descenso comenzó antes de la crisis de los años ochenta.

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

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

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

Para 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 en este trabajo la evolución de la mortalidad infantil, de la fecundidad y de los determinantes próximos de esta última según el nivel de instrucción de la madre, debido al alto poder discriminador de esta variable (Cleland y Rodríguez, 1988; Naciones Unidas, 1991; Weinberger, Lloyd y Blanc, 1989). En lo que sigue se considera a las analfabetas y a las mujeres con muy bajo nivel de instrucción, como los grupos más rezagados en la transición demográfica.

Las fuentes principales de información son la Encuesta Mundial de Fecundidad (EMF) para el decenio de 1970, las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) correspondientes a los últimos años, y los censos de población, sobre la base de los cuales se desarrollaron en el CELADE la Investigación sobre la Mortalidad Infantil en América Latina (IMIAL) y la Investigación de la fecundidad mediante la aplicación del método

de hijos propios en América Latina (IFHIPAL). Los indicadores utilizados en el presente estudio son la tasa global de fecundidad (TGF) y la tasa de mortalidad infantil (TMI). Este último es el único indicador disponible para analizar, en forma relativamente sistemática, la mortalidad por sectores sociales. Se considera que la evolución de la mortalidad infantil expresa bastante bien los momentos iniciales de la transición de la mortalidad, por lo que la ausencia de indicadores de mortalidad por grupos sociales, para otras edades, no es una limitación mayor.

## **2. La transición demográfica en América Latina**

Existen múltiples estudios sobre la transición demográfica latinoamericana que analizan 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 con respecto a la europea es el mayor nivel de fecundidad, lo que se atribuye a una nupcialidad más temprana y a una menor incidencia del celibato (Zavala de Cosío, 1992).

La transición puede esquematizarse así: en primer lugar comenzó a descender la mortalidad, y en particular la mortalidad infantil, con lentitud a comienzos de siglo, con mayor intensidad a partir de 1930 (Arriaga, 1974), para generalizarse y acelerarse después de la Segunda Guerra Mundial. La región alcanzó, en promedio, una  $E(0)$  de 52 años y una TMI de 127 por 1 000 en el período 1950-1955 (CELADE, 1996). En las dos décadas siguientes se lograron los mayores avances, y en el decenio de 1970, la  $E(0)$  superó los 60 años. 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 1 000.

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 de aproximadamente seis hijos por mujer, con una tendencia moderadamente creciente hasta comienzos de los años sesenta. Esta tendencia ascendente de la fecundidad fue probablemente producto de los descensos anteriores de la mortalidad femenina en edades reproductivas, que aumentaron el tiempo de exposición de la mujer a quedar embarazada, y estuvo asociada además a



mejores condiciones de salud para la procreación. También pueden haber incidido los aumentos de la nupcialidad observados en los años cincuenta y sesenta (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, que fue descendiendo desde esa época hasta 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–, sin descartar que el aborto pudo haber tenido una gran importancia en ese proceso. La rapidez del descenso de la fecundidad marca también una diferencia con el proceso seguido por los países desarrollados, aunque América Latina todavía se mantiene en niveles superiores a los imperantes en éstos.

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. Los trabajos recientes 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 una  $E(0)$  promedio de 58 años, una TMI de 81 por 1 000 y una 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):  $E(0)= 70$ ;  $TMI= 38$ ;  $TGF= 3.1$ ;
- iv) países de transición avanzada (Argentina, Chile, Cuba y Uruguay):  $E(0)= 74$ ;  $TMI= 17.5$ ;  $TGF= 2.4$ .

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

## **I. LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN LOS GRUPOS REZAGADOS**

Los datos disponibles, en general, cubren las décadas de 1970, de 1980 y, en algunos casos, los comienzos de la década actual, por lo que, si bien imponen limitaciones, resultan suficientes para sacar algunas con-

clusiones con respecto a la transición. Estos datos muestran que no todos los grupos sociales participaron de la misma manera en el proceso de transición demográfica y, en especial, en el cambio en la fecundidad que se inició en el período 1965-1975.

Sin embargo, se puede observar que todos los sectores sociales han sido, en mayor o menor medida, favorecidos por el descenso de la mortalidad en todos los países. Hay una clara evidencia del descenso de la mortalidad infantil en los sectores más rezagados en todo el período bajo estudio. Mientras que hace unos 25 años la TMI de las mujeres analfabetas era en 10 países superior a 120 por 1 000, y en 17 superaba 60 por 1 000, en la actualidad sólo 3 países tienen una TMI cercana al primer valor, y ésta es ya en 12 países inferior a 60 por 1 000. Debido a que los grupos más avanzados en la transición llegaron con anterioridad a TMI relativamente bajas, y que por lo tanto este indicador mostró en los últimos años una cierta estabilización o descensos moderados, la tendencia general es a la convergencia,<sup>2</sup> tal como se ilustra en el gráfico 1<sup>3</sup> y en el cuadro 1. Cabe señalar que los ejemplos del gráfico 1 tienen el propósito de mostrar patrones generales de comportamiento de la fecundidad y de la mortalidad infantil, independientemente de algunas irregularidades que se observen en los datos. Éstas pueden ser producto de deficiencias en la información básica, del hecho de trabajar con grupos reducidos, de los supuestos metodológicos de las estimaciones o, lo que es más probable, de una combinación de estos factores, tal como se puede observar en los descensos acentuados de la TMI entre las mujeres sin instrucción de Colombia y México, o en los incrementos de las TGF de este mismo grupo en Bolivia y Colombia.

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, en Bolivia y Honduras la TMI correspondiente a hijos de mujeres sin instrucción es 3 veces mayor que la correspondiente al grupo con educación secundaria y más, en Ecuador 3.5 veces mayor y en Perú casi 5 veces. Eso se

---

<sup>2</sup> La convergencia se considera en términos absolutos. Por ejemplo, en Ecuador, en los años setenta, la TMI de las mujeres analfabetas era 91 puntos más alta que la del grupo con estudios secundarios y superiores, mientras que la diferencia actual es de 57 puntos, con valores inferiores de esa tasa (véase el cuadro 1).

<sup>3</sup> Las escalas fueron construidas de manera de poder comparar visualmente los niveles y cambios en la TMI y la TGF.

expresa en tasas, para los grupos más desfavorecidos, que en la actualidad pueden considerarse todavía muy elevadas.

El nivel educativo, además de expresar la condición socioeconómica de la población, constituye un factor clave para el cambio demográfico. Por ello, en el cuadro 2 se presentan las TMI considerando otros criterios de estratificación de la población, que corroboran los altos niveles de mortalidad infantil prevalecientes en los sectores pobres, las áreas rurales y las poblaciones indígenas, que a su vez todavía tienen un elevado porcentaje de población con bajo nivel de instrucción. En particular, la situación de la población indígena resulta clave en varios países latinoamericanos, pues ésta representa, en algunos casos, más del 50% de la población. Se supone que estos sectores serán los que más tardíamente se incorporarán al proceso de transición, tanto por su situación social desfavorable como por las barreras culturales que dificultan su acceso a la medicina moderna y a los patrones culturales occidentales. Sin embargo, también entre ellos se observan ya cambios en los niveles de fecundidad y de mortalidad infantil (Peysen y Chackiel, 1994).

Otra dimensión de las desigualdades es la diferencia de la mortalidad infantil entre sectores sociales similares de distintos países, según la etapa de la transición demográfica en que se encuentren. En varios países de la región, sobre todo de los grupos I y II, las TMI de los sectores mejor ubicados en el espectro social todavía presentan valores superiores a los alcanzados por los sectores equivalentes de los países más avanzados en la transición. Así, por ejemplo, las mujeres con educación secundaria y más tienen una TMI de 94 por 1 000 en Haití, de 38 por 1 000 en Bolivia, de 29 por 1 000 en Colombia y Nicaragua, mientras que en Chile y Costa Rica la TMI de estos grupos es inferior a 15 por 1 000. Lo mismo ocurre al considerar los grupos más rezagados (sin instrucción), con valores de más de 120 por 1 000 en Bolivia y Haití, cifra que es 3 veces superior al 40 por 1 000 de Chile o a valores quizás menores de Costa Rica y Cuba en el mismo sector.

Entre los grupos más postergados la fecundidad también parece haber comenzado a descender, pero en forma más tardía que la mortalidad infantil (véanse el cuadro 1 y gráfico 1), de acuerdo con el modelo general de la transición. En general, en las décadas de 1960 y 1970 la TGF del grupo "sin instrucción" era en 17 países de más de 6 hijos por mujer. Las mujeres de baja instrucción (primaria incompleta o entre uno y tres años de estudios) presentaban una TGF relativamente menor, pero siempre superior a cuatro hijos, y, en alrededor de la mitad de los países, superior a seis. Los datos más recientes indican que, salvo en los países

Gráfico 1  
**TGF Y TMI POR NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS MADRES**

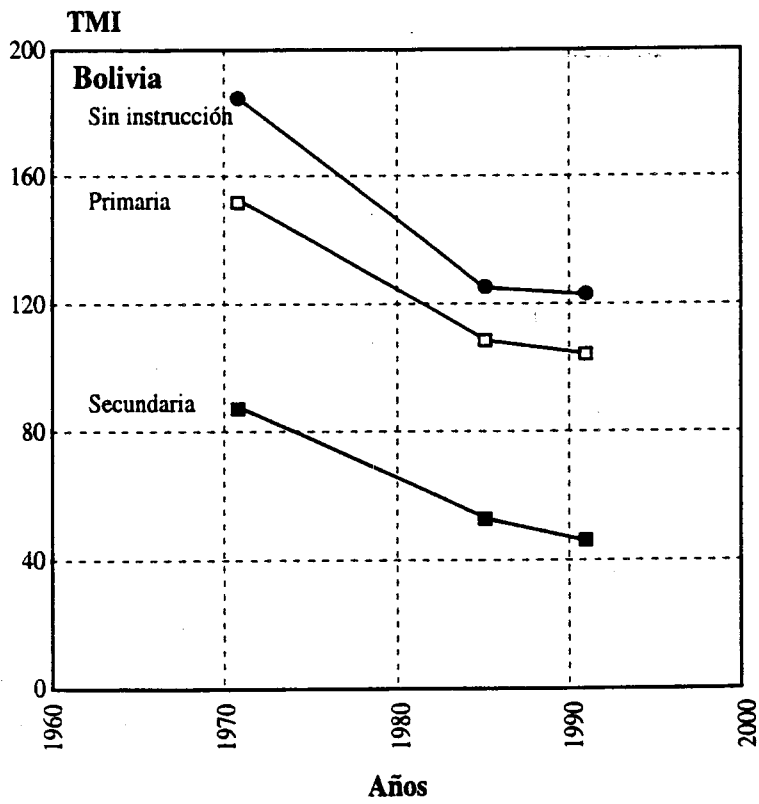
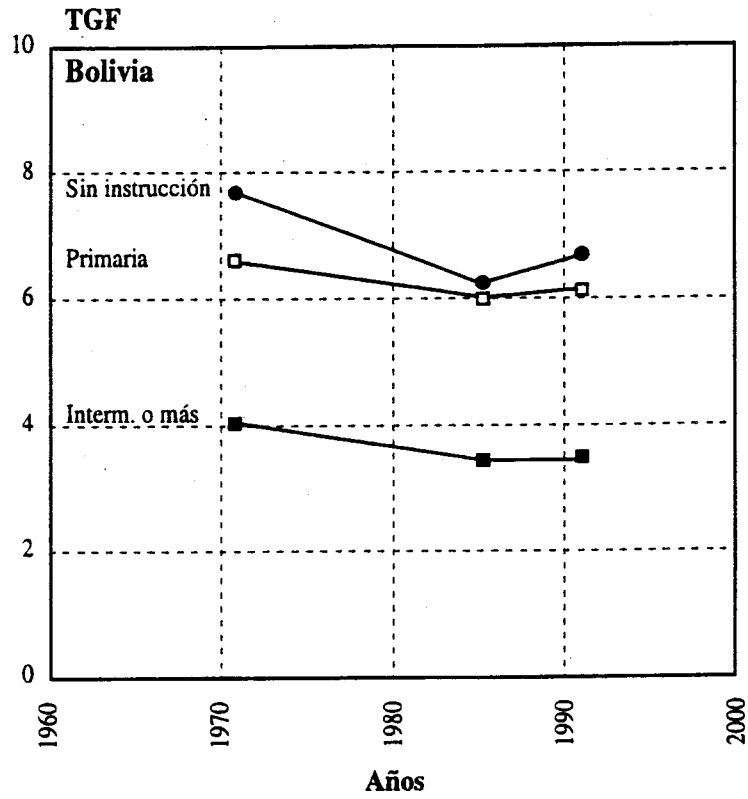


