

NACIONES UNIDAS
COMISIÓN ECONÓMICA PARA
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Centro Latinoamericano
de Demografía

Distr.
RESTRINGIDA

LC/DEM/R.265
Serie A. N° 306
ESPAÑOL

**PATRONES REPRODUCTIVOS,
ESTRUCTURA FAMILIAR
Y TRABAJO FEMENINO
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE:
RESULTADOS DE INVESTIGACIONES**

Este documento fue preparado por el Área de Población y Desarrollo del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). Actividad enmarcada dentro del Plan de Trabajo CELADE-UNFPA 1992-1995, actividad 700.411: Tendencias de los patrones reproductivos en relación con cambios en la estructura de la familia, la participación laboral femenina y las políticas sociales.

ÍNDICE

RESUMEN	5
I. INTRODUCCIÓN	7
II. FECUNDIDAD Y PARTICIPACIÓN LABORAL FEMENINA	8
1. Análisis teóricos	8
2. El efecto de la participación económica de la mujer en la fecundidad	9
3. El efecto del número de hijos y de la edad de los mismos en la participación económica de la mujer	14
4. Referencias bibliográficas	18
III. LA FORMACIÓN DE LA FAMILIA Y SU RELACIÓN CON LA FECUNDIDAD	20
1. La edad de la mujer a la primera unión	20
2. La edad de la mujer al tener el primer hijo	21
3. Diferenciales según algunas variables contextuales o características de la mujer	22
4. Relación entre la edad de la mujer a la formación de la familia y la fecundidad	29
5. La edad ideal de la mujer a la primera unión	31
6. El tipo de unión y su relación con la fecundidad	32
7. Referencias bibliográficas	35
IV. EL ESPACIAMIENTO DE LOS HIJOS	38
1. El intervalo protogenésico real	38
2. El intervalo protogenésico ideal	41
3. Los intervalos intergenésicos	41
4. Los intervalos intergenésicos ideales	44
5. Referencias bibliográficas	46
V. TÉRMINO DE LA EXPANSIÓN DE LA FAMILIA	48
1. Edad al tener el último hijo	48
2. Diferenciales según algunas características	48
3. Referencias bibliográficas	51
VI. LAS RUPTURAS MATRIMONIALES	52
1. Cambios en las últimas décadas	52
2. Edad de la mujer a la ruptura	54
3. Diferenciales en la inestabilidad de la unión	55
4. Duración de las uniones	64
5. Referencias bibliográficas	66
VII. LAS SEGUNDAS NUPCIAS	68
1. Diferenciales según algunas variables	69
2. Fecundidad según cantidad de uniones	71
3. Referencias bibliográficas	72
VIII. PATRONES REPRODUCTIVOS	73
1. Número ideal de hijos	73
2. Diferencia entre el número ideal y el número real de hijos	82
3. Embarazo, maternidad y fecundidad de adolescentes	85
4. La anticoncepción y el aborto entre las adolescentes	99
5. La anticoncepción entre las mujeres	104
6. La esterilización	119
7. El aborto	127
8. Referencias bibliográficas	142
ANEXO	151

RESUMEN

Con base en investigaciones realizadas desde 1988 en y sobre los países de América Latina y el Caribe, se sistematizan los resultados sobre los patrones reproductivos de la mujer y su relación con la estructura familiar y su participación en el mercado laboral. Este es el primer estudio de sistematización que se conoce sobre el tema. Se revisan análisis teóricos y empíricos sobre la relación entre la fecundidad y la participación económica de la mujer. Se controla la relación según área urbana y rural, algunas características de la mujer (edad, estado civil, tipo y tiempo de unión, estrato socioeconómico y nivel educacional) y tipo de inserción laboral. También se analiza la edad al inicio de la unión y al tener el primer hijo, el tipo de unión y su relación con la fecundidad. Se aborda el espaciamiento de los hijos, tomando en cuenta tanto el intervalo protogenésico como intergenésico, real e ideal, y la edad de la mujer al tener su último hijo. Contiene un análisis de las rupturas matrimoniales y de uniones consensuales y las variables demográficas mayormente asociadas a ellas. Se sistematiza la investigación realizada sobre la duración de las uniones y la presencia de segundas nupcias, relacionándola con la fecundidad. Por último, se reporta la investigación realizada sobre los patrones reproductivos de la mujer, analizando el número ideal de hijos y su diferencia con el número real, el embarazo y maternidad adolescente, la anticoncepción y el aborto, referidos tanto a las mujeres en general como específicamente a las adolescentes, y la práctica de la esterilización. Todos estos factores se presentan diferenciados por área urbana y rural, edad de la mujer, estrato socioeconómico, grupo étnico, nivel de instrucción, actividad económica, tipo de unión y edad a la misma y se muestran los cambios producidos en las últimas décadas.

I. INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como propósito sistematizar los resultados de investigaciones realizadas desde 1988 en los países de América Latina y el Caribe sobre los patrones reproductivos de la mujer y su relación con la estructura familiar y su participación en el mercado laboral.

Para ello, se revisaron las bases de datos del Sistema DOCPAL del CELADE, de la CEPAL y de bibliografías editadas por organismos internacionales y nacionales. Asimismo, se tomó contacto con instituciones nacionales —privadas y estatales— que realizan investigaciones en el tema de la mujer y la familia para recabar información actualizada.

Sin duda, este documento no pretende ser exhaustivo en materia de la investigación atingente al tema llevada a cabo en América Latina y el Caribe en los últimos ocho años. Sin embargo, los organismos contactados respondieron en una medida considerable a la solicitud de enviar la información. Por ese motivo, debe tenerse en cuenta tal limitación y no olvidar que, cuando se adelantan conclusiones en base a las investigaciones realizadas en América Latina y el Caribe, se trata de la investigación que fue posible conocer y analizar. De este modo, dichas "conclusiones" deben ser consideradas como hipótesis plausibles, las que requerirán, unas más que otras, de mayor y más profunda investigación.

En primer lugar, se sistematizan las investigaciones realizadas sobre la relación entre la fecundidad y la participación económica de la mujer en el mercado de trabajo. Posteriormente, se analiza la formación de la familia y su relación con la fecundidad. Las variables consideradas han sido la edad, tanto al inicio de la unión como al tener el primer hijo, y el tipo de unión. Más adelante se trata el espaciamiento de los hijos, tomando en cuenta el intervalo protogenésico y el intergenésico, real e ideal. A continuación, se aborda específicamente el tema del término de la expansión de la familia, mediante el análisis de la edad de la mujer al tener su último hijo. Luego se abordan las rupturas matrimoniales y de uniones consensuales y las variables demográficas mayormente asociadas a ellas. También se sistematiza la investigación sobre la duración de las uniones y la presencia de segundas nupcias, relacionándola con la fecundidad. Por último, se reportan las investigaciones sobre los patrones reproductivos de la mujer. Este capítulo es el más extenso, puesto que en él se analizan variables como el número ideal de hijos y su diferencia con el número real, el embarazo y maternidad de las adolescentes, la anticoncepción y el aborto —referidos tanto a las mujeres en general como específicamente a las adolescentes— y la práctica de la esterilización.

La bibliografía consultada para cada capítulo está anotada al final del mismo. Las fuentes de las tablas y los gráficos están también separadas por capítulo, de manera que el lector deberá referirse al capítulo correspondiente a cada uno de ellos.

La autora agradece a todos los organismos e investigadores de los países de América Latina y el Caribe que colaboraron enviando las investigaciones solicitadas. Sin su generosa participación este trabajo no hubiese sido posible.

II. FECUNDIDAD Y PARTICIPACIÓN LABORAL FEMENINA

Entre las investigaciones y estudios llevados a cabo en los países de América Latina y el Caribe desde 1988 en adelante, varios revisan la relación entre la fecundidad y la participación femenina en la actividad económica. Sin embargo, muchos de ellos no cuestionan el sentido de la relación. Otros lo hacen, pero como una interrogante que queda sin resolver. Algunos estudiosos, por su parte, analizan investigaciones realizadas y las conclusiones a las que han llegado respecto del análisis de dicha relación, elaborando algunas explicaciones teóricas sobre la forma que la misma adquiriría.

1. Análisis teóricos

Entre los análisis teóricos revisados, un estudio realizado en Perú (Guadalupe, 1988) señala que entre los factores que ejercen una influencia directa sobre el nivel de la fecundidad y el comportamiento reproductivo de la mujer está su nivel educacional, el que mostraría una relación inversa con la fecundidad, a través de la nupcialidad y de la orientación del comportamiento reproductivo de las mujeres en unión estable. Esta relación educación-nupcialidad-fecundidad estaría mediatizada en parte por la participación de la mujer en la actividad económica, puesto que mientras mayor es la educación de la mujer mayor también será su capacidad para competir en el mercado de trabajo, con su consiguiente mayor participación en la actividad económica, y resultando en una iniciación más tardía de una unión conyugal estable. Se esperaría que esta relación se verifique principalmente entre las mujeres jóvenes.