Gráfico 1 (continuación 1)

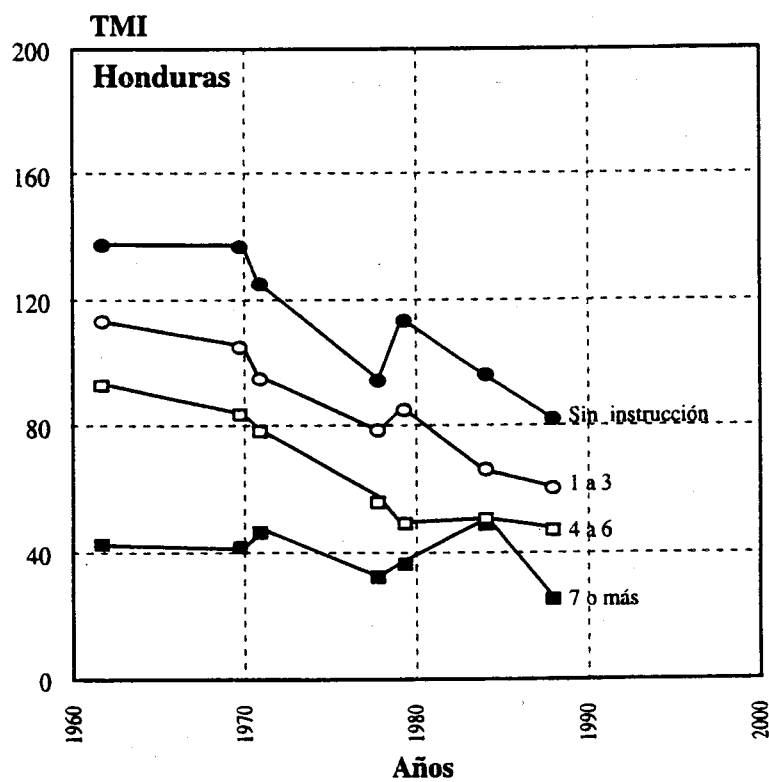
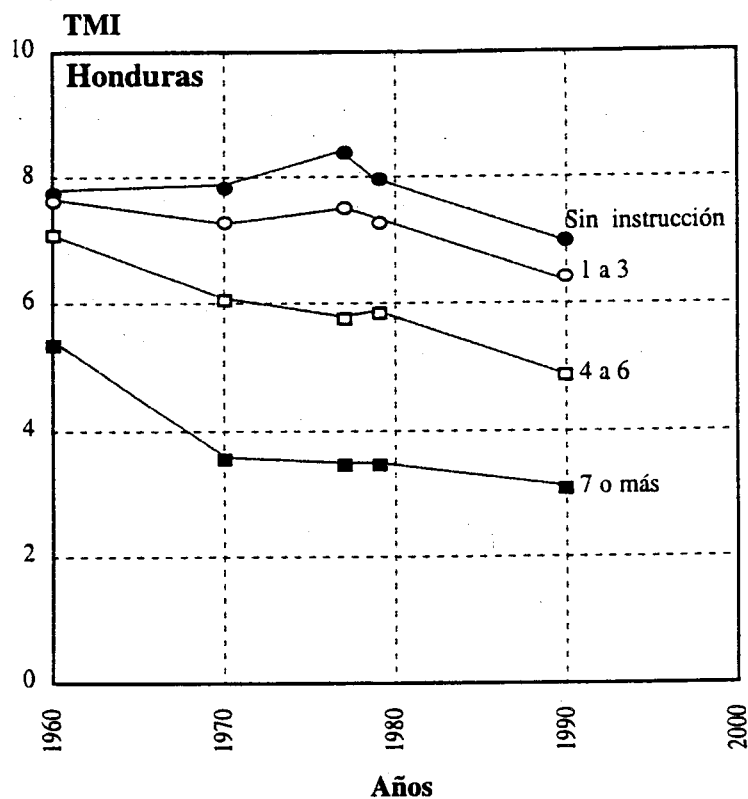


Gráfico 1 (continuación 2)

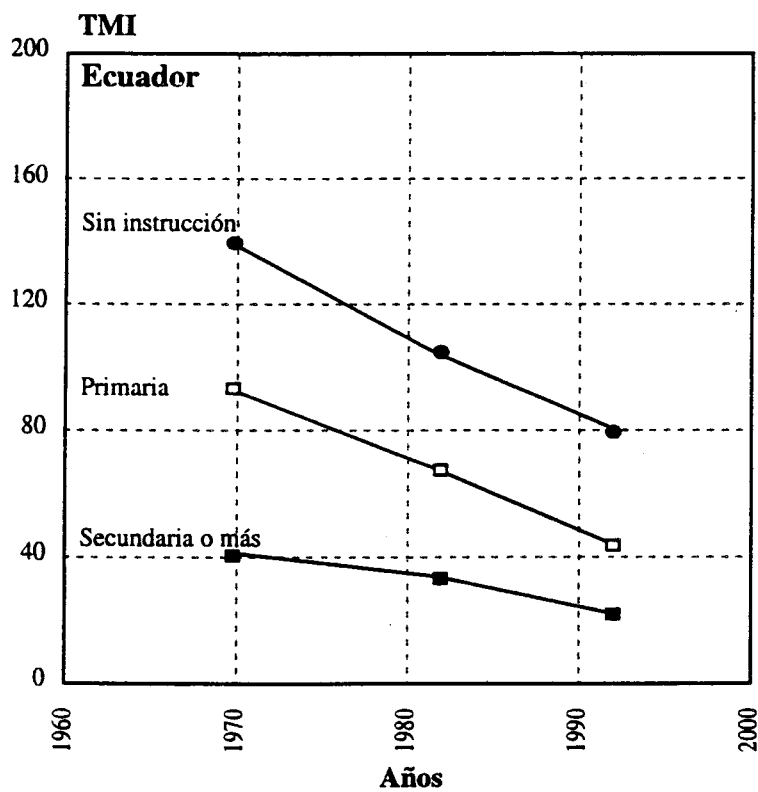
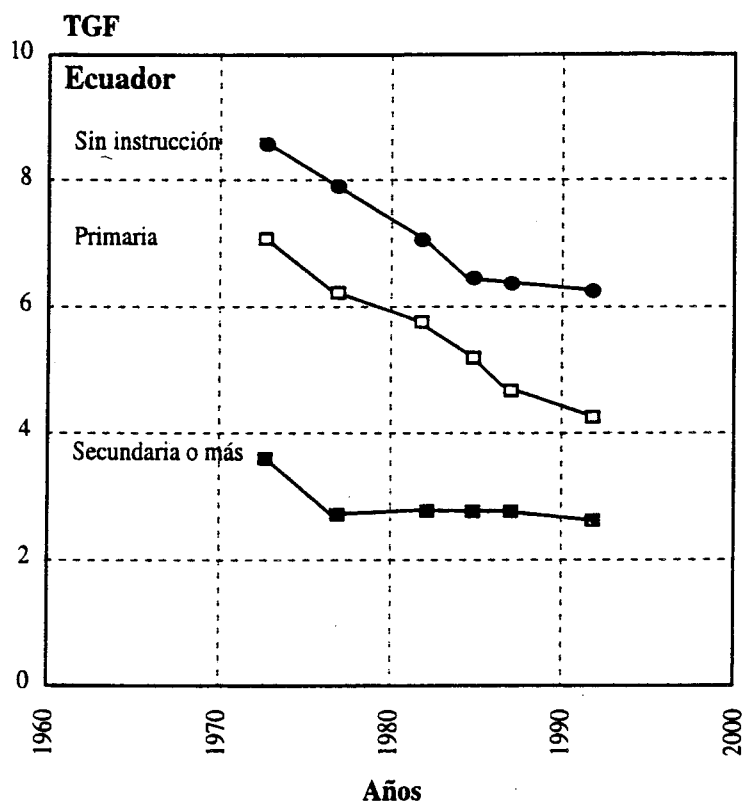


Gráfico 1 (continuación 3)

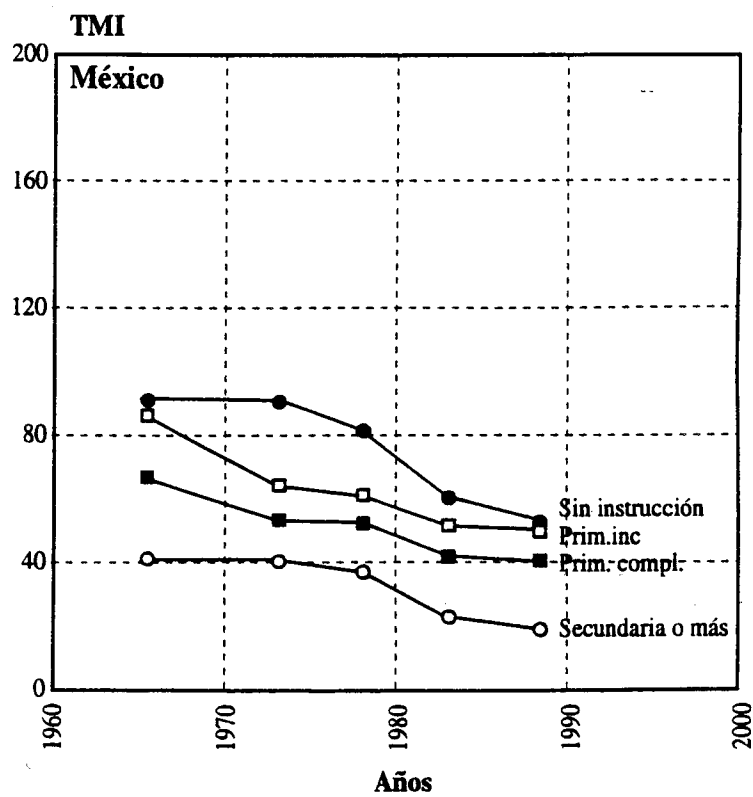
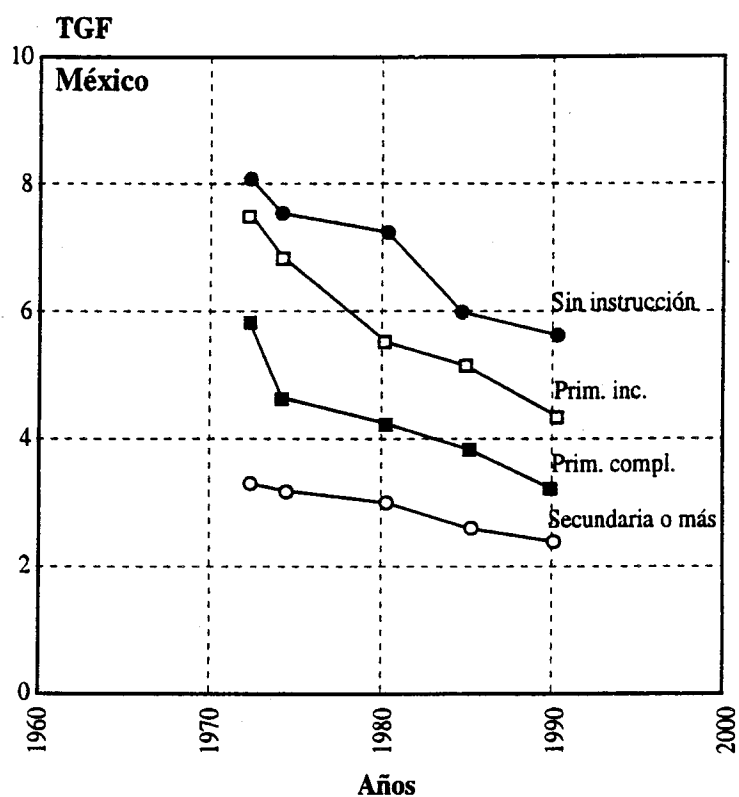