Respecto de las mujeres ya casadas o unidas, el análisis teórico también señala que es de esperar que a mayor educación menor será su fecundidad. Esta relación también estaría parcialmente mediatizada por la participación económica de la mujer, en cuanto a que a mayor educación mayor será su participación en la actividad económica y más alto su *status* ocupacional, conllevando una mayor incompatibilidad de roles entre reproducción y trabajo y un más alto costo de oportunidad del nacimiento de un nuevo hijo, con una consecuente menor fecundidad.

Según Guadalupe (1988), la relación entre la participación económica de la mujer y la fecundidad varía según los contextos socioeconómicos, y es más fuerte en los países desarrollados que en los subdesarrollados y en las zonas urbanas que en las rurales. En ciertos contextos rurales esta relación prácticamente se anula cuando la participación económica de la mujer se da mayormente en actividades agrícolas.

Un análisis realizado en México (García y De Oliveira, 1989) evalúa los progresos teóricos y empíricos alcanzados en la década de 1980 sobre el estudio de la relación que existe en los países en desarrollo entre la participación de la mujer en la actividad económica y la fecundidad. Antes de esa década se había establecido una relación pero era imposible determinar si un menor número de hijos permitía a la mujer trabajar o si era el trabajo lo que conducía hacia una reorientación del comportamiento reproductivo. En la década de 1980 se aplicaron modelos estadísticos multivariados que permitieron controlar otras variables, pero los resultados todavía fueron indirectos e insuficientes al respecto. El análisis sugiere que la asociación inversa encontrada se debe en mayor grado a la

influencia que la fecundidad ejerce sobre el trabajo, por cuanto no se han encontrado diferencias significativas en el uso de anticonceptivos entre las mujeres que trabajan en ocupaciones modernas, en ocupaciones tradicionales y las que no trabajan.

Un estudio de las Naciones Unidas llevado a cabo en 1987 (Naciones Unidas, 1987, en García y De Oliveira, 1989) incluyó variables macrosociales, examinando cómo variaba la relación entre trabajo y fecundidad de acuerdo a ciertas características estructurales de los países, como el nivel de desarrollo, la posición social de la mujer y la naturaleza de los programas de planificación familiar. Se encontró una fuerte y consistente relación inversa entre el empleo en el sector moderno y la fecundidad, pero sólo en los países más desarrollados de Asia, América Latina y el Caribe. Dicha relación no se comprobó en Africa. También se halló que la relación era más fuerte en aquellos países donde las mujeres tenían una posición más alta (mayor exposición a la educación y mayor edad a la unión) y en los que existía un sólido programa de planificación familiar.

Según el análisis realizado en México, la relación entre fecundidad y participación económica de la mujer se produce más bien entre el tipo de actividad y la fecundidad. En 24 de los 31 países considerados en el estudio de las Naciones Unidas se confirma que las mujeres que trabajan en ocupaciones modernas (profesionales y técnicas) tienden a presentar una menor fecundidad que las que trabajan en el sector tradicional (agricultura) o las que no trabajan.

2. El efecto de la participación económica de la mujer en la fecundidad

Los estudios empíricos revisados analizan la relación entre fecundidad y participación económica de la mujer, sin llegar a determinar la dirección de esa relación. Algunos consideran la fecundidad actual de todas las mujeres en edad fértil, otros el número medio de hijos nacidos vivos y otros la fecundidad actual o retrospectiva de las mujeres unidas conyugalmente.

a) Nivel nacional

Ya sea si se considera a todas las mujeres o sólo a las actualmente unidas o alguna vez unidas, todos los estudios revisados señalan que la fecundidad actual o retrospectiva de las mujeres que trabajan es siempre menor que la de las que no lo hacen. Lo que cambia de país en país es la diferencia entre los niveles de la fecundidad de ambos grupos.

Cuando se considera a todas las mujeres en edad fértil, Ecuador podría ejemplificar los niveles más bajos de diferencia. En este país la fecundidad de las mujeres que trabajan es entre un 7 y un 16% más baja (según la generación de que se trate) que la de las que no lo hacen, diferencia que se considera muy moderada (Ordóñez, 1991). Panamá también muestra una menor diferencia (23%) al comparar la paridez media de las mujeres que trabajan con la de las que no lo hacen (Araica, 1989). Colombia, Nicaragua y República Dominicana serían ejemplos en donde la fecundidad de las mujeres activas es entre un 32 y un 38% más baja que la de las inactivas (Flórez, 1993; PROFAMILIA, 1993; CELADE, 1988a). Por último, en Honduras —que parece ser un ejemplo de niveles mayores de

diferencia —, la fecundidad de las mujeres que trabajan es un 42% más baja que la de las inactivas (Meza, 1992).

Llama la atención que la diferencia se incrementa cuando se compara la fecundidad de las mujeres que trabajan asalariadamente con la de las amas de casa. Por ejemplo, en Panamá tal brecha llega al 40% (Araica, 1989), y en Colombia, al 45% (Ordóñez, 1990).

Otro hallazgo interesante se refiere a los diferenciales que se producen según si la mujer trabaja en forma remunerada dentro o fuera de su casa. En el caso de Nicaragua, mientras la fecundidad de las mujeres que trabajan fuera de su casa es un 32% más baja que la de las inactivas, la de las que trabajan dentro de su hogar es sólo un 15% más baja (PROFAMILIA, 1993).

Entre las mujeres unidas o alguna vez unidas, la fecundidad retrospectiva en México es sólo un 7% menor entre las mujeres que trabajan asalariadamente respecto de las que no lo hacen (Juárez, 1990), diferencia que llega a un 23% entre las mujeres jóvenes del área urbana (Levine y Wong, 1989). En Ecuador, no obstante, la diferencia que se produce entre las mujeres unidas es mayor a la encontrada al considerar a todas las mujeres, siendo la fecundidad reciente de las unidas activas un 20 o un 13% más baja (según la generación de que se trate) que la de las mujeres inactivas (Ordóñez, 1991). En Uruguay, la paridez media de las mujeres económicamente activas es un 20% más baja que la de las inactivas, pero la de las que trabajan fuera del hogar es un 22% más baja que la de las que lo hacen dentro del mismo (Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 1990). Por último, en Puerto Rico la paridez media de las unidas que nunca han trabajado es dos tercios más alta que la de las que han trabajado alguna vez (Zsembik, 1989).

b) *Áreas urbana y rural*

Algunos estudios han descrito esta diferencia según el área (urbana o rural) de residencia. Al respecto, la información entregada por los estudios revisados no verifica la hipótesis de Guadalupe (1988) que la relación entre fecundidad y participación económica sea más fuerte en las áreas urbanas que en las rurales. Por una parte, la situación en Colombia y Chile podría confirmarla. La fecundidad de las mujeres urbanas colombianas incorporadas al mercado laboral es un 55% más baja que la de las inactivas, mientras que la diferencia llega sólo a un 15% en el área rural. Es más, si se analiza la brecha que se produce según el tamaño de la localidad urbana, ésta va desde un 35% en los lugares más pequeños hasta un 62% en las ciudades mayores (Ordóñez, 1990). Y las mujeres urbanas económicamente activas de Chile tienen una fecundidad menor que las inactivas; en cambio, en el área rural la fecundidad de las activas es mayor que la de las inactivas (APROFA y CERC, 1993).

Sin embargo, otros casos no confirmarían tal hipótesis. En Cuba, por ejemplo, la diferencia menor se produce en el área semiurbana (21%), en tanto que en las áreas rural y urbana se da la misma diferencia (35%) (Hernández *et al.*, 1988). En República Dominicana y Honduras, por su parte, la diferencia porcentual es muy similar en ambas áreas (CELADE, 1988a; Meza, 1992). No obstante, en el área rural de Honduras se produce una diferencia mayor a medida que el contexto tiene un grado de desarrollo más elevado (Meza, 1992). Por último, Panamá (Araica, 1989) muestra

una situación contraria según se compare a las mujeres activas con las inactivas o con las amas de casa. La comparación entre las primeras y las segundas produce una diferencia mayor justamente en el área rural (20% en el área rural versus 8% en la urbana); en cambio, la comparación entre las activas y las amas de casa produce una diferencia mayor en el área urbana (37% en el área urbana versus 30% en la rural).

c) *Según algunas características de la mujer*

Algunos estudios han analizado la diferencia de fecundidad entre las mujeres económicamente activas e inactivas, controlando alguna variable que puede influir en la relación —especificándola o anulándola—, como su edad, su estado civil, el tipo de unión, el tiempo de unión, el estrato socioeconómico y su nivel educacional.