Gráfico 1 (continuación 4)

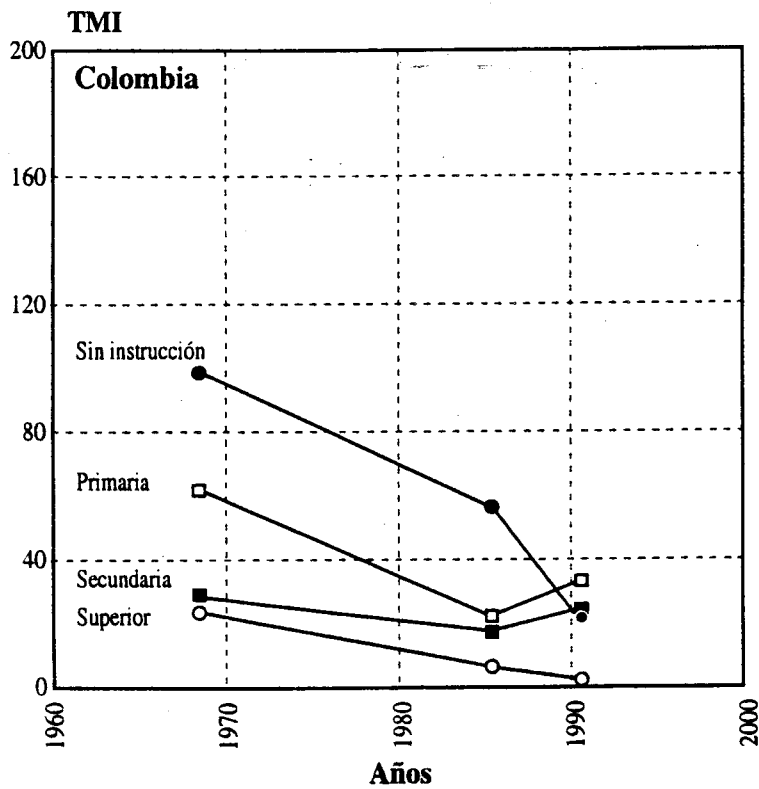
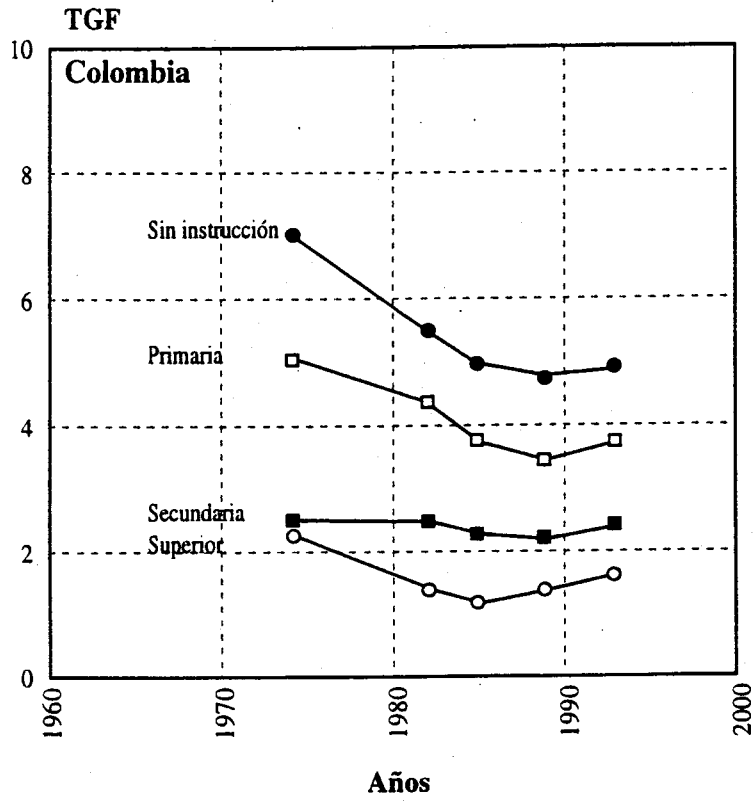
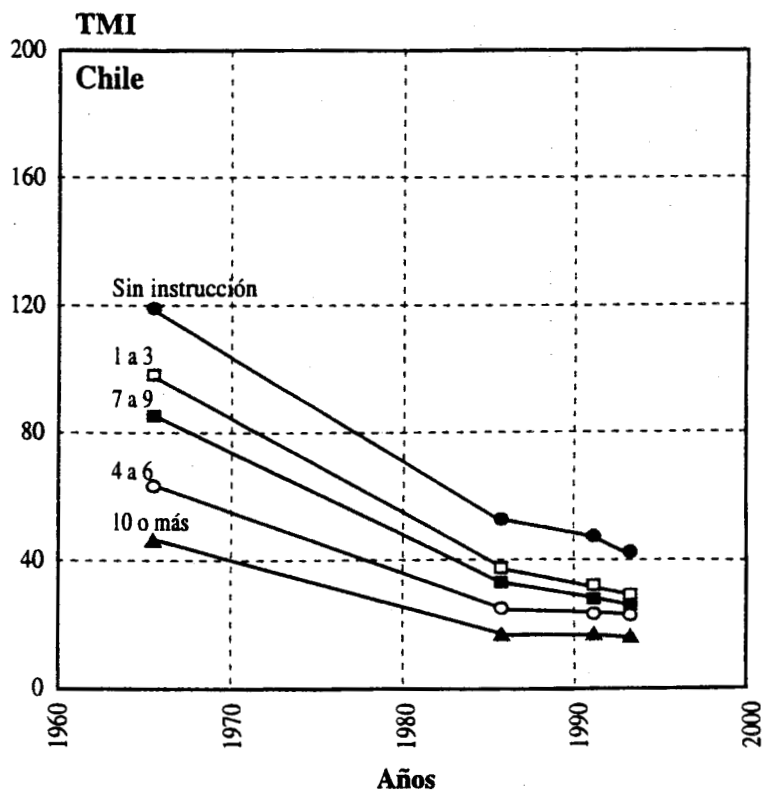
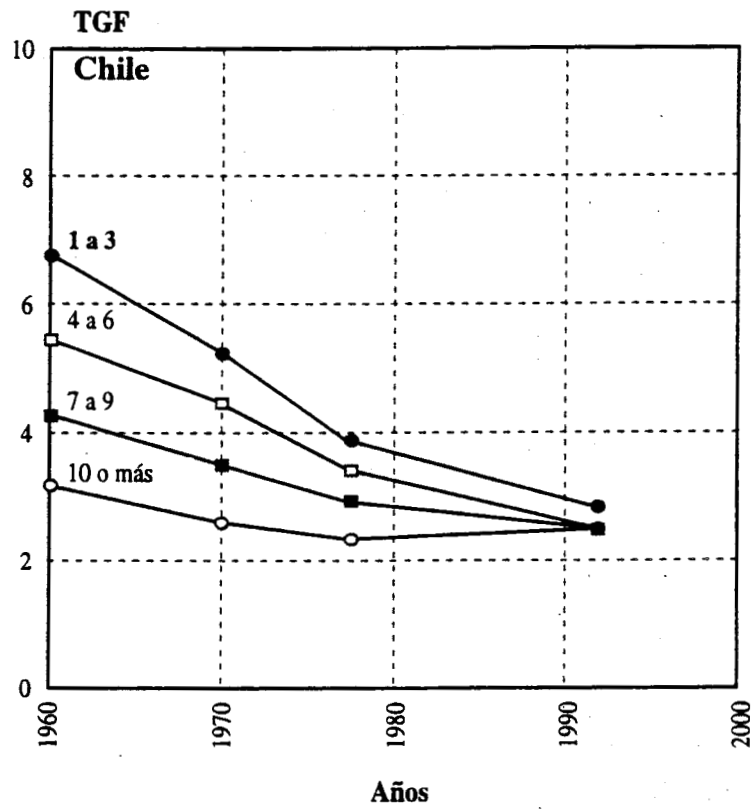




Gráfico 1 (conclusión)



Cuadro 1  
**PAÍSES SELECCIONADOS: POBLACIÓN FEMENINA DE 15 A 49 AÑOS DISTRIBUIDA  
 SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF) Y  
 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (TMI) A PARTIR DE TRES FUENTES,  
 DÉCADAS DE 1970, 1980 Y 1990**

País, fuentes y grupos	Fuente 1 (decenio de 1970)			Fuente 2 (decenio de 1980)			Fuente 3 (decenio de 1990)		
	Población femenina (%)	TGF	TMI	Población femenina (%)	TGF	TMI	Población femenina (%)	TGF	TMI
<b>BOLIVIA</b> (Censo 1976, ENDSA-1989 y 1994)	100	6.5	101	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
<b>HONDURAS</b> (EDENH-II 1983 <sup>a</sup> y ENESF 1991/1992)	100 <sup>b</sup>	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
<b>ECUADOR</b> (ENF-1979, ENDESA-1987 y ENDEMAIN-1994)	100 <sup>b</sup>	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

Cuadro 1 (conclusión)

País, fuentes y grupos	Fuente 1 (decenio de 1970)			Fuente 2 (decenio de 1980)			Fuente 3 (decenio de 1990)		
	Población femenina (%)	TGF	TMI	Población femenina (%)	TGF	TMI	Población femenina (%)	TGF	TMI
<b>MÉXICO</b> (EMF-1976-1977, END-1982 y ENDD-1992)	100 <sup>b</sup>	6.3	71	100 <sup>b</sup>	4.7	42	100 <sup>b</sup>	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
<b>COLOMBIA</b> (ENFC-1976, EPDS-1986 y ENDS-1995)	100 <sup>b</sup>	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
<b>CHILE</b> (Censo 1970, 1982 y 1992; estadísticas vitales 1970, 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

**Fuente:** Para Bolivia: Censo Nacional de Población, 1976; Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), 1989 y 1994. Para Honduras: Encuesta Demográfica Nacional de Honduras (EDENH-II), 1983; Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF), 1991-1992. Para Ecuador: Encuesta Nacional de Fecundidad (ENF), 1997; Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDESA), 1987; Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), 1994. Para México: Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF), 1976-1977; Encuesta Nacional Demográfica (END), 1982; Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENDD), 1992. Para Colombia: Encuesta Nacional de Fecundidad (ENFC), 1976; Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud (EPDS), 1986; Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 1995. Para Chile: Censo Nacional de Población y Vivienda, 1970, 1982 y 1992; Estadísticas vitales, 1970-1992.

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

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

Cuadro 2  
**PAÍSES SELECCIONADOS: DIFERENCIALES DE TASA GLOBAL  
 DE FECUNDIDAD (TGF) Y TASA DE MORTALIDAD  
 INFANTIL (TMI), SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA,  
 POBREZA Y ORIGEN ÉTNICO, ALREDEDOR DE 1990**

Categorías e indicadores	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Perú	Panamá	Chile
<b>TGF</b>						
<b>Total del país</b>	<b>5.1</b>	<b>5.3</b>	<b>5.8</b>	<b>3.5</b>	<b>2.9</b>	<b>2.5</b>
Urbano	3.8	3.9	4.6	2.8	2.2	2.4
Rural	6.2	6.5	7.6	6.2	4.0	3.1
Indígena	6.8	-	-	-	6.9	3.9 <sup>a</sup>
No indígena	4.3	-	-	-	4.7	-
Pobre	6.8	6.0	6.7	4.6	-	-
No pobre	3.3	3.2	3.7	2.2	-	-
<b>TMI</b>						
<b>Total del país</b>	<b>60</b>	<b>64</b>	<b>82</b>	<b>64</b>	<b>31</b>	<b>16</b>
Urbano	51	43	67	48	-	14
Rural	68	62	98	90	-	19
Indígena	64	-	-	-	80	45 <sup>a</sup>
No indígena	53	-	-	-	23	-
Pobre	76	68	88	66	-	-
No pobre	53	34	66	37	-	-

**Fuente:** Encuestas de Demografía y Salud (EDS) alrededor de 1990; A. Peyser y J. Chackiel, "La población indígena en los censos de América Latina", *Estudios sociodemográficos de pueblos indígenas* (LC/DEM/G.146), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)/Confederación Indígena del Oriente Boliviano (CIDOB)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)/Instituto de Cooperación Iberoamericana (ICI), 1994.

<sup>a</sup> Corresponde a la población mapuche que vive en reducciones de la IX Región.

de transición avanzada, en los demás se mantiene en estos grupos una TGF superior a cuatro hijos y, en algunos, de más de seis. En los países donde persisten TGF superiores a seis, también se observan descensos, pues anteriormente tenían valores cercanos a ocho hijos. En síntesis, existe un cambio reciente en la fecundidad de los grupos más rezagados, pero aún persisten valores relativamente elevados (véase el cuadro 1).

El hecho de que el descenso de la mortalidad infantil haya precedido al de la fecundidad también puede apreciarse por los niveles alcanzados en la actualidad por ambas variables, en comparación con la

etapa pretransicional. La mortalidad infantil pretransicional de los países latinoamericanos era probablemente más del doble que la que tienen hoy los sectores rezagados de los países del grupo I. La TMI de Argentina era en el período 1869-1895 de aproximadamente 232 por 1 000 (Somoza, 1971), y a comienzos de la década de 1920 la de Chile era de 265 por 1 000 y la de Costa Rica de 234 por 1 000 (Sociedad de las Naciones, 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 inferior a 120 por 1 000. En cambio, la fecundidad de estos mismos grupos en ese momento, y aun en la actualidad en muchos países, es incluso superior a la observada en la pretransición.

El desequilibrio demográfico creado por una baja más acentuada de la mortalidad infantil que de la fecundidad, desequilibrio que está en el origen de otros procesos de transición demográfica (Zavala de Cosío, 1992), está también presente en este caso. Sin embargo, una vez desencadenado el descenso de la fecundidad pueden producirse aún mayores bajas en la mortalidad en la niñez, principalmente por efecto de factores biológicos, como prolongación del intervalo intergénésico medio, menor número de nacimientos en edades de alto riesgo, y menor paridez. De esta manera, los efectos mutuos de estas variables pueden reforzar la tendencia al descenso de ambas.

La información fragmentaria disponible no permite apreciar con claridad si la disminución de la fecundidad de los sectores rezagados estuvo precedida de un aumento de ésta, como sucedió a nivel nacional en la mayoría de los países de la región en la década de 1950 (Chackiel y Schkolnik, 1992). Sin embargo, en algunos países se ha detectado este fenómeno, aunque de distinta manera. Por ejemplo, según una encuesta de 1987, todos los grupos sociales de Haití tuvieron TGF superiores a las precedentes, y en Honduras hubo un aumento de la TGF en los grupos más rezagados durante la década de 1970 (véase el gráfico 1). Es probable que en la actualidad la baja de la mortalidad haga pesar más fuertemente los factores que tienden a disminuir la fecundidad, en lugar de los que propician un aumento, al estar más presentes las motivaciones para limitar el número de hijos y los mecanismos necesarios para hacerlo. También puede ser que el aumento de la fecundidad 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), en que se analiza la tendencia de la fecundidad pretransicional por zona de residencia, parece

confirmar esta hipótesis. Los autores ligan este hecho con aumentos de la nupcialidad en la década de 1950, con mejoras en las condiciones sanitarias, y con las mayores expectativas económicas de las parejas.

Por su parte, los grupos más avanzados, representados aquí por las mujeres con educación secundaria y superior, mostraron una fecundidad relativamente baja en las últimas décadas. Aparentemente, la mortalidad infantil correspondiente a estos grupos descendió a comienzos de este siglo, y su fecundidad probablemente lo hizo poco después de la Segunda Guerra Mundial. 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 (véase el gráfico 1) y de Cuba.

Los datos de algunas encuestas de demografía y salud (EDS) de 1990 permiten evaluar lo que ha sucedido en la última década con 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 postula que la crisis y las medidas de ajuste económico no han detenido la disminución de la mortalidad infantil ni de la fecundidad, y que los cambios demográficos se han independizado del proceso de desarrollo. Más aún, se afirma que la crisis ha profundizado el deseo de tener menos hijos, dadas las dificultades de asegurar una crianza adecuada. En este sentido, cabría esperar que en los grupos rezagados continuara 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 a reducir el número medio de hijos muestra que los sectores rezagados en general continuaron ese proceso, aunque en varios casos con menor intensidad que en el pasado, mientras que en los sectores con mayor nivel de instrucción el número de hijos tiende a estabilizarse, en general, en valores todavía superiores al reemplazo, aunque en algunos casos cercanos a éste (véanse el gráfico 1 y el cuadro 1).

## **II. EL APORTE DE LOS GRUPOS REZAGADOS A LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA**

Esta sección se refiere al análisis de los cambios en la mortalidad infantil y la fecundidad que son atribuibles, por una parte, a la evolución del perfil educativo de la población (que sería el indicador de los cambios

implícitos en los fenómenos de movilidad social), y, por otra, a las tendencias de las tasas (TGF y TMI) en cada categoría educacional (que serían el indicador de los cambios ocurridos dentro de los grupos sociales). Para ello se ha recurrido al procedimiento de tipificación (estandarización) utilizado en un trabajo de Weinberger, Lloyd y Blanc (1989), en que se demostraba la existencia de importantes contribuciones de ambos factores.<sup>4</sup> En ese texto, los autores examinaron lo que ocurría con la fecundidad en cuatro países latinoamericanos entre los años setenta y ochenta. En el presente trabajo se ha aplicado el procedimiento a un número mayor de países, incluyendo también un período más reciente para la fecundidad (entre los años ochenta y noventa) 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, en presencia de imprecisiones menores de las estimaciones, puede conducir a conclusiones erróneas.

En el cuadro 3 se presentan los porcentajes de cambio de la mortalidad infantil y de la fecundidad que son atribuibles, primero, al perfil educativo (llamado aquí efecto "distribución"), y, segundo, al cambio demográfico que tiene lugar dentro de los grupos (llamado aquí efecto "tasas"). Se corroboran en él los hallazgos de Weinberger, Lloyd y Blanc (1989), en el sentido de que ambos factores han desempeñado un rol muy importante en el cambio de la fecundidad de los países, y en el sentido de que el aporte debido a las "tasas" es superior al de la "distribución". Teniendo a la vista los datos recientes, podría agregarse que el efecto de las "tasas" se incrementó en la última década, lo cual se debió a cambios más generalizados de la fecundidad dentro de los distintos grupos sociales y, también, a atenuación de los cambios en la estructura por nivel educacional. Se observa algo similar cuando se examinan las diferencias entre los países 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 al 80% en ambos períodos, mientras que en Colombia es inferior al 70%.

---

<sup>4</sup> 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 aplican las tasas del momento "1" al perfil educativo del momento "0". La contribución de las "tasas" dentro de las categorías se obtiene al 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 factores, surge de la diferencia entre 100 y la suma de los efectos anteriormente calculados.

Cuadro 3  
**PAÍSES SELECCIONADOS: APORTE DE LAS TASAS, DE LA DISTRIBUCIÓN  
 DE LA POBLACION FEMENINA POR NIVEL EDUCACIONAL Y  
 DE LOS CAMBIOS DENTRO DE CADA GRUPO AL CAMBIO  
 DE LA FECUNDIDAD Y DE LA MORTALIDAD INFANTIL**

Países	Fecundidad				Mortalidad infantil			
	Período I <sup>a</sup>		Período II <sup>b</sup>		Período I <sup>a</sup>		Período II <sup>b</sup>	
	Aporte absoluto	Aporte (%)	Aporte absoluto	Aporte (%)	Aporte absoluto	Aporte (%)	Aporte absoluto	Aporte (%)
<b>BOLIVIA</b>								
Efecto "tasas"	-0.9	60	0.1	-100	-38	74	-17	77
Efecto "distribución"	-0.8	53	-0.2	200	-23	45	-4	19
<b>Grupos:</b>								
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
<b>HONDURAS</b>								
Efecto "tasas"	0.3	-60	-0.9	82	-23	61	-18	82
Efecto "distribución"	-0.7	100	-0.3	27	-17	45	-6	27
<b>Grupos:</b>								
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
<b>ECUADOR</b>								
Efecto "tasas"	-1.6	70	-0.4	57	-26	68	-18	89
Efecto "distribución"	-0.9	39	-0.2	29	-17	44	-3	15
<b>Grupos:</b>								
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



Cuadro 3 (conclusión)

Países	Fecundidad				Mortalidad infantil			
	Período I <sup>a</sup>		Período II <sup>b</sup>		Período I <sup>a</sup>		Período II <sup>b</sup>	
	Aporte absoluto	Aporte (%)	Aporte absoluto	Aporte (%)	Aporte absoluto	Aporte (%)	Aporte absoluto	Aporte (%)
<b>MÉXICO</b>								
Efecto "tasas"	-0.7	44	-1.1	92	-20	69	-4	57
Efecto "distribución"	-1.0	63	-0.3	25	-9	31	-3	43
<b>Grupos:</b>								
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
<b>COLOMBIA</b>								
Efecto "tasas"	-0.7	50	-0.4	67	-29	-5	85	71
Efecto "distribución"	-0.5	40	-0.1	33	-12	-2	35	29
<b>Grupos:</b>								
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
<b>CHILE</b>								
Efecto "tasas"	-0.8	80	-0.5	100	-49	93	-4	61
Efecto "distribución"	-0.3	30	-0.3	51	-7	14	-3	52
<b>Grupos:</b>								
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: Estimaciones de los autores sobre la base de diversas encuestas. Para Bolivia: Censo Nacional de Población, 1976; Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), 1989 y 1994. Para Honduras: Encuesta Demográfica Nacional de Honduras (EDENH-II), 1983; Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF), 1991-1992. Para Ecuador: Encuesta Nacional de Fecundidad (ENF), 1979; Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDESA), 1987; Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), 1994. Para México: Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF), 1976-1977; Encuesta Nacional Demográfica (END), 1982; Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENDD), 1992. Para Colombia: Encuesta Nacional de Fecundidad (ENFC), 1976; Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud (EPDS), 1986; Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 1995. Para Chile: Censo Nacional de Población y Vivienda, 1970, 1982 y 1992; Estadísticas vitales, 1970-1992.

<sup>a</sup> Período I: corresponde, en cada país, al comprendido entre la fecha de la primera fuente y la de la segunda.

<sup>b</sup> Período II: corresponde, en cada país, al comprendido entre la fecha de la segunda fuente y la de la tercera.

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 destinadas a reducir la mortalidad infantil cubren en forma más uniforme a toda la población, merced a las medidas masivas de salud pública, mientras que, en contraste, los programas tendientes a controlar los nacimientos han encontrado resistencias en varios sectores; las decisiones al respecto son de tipo individual y las dificultades de acceso a los métodos anticonceptivos son mayores.

La contribución de cada grupo al cambio de la mortalidad infantil y la fecundidad se presenta en el mismo cuadro 3. El porcentaje de aporte se calculó tomando el cambio ocurrido dentro de 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", correspondientes a países del grupo III y, en parte, del grupo IV. Si bien en algunos casos las mayores bajas en números absolutos se observan dentro del grupo de "analfabetas", su aporte al descenso es menor, a causa de la pérdida de importancia relativa de este grupo por efecto de la universalización de la enseñanza básica (véase el cuadro 1).

Como se advierte en el cuadro 3, 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 setenta y ochenta (períodos I y II), 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 que se pueden presentar, como se dijo antes, 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 de ambas variables se parece más a la del grupo III, 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 el hecho de 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 una parte, a que esos sectores tuvieron los cambios demográficos importantes, incluso en los países rezagados en la transición, antes de 1970. Lo que parece claro es que los descensos actuales de la mortalidad en la niñez y de la fecundidad se deben fundamentalmente al aporte de las mujeres de más baja instrucción, principalmente de las que han cursado sólo estudios básicos.

### **III. LOS DETERMINANTES PRÓXIMOS DE LA FECUNDIDAD**

En secciones anteriores se vio que en los últimos años los sectores más rezagados en la transición demográfica, que son los menos aventajados en la estratificación socioeconómica, ya han iniciado este proceso incluso en los países de los grupos I y II. Hay que señalar que, de todos modos, aún mantienen una fecundidad y una mortalidad relativamente elevadas. Es probable, además, que las motivaciones y los mecanismos que originaron el descenso de estas variables en esos grupos 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 la madre y del niño, que se manifiestan en la prevalencia de diferentes causas de muerte. En el caso de la fecundidad, la influencia de los cambios sociales está mediatizada a su vez por un conjunto de determinantes próximos que tienen que ver con los factores que afectan la exposición a las relaciones sexuales, a la gestación y al éxito en el parto (Davis y Blake, 1956; Bongaarts, 1978 y 1982). Dado que los determinantes de la mortalidad en América Latina han sido más extensamente estudiados (Guzmán y Orellana, 1987; Naciones Unidas, 1991; Behm, 1992), se hará referencia aquí al comportamiento de algunos determinantes próximos de la fecundidad que pueden haber tenido mayor impacto en el descenso de ésta dentro de los grupos más rezagados.

En los países europeos, en los inicios de la transición de la fecundidad, la adopción de ciertos patrones de nupcialidad (matrimonios menos frecuentes y más tardíos), así como, posteriormente, el aumento de la prevalencia de anticonceptivos modernos, desempeñaron un papel importante (Zavala de Cosío, 1992).

En América Latina, sin embargo, las mujeres de los estratos más bajos parecen no haber adoptado esas pautas en lo que se refiere a la nupcialidad, y sólo parcialmente en lo relativo a la anticoncepción. Esto, sin embargo, no puede atribuirse al deseo de tener una familia numerosa, pues en sus declaraciones sobre el número ideal de hijos se han acercado más al reducido tamaño ideal de familia de las mujeres más educadas. En efecto, en los últimos años, y considerando los países que se encuentran en diferentes etapas de la transición demográfica (véase el cuadro 4), el número ideal de hijos declarado por las mujeres de los grupos más rezagados es relativamente bajo (por ejemplo, en promedio, de 2.7 en Bolivia, de 3.3 en Colombia y de 3 en Perú).<sup>5</sup> Esto no muestra gran diferencia con el número declarado por las más educadas (que es de 2.4 en los tres casos mencionados), excepto quizás en Ecuador, donde la diferencia es mayor (3.6 para las mujeres sin instrucción frente a 2.4 entre las más instruidas). Se pone de manifiesto, por lo tanto, que las diferencias 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. En este sentido más bien parece haberse dado una evolución general entre los años setenta y los noventa que afectó a las mujeres de todos los grupos sociales, incluso a las de los estratos más bajos, aunque las motivaciones de cada grupo puedan ser diferentes.

Según diversos estudios sobre los determinantes próximos de la fecundidad, tales como nupcialidad, infertilidad postparto y anticoncepción, esta última es la variable que más ha gravitado en el descenso de la fecundidad en la región, sin tomar en cuenta el aborto (Weinberger, Lloyd y Blanc, 1989; Moreno y Singh, 1992; Rosero-Bixby, 1992). Según las últimas encuestas de demografía y salud (EDS) llevadas a cabo en la región, esto también parece ser así en el caso de los grupos más rezagados. El aborto habitualmente se encuentra excluido de los estudios

---

<sup>5</sup> En el cuadro 4 no se incluyeron países del grupo IV de la transición porque no se dispone de datos sobre los determinantes próximos.

Cuadro 4  
**PAÍSES SELECCIONADOS: CONOCIMIENTO Y USO DE  
 ANTICONCEPTIVOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN  
 DE LAS MUJERES EN DISTINTAS ETAPAS DE  
 LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA**

Grupos y fuentes	Nivel de instrucción				
	TGF	PIH	Con	Prev	Mod
<b>GRUPO I</b>	Total				
<b>Bolivia</b>					
ENDSA 1989	4.9	2.6	-	30.3	12.2
ENDSA 1994	4.8	2.5	76.7	45.3	17.8
<b>GRUPO II</b>	Total				
<b>El Salvador</b>					
FESAL 1985	4.4	3.6	93.1	n.d	44.5
FESAL 1993	3.8	n.d	-	53.3	48.0
<b>GRUPO III</b>	Total				
<b>Colombia</b>					
ENFC 1976	4.7	4.1	-	-	-
EPDS 1986	3.3	2.7	99.4	64.8	53.4
EPDS 1990	2.9	2.6	99.7	66.1	54.6
ENDS 1995	3.0	2.5	-	72.2	59.3
<b>Ecuador</b>					
ENDESA 1987	4.3	3.1	90.0	44.2	-
ENDEMAIN 1994	3.6	2.7	91.8	56.8	44.4
<b>Perú</b>					
ENAF 1977	5.6	4.4	-	41.3	-
ENDES 1986	4.5	2.7	-	45.8	23.0
ENDES 1991-1992	3.5	2.5	94.5	59.0	32.8
<b>República Dominicana</b>					
EDS 1986	3.7	3.4	99.3	49.8	46.7
EDS 1991	3.3	3.1	99.7	56.4	51.7

Cuadro 4 (continuación)

Grupos y fuentes	Nivel de instrucción									
	TGF	PIH	Con	Prev	Mod	TGF	PIH	Con	Prev	Mod
<b>GRUPO I</b>	Sin Instrucción					Primaria				
<b>Bolivia</b>										
ENDSA 1989	6.1	2.8	-	11.5	2.4	5.9	2.6	-	24.8	8.3
ENDSA 1994	6.5	2.7	44.7	22.7	3.0	6.0	2.5	71.9	39.2	11.4
<b>GRUPO II</b>	Sin instrucción					Primaria				
<b>El Salvador</b>										
FESAL 1985	6.0	4.7	85.6	39.0	35.7	4.4	3.7	94.7	50.0	46.4
FESAL 1993	5.4	n.d	-	43.4	41.8	4.3	-	-	51.0	46.6
<b>GRUPO III</b>	Sin instrucción					Primaria				
<b>Colombia</b>										
ENFC 1976	7.1	4.9	-	-	-	5.2	4.1	-	-	-
ENFC 1986	5.4	3.4	-	50.7	42.8	4.2	2.9	-	62.0	50.2
EPDS 1990	4.9	3.1	-	52.6	44.0	3.6	2.8	-	63.3	51.8
EPDS 1995	5.0	3.3	-	58.0	45.4	3.8	2.8	-	70.4	56.6
<b>Ecuador</b>										
<b>ENDESA</b>										
1987	6.4	3.6	66.1	18.5	-	5.2	3.4	89.3	41.0	-
<b>ENDEMAIN</b>										
1994	6.2	3.6	59.7	26.0	20.3	4.4	2.9	88.5	51.2	40.3
<b>Perú</b>										
<b>ENAF</b>										
1977	7.3	4.0	-	20.6	-	6.8	4.0	-	48.8	-
<b>ENDES</b>										
1986	7.0	3.2	58.1	19.1	-	6.1	2.9	85.5	39.3	-
<b>ENDES</b>										
1991-1992	7.1	3.0	72.9	34.9	11.2	5.1	2.6	92.5	51.3	24.0
<b>República Dominicana</b>										
<b>EDS</b>										
1986	5.3	3.6	93.7	35.7	-	4.3	3.5	99.6	49.0	-
1991	5.2	3.5	99.5	41.5	37.8	3.8	3.3	99.8	55.5	52.6

Cuadro 4 (conclusión)

Grupos y fuentes	Nivel de instrucción									
	TGF	PIH	Con	Prev	Mod	TGF	PIH	Con	Prev	Mod
<b>GRUPO I</b>	Intermedio					Secundaria y más				
<b>Bolivia</b>										
ENDSA 1989	4.5	2.5	-	38.4	16.8	2.9	2.6	-	52.8	25.7
ENDSA 1994	4.9	2.5	82.9	46.7	17.1	2.7	2.4	98.4	66.2	35.9
<b>GRUPO II</b>	7 a 9 años					10 y más				
<b>El Salvador</b>										
FESAL 1985	3.5	2.7	97.3	52.0	45.4	2.3	2.6	99.7	65.0	56.2
FESAL 1993	3.1	n.d.	-	59.5	51.9	2.3	-	-	67.5	54.3
<b>GRUPO III</b>	Secundaria					Superior				
<b>Colombia</b>										
ENFC 1976	2.7	3.4	-	-	-	2.5	3.1	-	62.9	-
EPDS 19860	2.5	2.4	-	71.8	60.6	1.5	2.3	-	81.4	66.5
EPDS 1990	2.4	2.4	-	69.4	57.8	1.6	2.4	-	76.8	64.2
ENDS 1995	2.6	2.3	-	74.7	62.7	1.8	2.4	-	77.1	64.5
<b>Ecuador</b>										
<b>ENDESA</b>										
1987	3.1	2.6	97.6	54.8	-	2.3	2.7	99.6	63.6	-
<b>ENDEMAIN</b>										
1994	2.8	2.4	97.9	65.8	52.7	2.1	2.4	99.3	74.3	54.8
<b>Perú</b>										
<b>ENAF</b>										
1977	5.1	3.3	-	68.3	-	3.3	-	-	-	-
<b>ENDES</b>										
1986	4.7	2.4	98.6	61.9	-	2.9	2.5	100.0	69.1	-
<b>ENDES</b>										
1991-1992	3.1	2.3	99.3	65.6	39.6	1.9	2.4	100.0	73.2	47.9
<b>República Dominicana</b>										
<b>EDS</b>										
1986	2.9	3.1	99.9	55.2	-	2.1	3.2	100.0	56.7	-
1991	2.8	2.8	100.0	59.2	5.17	2.6	3.0	100.0	66.3	58.3

**Fuente:** Para Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), 1989 y 1994. Para El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL), 1985 y 1993. Para Colombia: Encuesta Nacional de Fecundidad (ENFC), 1976; Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud (EPDS), 1986 y 1990; Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 1995. Para Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDESA), 1987; Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), 1994. Para Perú: Encuesta Nacional de Fecundidad (ENAF), 1977; Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES), 1986 y 1991-1992. Para República Dominicana: Encuesta Demográfica y de Salud (EDS), 1986 y 1991.

**Nota:** TGF, tasa global de fecundidad; PIH, promedio ideal de hijos; Edad, edad a la primera unión; Con, conoce un método moderno; Prev, prevalencia de anticonceptivos; Mod, prevalencia de anticonceptivos modernos.

sobre los determinantes próximos de la fecundidad por falta de información que permita cuantificar su contribución al descenso de ésta, aunque hay indicios de que puede estar desempeñando un papel importante en ese descenso.

A continuación se pasará revista a cuatro determinantes próximos de la fecundidad, a saber, anticoncepción, nupcialidad, lactancia y aborto.

## 1. Anticoncepción

Se ha detectado una elevada motivación para reducir el número de hijos tenidos, y para que ello pueda hacerse efectivo mediante la utilización de métodos anticonceptivos, deben intervenir otros factores, tales como el conocimiento de los métodos y de las fuentes donde obtenerlos, así como el acceso de la población a los servicios —públicos o privados— que orienten los cambios deseados en el comportamiento reproductivo.

Debido a la urbanización, la expansión de la educación, el mejoramiento de la situación de la mujer y los esfuerzos de los programas de planificación familiar, entre otros factores, la información sobre anticonceptivos y acerca del modo de obtenerlos se ha difundido en los países de la región y en los distintos grupos sociales. La información que proporcionan las EDS muestra que casi la totalidad de las mujeres en edad fértil conoce la existencia de al menos un método anticonceptivo, y que un porcentaje muy elevado conoce también al menos un método moderno (véase el cuadro 4). Aun cuando el conocimiento<sup>6</sup> no es indicativo del uso y, probablemente, ni siquiera de la intención de usarlos, parece interesante destacar que aunque en muchos casos éste pueda ser sólo superficial, no está igualmente distribuido entre los grupos sociales. En Bolivia, por ejemplo, mientras 77% de las mujeres declaran conocer métodos modernos, esto sólo es válido para el 45% de las mujeres sin instrucción, frente al 98% en el caso de las más instruidas. En Ecuador y Perú las diferencias van de 60% y 73% entre las mujeres sin educación a 100% entre las más educadas de ambos países.

Las diferencias son aún mayores cuando se pregunta si se conoce una fuente para la obtención de un método moderno. En Perú, mientras 73% de las mujeres sin instrucción declaraban conocer un método moderno, sólo 56% decían saber dónde obtenerlo, mientras que el 100% de las mujeres con mayor educación declaraban conocer ambos aspectos.

---

<sup>6</sup> Hay que indicar también que esta información es poco precisa, pues se desconoce el grado de conocimiento que pueda tener cada mujer sobre los métodos anticonceptivos.



Por otra parte, como se muestra en el cuadro 4, el uso de los métodos anticonceptivos se encuentra bastante menos difundido que el conocimiento que la población tiene de ellos. La adopción de un método de planificación familiar implica no sólo el conocimiento de éstos y del modo de obtenerlos, sino también un cambio de actitud y muchas veces, una tensión con el medio familiar o comunitario, donde pueden prevalecer valores y creencias fuertemente asociados con una fecundidad elevada. A estas restricciones generalmente se suman, fuera de las grandes ciudades, la falta de programas de planificación familiar, la escasez en la oferta de métodos anticonceptivos e, incluso, limitaciones económicas que dificultan el acceso de las usuarias a éstos.

En términos generales, sin embargo, el uso de anticonceptivos ha aumentado en todos los grupos sociales, incluso en los más rezagados. Entre los casos observados (véase el cuadro 4) se puede, sin embargo, diferenciar dos grupos de países, independientemente de la etapa de la transición demográfica que caracterice a cada país en su conjunto.

Por una parte están Bolivia, Ecuador y Perú, países en los cuales los grupos de mujeres sin instrucción muestran en los últimos años una fecundidad superior a seis hijos por mujer, que todavía podría calificarse de pretransicional (aun cuando haya descendido de niveles aún más elevados en el pasado). Por otra parte se encuentran Colombia, El Salvador y República Dominicana, donde la fecundidad de las mujeres sin instrucción ya ha descendido a alrededor de cinco hijos, lo que podría estar indicando una mayor aceleración del descenso de la fecundidad en un futuro cercano.

Existe una estrecha relación entre el nivel de la tasa global de fecundidad y el uso de anticonceptivos en países de diversas regiones del mundo. Por consiguiente, es evidente que los países se diferencian también por el nivel de uso de anticonceptivos entre las mujeres sin instrucción. En Bolivia, Ecuador y Perú el porcentaje de uso referido a todos los métodos va de 22% a 35%, pero, cuando se consideran sólo los métodos modernos, disminuye a valores de entre 3% y 20%. En contraste, en Colombia, El Salvador y República Dominicana, que tienen menor fecundidad, el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres sin instrucción es bastante más elevado: el uso total oscila entre 42% y 58%, mientras que el de los métodos modernos va de 38% a 45%.

Como consecuencia de lo anterior, en el primer grupo de países hay gran diferencia en el comportamiento anticonceptivo entre grupos extremos de educación, mientras que en los tres países restantes la diferencia es menor, ya que las mujeres menos instruidas se han incorporado con mayor intensidad a las prácticas anticonceptivas.

En relación con los métodos (véase el cuadro 5), las mujeres sin instrucción de Bolivia y Perú tienen una mayor prevalencia de métodos tradicionales (ritmo y retiro) y tienen también una muy baja prevalencia de métodos modernos. Éste es también el caso en Bolivia de las mujeres con educación primaria. Los países en los que ha habido un mayor avance en el descenso de la fecundidad, en cambio, muestran una prevalencia baja de métodos tradicionales y un porcentaje notablemente elevado de esterilización femenina, lo que ubica a este método muy por encima de las otras opciones. En República Dominicana es prácticamente el único método moderno puesto en práctica por las mujeres sin instrucción. Ecuador, por su parte, parece encontrarse en una situación intermedia.

Cuando se comparan grupos extremos de educación, se aprecia que lo que distingue a ambos grupos de países es que en el primero hay una mayor diferencia entre las mujeres más y menos educadas en la prevalencia de anticonceptivos modernos (por ejemplo, 3% frente a 36% en Bolivia; 22% frente a 57% en Ecuador) y, de acuerdo con la información publicada por las EDS, hay también bajos niveles de esterilización femenina, con mayor prevalencia entre las mujeres con mayor educación (por ejemplo, 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 (por ejemplo 42% frente a 54% en El Salvador; 45% frente a 65% en Colombia), observándose un nivel elevado de esterilización femenina en todos los grupos (por ejemplo, 32% y 24% en El Salvador; 29% y 25% en Colombia), con mayor prevalencia entre las mujeres con menor educación.

En suma, el descenso de la fecundidad entre las mujeres sin instrucción en los países examinados no sólo está asociado al aumento del uso de métodos modernos de anticoncepción, sino que, de acuerdo con la experiencia de Colombia, El Salvador y República Dominicana, está también muy estrechamente ligado al empleo de la esterilización femenina. Cabe hacer notar que la difusión de los anticonceptivos modernos se encuentra asociada a la importancia de los programas de planificación familiar que existen en los países. Como señalan Weinberger, Lloyd y Blanc (1989): "Los mayores aumentos en la prevalencia anticonceptiva ocurrieron en aquellos países con programas de planificación familiar más activos: Ecuador y Perú tenían programas relativamente débiles a comienzos de los años ochenta, en contraste con la República Dominicana, que tenía un programa moderadamente fuerte, y Colombia, con un programa muy fuerte".

Cuadro 5  
**PAÍSES SELECCIONADOS: USO ACTUAL DE  
 ANTICONCEPTIVOS EN DISTINTAS ETAPAS  
 DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA**

	Tasa global de fecun- didad	Usan cual- quier método	Usan métodos modernos		
			Total métodos modernos	Píldora	DIU
<b>GRUPO I</b>					
<b>Bolivia 1994</b>	4.8	45.3	17.8	2.8	8.1
Sin instrucción	6.5	22.7	3.0	0.0	0.9
Primaria	6	39.2	11.4	2.2	3.7
Intermedio	4.9	46.7	17.1	3.8	7.4
Medio y más	2.7	66.2	35.9	4.7	18.9
<b>GRUPO II</b>					
<b>El Salvador 1993</b>	3.8	53.3	48.0	8.7	2.1
Sin instrucción	5.4	43.4	41.8	6.2	1.0
Primaria	4.3	50.9	47.2	8.0	1.3
7-9	3.1	59.6	51.9	11.2	3.2
10 y más	2.3	67.6	54.3	11.7	4.5
<b>GRUPO III</b>					
<b>Colombia 1995</b>	3.0	72.2	59.3	12.9	11.1
Sin educación	5.0	58.0	45.4	10.1	3.7
Primaria	3.8	70.4	56.6	13.6	8.4
Secundaria	2.6	74.7	62.7	13.9	13.5
Superior	1.8	77.1	64.5	7.3	16.5
<b>Ecuador 1994</b>	3.6	56.9	46.0	10.2	11.8
Sin instrucción	6.2	26.1	21.8	4.4	3.2
Primaria	4.4	50.9	41.5	9.8	9.0
Secundaria	2.8	66.4	54.0	12.2	16.0
Superior	2.1	74.4	56.9	9.4	16.0
<b>Perú 1991-1992</b>	3.5	59.0	32.8	5.7	13.4
Sin instrucción	7.1	34.9	11.2	1.3	3.9
Primaria	5.1	51.3	24.0	4.5	7.6
Secundaria	3.1	65.6	39.6	7.7	16.8
Superior	1.9	73.2	47.9	6.3	22.7
<b>República Dominicana 1991</b>	3.3	56.4	51.7	9.8	1.8
Sin instrucción	5.2	41.5	37.8	1.5	0.4
Primaria	3.8	55.3	52.4	7.6	0.6
Secundaria	2.8	59.2	51.7	16.4	2.1
Superior	2.6	66.3	58.3	12.1	8.0

Cuadro 5 (continuación)

	Usan métodos modernos				
	Inyec- ción	Vagi- nales	Condón	Esterili- zación feme- nina	Esterili- zación mascu- lina
<b>GRUPO I</b>					
<b>Bolivia 1994</b>	0.8	0.1	1.3	4.6	-
Sin instrucción	0.1	0.0	0.0	1.9	-
Primaria	0.7	0.1	0.6	4.1	-
Intermedio	1.0	0.0	1.3	3.6	-
Medio y más	1.2	0.3	3.1	7.4	-
<b>GRUPO II</b>					
<b>El Salvador 1993</b>	3.6	-	2.1	31.5	-
Sin instrucción	1.6	-	0.6	32.4	-
Primaria	2.3	-	1.3	34.3	-
7-9	4.7	-	2.8	30.0	-
10 y más	8.8	-	5.6	23.7	-
<b>GRUPO III</b>					
<b>Colombia 1995</b>	3.2	1.4	4.3	25.7	0.7
Sin educación	0.5	0.9	1.2	28.6	0.4
Primaria	1.9	1.2	2.1	29.0	0.4
Secundaria	4.6	1.9	5.7	22.1	0.9
Superior	3.9	0.7	10.2	25.2	0.8
<b>Ecuador 1994</b>					
Sin instrucción	1.6		2.6	19.8	-
Primaria	1.5		0.4	12.3	-
Secundaria	1.4		1.5	19.8	-
Superior	1.9		3.6	20.3	-
	2.1		6.4	23.0	-
<b>Perú 1991-1992</b>					
Sin instrucción	1.9	1.0	2.8	7.9	0.1
Primaria	1.2	0.1	0.8	3.9	0.0
Secuncaria	1.4	0.7	1.9	7.8	0.1
Superior	2.7	1.4	3.0	7.8	0.2
	1.8	1.3	5.6	10.1	0.1
<b>República Dominicana 1991</b>					
Sin instrucción	0.5		1.2	38.5	-
Primaria	0.7		0.0	35.2	-
Secundaria	0.2		0.2	43.9	-
Superior	0.7		2.9	29.5	-
	1.2		3.2	33.9	-

Cuadro 5 (conclusión)

	Usan métodos tradicionales				No usan métodos	Total
	Total método tradicional	Ritmo	Retiro	Otros		
<b>GRUPO I</b>						
<b>Bolivia 1994</b>	27.5	22.0	1.7	3.9	54.7	100.0
Sin instrucción	19.7	12.8	1.1	5.9	77.3	100.0
Primaria	27.8	21.1	1.9	4.8	60.8	100.0
Intermedio	29.7	24.4	2.1	3.1	53.3	100.0
Medio y más	30.4	27.3	1.4	1.7	33.8	100.0
<b>GRUPO II</b>						
<b>El Salvador 1993</b>	5.4	3.0	2.0	0.4	46.7	100.0
Sin instrucción	1.6	1.1	0.5	0.0	56.6	100.0
Primaria	3.7	1.9	1.6	0.2	49.1	100.0
7-9	7.7	2.8	4.0	0.9	40.4	100.0
10 y más	13.3	8.5	3.3	1.5	32.4	100.0
<b>GRUPO III</b>						
<b>Colombia 1995</b>	12.9	5.2	5.8	1.8	27.8	100.0
Sin educación	12.6	3.3	5.8	3.4	42.0	100.0
Primaria	13.8	3.7	7.9	2.2	29.6	100.0
Secundaria	12.1	6.0	4.5	1.6	25.3	100.0
Superior	12.6	9.6	2.5	0.4	22.9	100.0
<b>Ecuador 1994</b>	10.9	7.4	3.5	-	43.1	100.0
Sin instrucción	4.3	1.5	2.8	-	73.9	100.0
Primaria	9.4	5.6	3.8	-	49.1	100.0
Secundaria	12.4	8.9	3.5	-	33.6	100.0
Superior	17.5	15.0	2.5	-	25.6	100.0
<b>Perú 1991-1992</b>	26.2	20.7	3.9	1.6	41.0	100.0
Sin instrucción	23.7	17.5	3.7	2.5	65.1	100.0
Primaria	27.3	20.5	4.6	2.1	48.7	100.0
Secundaria	26.0	20.8	3.8	1.4	34.4	100.0
Superior	25.4	22.3	2.5	0.6	26.8	100.0
<b>República Dominicana 1991</b>						
<b>Dominicana 1991</b>	4.7	2.0	2.2	0.5	43.6	100.0
Sin instrucción	3.7	0.9	2.4	0.5	58.5	100.0
Primaria	2.9	0.9	1.6	0.4	44.7	100.0
Secundaria	7.5	2.6	4.3	0.6	40.8	100.0
Superior	8.0	7.3	0.2	0.5	33.7	100.0

Fuente: Para Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), 1994. Para El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar, 1993. Para Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 1995. Para Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), 1994. Para Perú: Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES), 1991-1992. Para República Dominicana: Encuesta Demográfica y de Salud (EDS), 1991.

## 2. Nupcialidad

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

Es sabido que en los inicios de la transición de la fecundidad en los países de Europa occidental, tanto la postergación de los matrimonios como el incremento del celibato tuvieron un impacto decisivo (Zavala de Cosío, 1992). Asimismo, los indicadores de nupcialidad de las mujeres de los sectores sociales medios y altos en América Latina muestran comportamientos que, si bien pueden no ser tan extremos como aquéllos, van en la misma dirección. La edad en la primera unión de las mujeres con educación media o superior oscila, en general, alrededor de los 24 años, y, dentro de este grupo, el porcentaje de solteras al final del período fértil es superior al que se encuentra en los grupos restantes.

Sin embargo, entre las mujeres con menor instrucción lo principal en el descenso de la fecundidad ha sido la anticoncepción, y los cambios en los patrones de nupcialidad han desempeñado en ello un papel menor.

Los indicadores de nupcialidad derivados de las EDS muestran que las mujeres sin instrucción tienen una mayor exposición a la concepción que las más educadas, a causa del menor porcentaje de solteras, la mayor duración de las uniones en períodos similares, y la edad más temprana en la primera unión.

En efecto, la primera unión tiene lugar entre las mujeres menos educadas a una edad más baja que entre las más educadas, pero no se observan a este respecto, como en el caso anterior, diferencias entre los países con diferente nivel de fecundidad. En el cuadro 6 se puede ver que, incluso, contrariamente a lo esperado, Bolivia es el país en que la primera unión ocurre a edad más alta (20 años), seguido de Ecuador y Perú, con cerca de 19 años. Finalmente, en los países donde las mujeres más rezagadas han bajado más la fecundidad y donde podría esperarse una postergación del matrimonio, como en Colombia, El Salvador y República Dominicana, se observa, por el contrario, una edad aún más baja, que en este último país apenas llega a los 17 años, posiblemente por la elevada prevalencia de las uniones consensuales (Weinberger, Lloyd y Blanc, 1989).

Cuadro 6  
**PAÍSES SELECCIONADOS: EDAD A LA PRIMERA UNIÓN Y MESES  
 DE LACTANCIA SEGUN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE  
 LAS MUJERES EN DISTINTAS ETAPAS DE LA  
 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA**

Grupos y fuentes	Nivel de instrucción		
	Total		
	TGF <sup>a</sup>	Edad primera unión	Lactancia
<b>GRUPO I</b>			
<b>Bolivia</b>			
ENDSA 1989	4.9	20.3	16.2
ENDSA 1994	4.8	20.6	17.5
<b>GRUPO II</b>			
<b>El Salvador</b>			
Encuesta 1985	4.4	17.9	14.0
Encuesta 1983	3.8	19.4	-
<b>GRUPO III</b>			
<b>Colombia</b>			
EPDS 1986	3.3	20.8	11.1
ENDS 1990	2.9	21.0	8.5
ENDS 1995	3.0	21.4	11.3
<b>Ecuador</b>			
ENDESA 1987	4.3	20.1	14.5
ENDEMAIN 1994	3.6	20.7	15.7
<b>Perú</b>			
ENDES 1986	4.5	19.4	16.3
ENDES 1991-1992	3.5	21.1	17.3
<b>República Dominicana</b>			
EDS 1986	3.7	18.5	9.4
EDS 1991	3.3	19.0	5.0

Cuadro 6 (continuación)

Grupos y fuentes	Nivel de instrucción					
	Sin instrucción			Primaria		
	TGF <sup>a</sup>	Edad primera unión	Lactancia	TGF <sup>a</sup>	Edad primera unión	Lactancia
<b>GRUPO I</b>						
<b>Bolivia</b>						
ENDSA 1989	6.1	20.0	17.8	5.9	19.7	17.3
ENDSA 1994	6.5	20.2	20.7	6.0	19.7	18.0
<b>GRUPO II</b>						
<b>El Salvador</b>						
Encuesta 1985	6.0	17.6	15.3	4.4	18.7	14.7
Encuesta 1993	5.4	17.2	-	4.3	18.4	-
<b>GRUPO III</b>						
<b>Colombia</b>						
EPDS 1986	5.4	18.1	12.4	4.2	20.1	11.9
ENDS 1990	4.9	18.7	13.7	3.6	19.7	9.4
ENDS 1995	5.0	18.5	12.2	3.8	19.7	12.6
<b>Ecuador</b>						
ENDESA 1987	6.4	18.4	18.0	5.2	19.2	15.2
ENDEMAIN 1994	6.2	18.6	19.7	4.4	19.5	16.7
<b>Perú</b>						
ENDES 1986	7.0	18.5	-	6.1	18.9	-
ENDES 1991-1992	7.1	18.8	21.9	5.1	19.0	19.3
<b>República Dominicana</b>						
EDS 1986	5.3	16.8	12.7	4.3	17.6	10.0
EDS 1991	5.2	16.6	16.6	3.8	17.7	7.1



Cuadro 6 (conclusión)

Grupos y fuentes	Nivel de instrucción					
	Secundaria <sup>b</sup>			Superior <sup>c</sup>		
	TGF <sup>a</sup>	Edad primera unión	Lactancia	TGF <sup>a</sup>	Edad primera unión	Lactancia
<b>GRUPO I</b>						
<b>Bolivia</b>						
ENDSA 1989	4.5	19.9	15.2	2.9	22.0	12.3
ENDSA 1994	4.9	19.5	15.2	2.7	22.4	15.1
<b>GRUPO II</b>						
<b>El Salvador</b>						
Encuesta 1985	3.5	20.1	11.5	2.3	22.7	11.2
Encuesta 1993	3.1	20.2	-	2.3	23.6	-
<b>GRUPO III</b>						
<b>Colombia</b>						
EPDS 1986	2.5	22.1	9.5	1.5	25.5	-
ENDS 1990	2.4	22.0	7.8	1.6	n.d.	4.9
ENDS 1995	2.6	21.9	10.6	1.8	n.d.	7.8
<b>Ecuador</b>						
ENDESA 1987	3.1	20.9	12.1	2.3	25.0	11.9
ENDEMAIN 1994	2.8	21.4	14.7	2.1	24.9	14.1
<b>Perú</b>						
ENDES 1986	4.7	21.2	-	2.9	25.3	-
ENDES 1991-1992	3.1	21.4	14.8	1.9	n.d.	10.3
<b>República Dominicana</b>						
EDS 1986	2.9	21.3	7.2	2.1	24.1	6.2
EDS 1991	2.8	20.9	5.2	2.6	24.8	2.5

**Fuente:** Para Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), 1989 y 1994. Para El Salvador: Encuesta Nacional de Salud Familiar, 1985 y 1993. Para Colombia: Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud (EPDS), 1986; Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 1990 y 1995. Para Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDESA), 1987; Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN), 1994. Para Perú: Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES), 1986 y 1991-1992. Para República Dominicana: Encuesta Demográfica y de Salud (EDS), 1986 y 1991.

<sup>a</sup> TGF = Tasa global de fecundidad.

<sup>b</sup> En Bolivia corresponde a "Intermedio" y en El Salvador a "7 a 9 años" de estudio.

<sup>c</sup> En Bolivia corresponde a "Secundaria y más" y en El Salvador a "10 y más" años de estudio.

### 3. Lactancia

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

Si bien en América Latina existe tradicionalmente el ideal de la lactancia prolongada, especialmente en los sectores sociales menos aventajados, que resalta la importancia de la leche materna para la salud y el desarrollo futuro del niño, los niveles encontrados en las últimas encuestas muestran una cierta heterogeneidad al respecto, con un promedio nacional que va de 6 meses de lactancia en República Dominicana a 17 meses en Bolivia y Perú (véase el cuadro 6).

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

Entre las mujeres sin instrucción la duración de la lactancia es la más elevada —entre 12 y 20 meses—, y no se observan cambios significativos en el tiempo dentro de cada país, por lo cual se hace evidente que al menos en los últimos años esta variable no ha incidido en los cambios en el nivel de fecundidad. A esto se puede agregar que las mismas encuestas muestran que —entre las mujeres sin instrucción— la duración de la lactancia es incluso menor en los países de más baja fecundidad, como Colombia y República Dominicana, en comparación con Bolivia, Ecuador o Perú, lo que propiciaría, al contrario de lo que

se observa, una mayor fecundidad. En estos últimos países la duración de la lactancia es mayor, lo cual, si bien teóricamente debería favorecer el descenso de la fecundidad, no logra compensar el menor uso de anticonceptivos.

#### 4. Aborto

El hecho de que en los países de América Latina —con excepción de Cuba— la práctica del aborto sea ilegal, es causa de la inexistencia de registros confiables y de estadísticas continuas que sean representativas de la población en su conjunto o de los diferentes sectores sociales. No obstante, diversos estudios dan cuenta de que los niveles de aborto pueden ser estimados con procedimientos indirectos a partir de estadísticas hospitalarias, encuestas epidemiológicas, entrevistas a profesionales especializados en el tema o por medio de una combinación de todas estas fuentes.

En un estudio reciente, Singh y Wulf (1994) elaboraron, sobre la base de información de Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y República Dominicana, estimaciones acerca de los niveles de aborto inducido, conforme a las cuales en 1990 el número de abortos por cada 1 000 nacimientos iba de 547 en Chile a 207 en México, lo que representa en el primer caso 35% de los embarazos y 17% en el segundo.

Al comparar estas estimaciones con las tasas de fecundidad del momento (CELADE, 1996), se observa que los niveles de aborto estimados corresponden a una reducción de la tasa global de fecundidad de aproximadamente 0.6 hijos en México, 0.8 en Colombia, 0.9 en Brasil, Chile y República Dominicana, y 1.1 en Perú. La cifra de México es de magnitud similar a la que presenta Welti (1993), que cita una tasa global de aborto inducido para ese país de aproximadamente 0.7 por mujer al final de su vida reproductiva, lo que representa aproximadamente 20% de la fecundidad actual. En el caso de Argentina, Llovet y Ramos (1988) estimaron una razón de 500 abortos por 1 000 nacidos vivos para el período 1987-1988, lo que implica una reducción de 1 hijo en la tasa global de fecundidad. En Cuba, único país de América Latina donde la práctica del aborto está legalizada, la tasa de abortos inducidos declinó de 2.1 abortos por mujer en 1974 a 1.4 en el bienio 1980-1981, para luego volver a subir a 1.8 en el de 1987-1988 (Paxman y otros, 1993).

Más difícil es, sin embargo, estimar los diferenciales sociales del aborto inducido a partir de los datos sobre hospitalizaciones, pues, como es evidente, son las mujeres de menores recursos las que están expuestas

en mayor medida a abortos inseguros y a las consecuentes complicaciones. En un estudio anterior de Singh y Wulf (1993) se observaba que entre las mujeres que con alta probabilidad han tenido un aborto inducido, el nivel educativo no muestra un patrón definido. En Bolivia y Perú las mujeres de mayor educación se encuentran más representadas en este grupo, mientras que en Colombia y Venezuela se observa lo contrario. En el caso de Chile, Requena (1990) señala que si bien diversos estudios de fines de los años sesenta mostraron que la mujer más expuesta al aborto era "la mujer casada, con tres o cuatro hijos, entre 25 y 35 años y de estrato socioeconómico medio y alto", los grandes cambios acontecidos desde entonces pueden haber "modificado el perfil de la mujer de mayor riesgo".

Finalmente, de los estudios señalados se desprende que los niveles de aborto son elevados (cuatro millones de abortos anuales en América Latina) y continúan desempeñando un papel significativo en el descenso de la fecundidad de la región.

## CONCLUSIONES

Así como en todos los procesos de transición conocidos, también en los grupos más rezagados de América Latina (representados por 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 de la etapa en que se encuentren en el proceso de transición demográfica y del nivel de fecundidad del que hayan partido o en 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.

Con respecto a la contribución al descenso de la TMI y la TGF por efecto de la movilidad social y los cambios verificados dentro de los sectores, los resultados indican que en los inicios de la transición (decenios de 1960 y 1970) ambos factores fueron importantes, con preponderancia siempre de los cambios internos. En los últimos años los cambios estuvieron más asociados a lo que ocurría en los grupos rezagados. Ya en la última década, los descensos de la mortalidad infantil y de la fecundidad en todos 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 distante del 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 estudiados: en los de menor fecundidad el comportamiento anticonceptivo de las mujeres de bajo nivel de instrucción es más parecido al de las más educadas que en los países de mayor fecundidad, tanto en el uso de anticonceptivos modernos, en general, como principalmente en el recurso a 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) parece estar en el origen del descenso de la fecundidad de los grupos rezagados, lo que también coincide con la expansión educativa, el deseo de tener 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, podrían conducir a mayores descensos de la fecundidad en el futuro. Sin embargo, en última instancia, un cambio realmente significativo parecería depender de la eficiencia con que las mujeres menos instruidas puedan acortar la distancia 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", Santafé de Bogotá, Asociación Colombiana para el Estudio de la Población/The Population Council.
- Behm, H. (1992), Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina (LC/DEM/R.182), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)/Organización Holandesa para la Cooperación Internacional en Educación Superior.
- Bongaarts, J. (1982), "The fertility inhibiting effects of the intermediate fertility variables", *Studies in Family Planning*, vol. 13, N° 6 y 7.

- (1978), "A framework for analyzing the proximate determinants of fertility", *Population and Development Review*, vol. 4, N° 1.
- Bongaarts, J., W.P. Mauldin y J.F. Phillips (1990), "The demographic impact of family planning programs", *Studies in Family Planning*, vol. 21, N° 6.
- CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) (1996), "América Latina: población económicamente activa, 1980-2025", *Boletín demográfico*, N° 57 (LC/DEM/G.158), Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía) (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.
- Chackiel, J. y S. Schkolnik (1992), "La transición de la fecundidad en América Latina", *Notas de Población*, N° 55 (LC/DEM/G.124), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Cleland, J. y G. Rodríguez (1988), "The effect of parental education on marital fertility in developing countries", *Population Studies*, N° 3, Londres, London School of Economics.
- Davis, K. y J. Blake (1956), "Social structure and fertility: An analytic framework", *Economic Development and Cultural Change*, vol. 4, N° 3, abril.
- Guzmán, J.M. y H. Orellana (1987), "Mortalidad infantil, neonatal y postneonatal en países de América Latina", *Notas de Población*, N° 44 (LC/DEM/G.61), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), agosto.
- Guzmán, J.M. y J. Rodríguez (1993), "La fecundidad pre-transicional en América Latina: un capítulo olvidado", *Notas de Población*, N° 57 (LC/DEM/G.133), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Llovet, J. y S. Ramos (1988), "La práctica del aborto en las mujeres de sectores populares de Buenos Aires", *Documento CEDES*, N° 4, Buenos Aires, Centro de Estudios Sociales.
- Moreno, L. y S. Singh (1992), "Descenso de la fecundidad y cambios en sus determinantes próximos en América Latina y el Caribe", *Notas de Población*, N° 55 (LC/DEM/G.124), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Naciones Unidas (1991), *Child Mortality in Developing Countries* (ST/ESA/SER.A/123), Nueva York.
- Paxman, J. y otros (1993), "The clandestine epidemic: The practice of unsafe abortion in Latin America", *Studies in Family Planning*, vol. 24, N° 4.
- Pérez Brignoli, H. (1994), "América Latina en la transición demográfica, 1800-1980", *La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, vol. 1 (primera parte), México, D.F, Asociación Brasileña de Estudios de la Población (ABEP)/Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)/Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP)/Programa Latinoamericano de Actividades en Población (PROLAP).
- Peysner, A. y J. Chackiel (1994), "La población indígena en los censos de América Latina", *Estudios sociodemográficos de pueblos indígenas* (LC/DEM/G.146), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)/Confederación Indígena del Oriente Boliviano (CIDOB)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)/Instituto de Cooperación Iberoamericana (ICI).
- Requena B., M. (comp.) (1990), "Aborto inducido en Chile", Santiago de Chile, Sociedad Chilena de Salud Pública.

- Rodríguez-García, R., L.A. Schaefer y J. Yunes (comps.) (1990), *Educación en lactancia*, Washington D. C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Rosero-Bixby, B. (1992), "Las tendencias de la nupcialidad y la transición de la fecundidad en América Latina", *Notas de Población*, N° 55 (LC/DEM/G.124), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Singh, S. y D. Wulf (1994), "Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries", *International Family Planning Perspectives*, N° 20.
- (1993), "The likelihood of induced abortion among women hospitalized for abortion complications in four Latin American countries", *International Family Planning Perspectives*, vol. 19, N° 4.
- Sociedad de las Naciones (1943), *Statistical Yearbook 1941/42*, Ginebra.
- Somoza, J. (1971), *La mortalidad en la Argentina entre 1869 y 1960*, Buenos Aires, Instituto Torcuato di Tella/Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Weinberger, M. B., C. Lloyd y A. Klimas Blanc (1989), "Women's education and fertility: A decade of change in four Latin American countries", *International Family Planning Perspectives*, vol. 15, N° 1.
- Welti, C. (1993), "El impacto demográfico del aborto", *DEMOS, Carta demográfica sobre México*, N° 6.
- Zavala de Cosío, M. E. (1992), "La transición demográfica en América Latina y en Europa", *Notas de Población*, N° 56 (LC/DEM/G.132), Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