□ *La edad*

En la revisión realizada se pudo apreciar que tres estudios controlan la relación de la fecundidad y la participación laboral de la mujer por su edad. Estos se han desarrollado en Panamá, Uruguay y Ecuador. En Panamá (Araica, 1989) y Uruguay (Ministerio de Salud Pública, 1990) se comprueba que, aunque la diferencia entre la fecundidad de las mujeres activas e inactivas se produce en todas las edades, ésta es mayor entre los 20 y 29 años, disminuyendo a medida que aumenta la edad.

El estudio realizado en Ecuador (Ordóñez, 1991) muestra el cambio que se ha producido con el tiempo en las diferencias de las tasas específicas de fecundidad entre las mujeres que trabajan y no trabajan. Así, mientras en el quinquenio 1969-1974 era justamente en las edades jóvenes (15-19 años) donde se producía la mayor diferencia, en el siguiente (1974-1979) se aprecia que los diferenciales son bastante similares en todas las edades y luego, en los quinquenios 1979-1984 y 1984-1989, el diferencial es mayor entre los 20 y 29 años, hecho también visible en Panamá y Uruguay.

□ *El estado civil*

El estudio realizado en Panamá analiza también las diferencias por estado civil, encontrando que cualquiera sea éste, la paridez media es menor entre las mujeres que trabajan, excepto entre las solteras. En este caso la relación se invierte, en el sentido que las solteras que trabajan tienen una fecundidad que es un 97% mayor que las de las no activas, siendo más marcada la diferencia en el área urbana. Este hallazgo hace al investigador preguntarse por el sentido de la relación, vale decir, si es la participación económica la que influye en el comportamiento reproductivo o si es el número de hijos el que influye en que la mujer trabaje o no. En el caso de las solteras, es posible que el hecho de tener un hijo las obligue a mantenerlo y, por ello, a incorporarse al mercado de trabajo.

□ *El tipo de unión*

Otro aspecto considerado por el estudio de Panamá es el tipo de unión, observándose que la diferencia de la fecundidad entre las mujeres que trabajan y las inactivas es mayor en las casadas

legalmente que en las unidas consensualmente. Mientras la paridez media es un 32% más baja entre las activas casadas legalmente, sólo es un 14% más baja entre las activas unidas consensualmente. Entre las casadas legalmente, la diferencia es mayor en el área rural que en la urbana. En cambio, entre las unidas consensualmente, la diferencia casi desaparece en el análisis según áreas de residencia.

□ *El tiempo de unión*

Un aspecto importante que analizó el estudio efectuado en Ecuador (Ordóñez, 1991) fue el tiempo de unión, observándose un mayor diferencial entre la fecundidad conyugal de las activas y las no activas en las mujeres cuya unión tenía entre 10 y 14 años o entre 25 y 29 años de duración, es decir, en aquellos ciclos vitales en los que los hijos entran a la pubertad o cuando se comienza a producir el "nido vacío". Este resultado podría estar indicando que la edad de los hijos influye más en la participación de la mujer en la actividad económica que ésta en el comportamiento reproductivo. De este modo, las mujeres con pocos hijos —siempre que hayan dejado de ser niños pequeños— y las mujeres cuyos hijos ya han empezado a abandonar el hogar tienen mayor probabilidad de incorporarse al mercado de trabajo (o reintegrarse a éste).

□ *El estrato socioeconómico*

Un estudio realizado en la ciudad de Cochabamba, Bolivia (Villarreal, 1991) detectó que, si se controla el estrato socioeconómico, la relación entre participación económica y fecundidad cambia, no sólo respecto de la fuerza de la misma sino también en su dirección. Así, mientras entre los estratos no pobres la fecundidad reciente de las mujeres que trabajan es un 35% más baja que la de las inactivas, entre las mujeres pobres la relación cambia, produciéndose una mayor fecundidad entre las que trabajan. Sin embargo, entre las mujeres indigentes la relación vuelve a revertirse, y la fecundidad de las que trabajan es un 22% más baja que la de las amas de casa. El hecho de que la fecundidad de las mujeres pobres que trabajan sea más alta que la de aquellas que no trabajan podría tener una explicación, ya que la propia condición de pobreza (en donde se comprueba una sistemática alta fecundidad) obliga, por razones de sobrevivencia, a que la mujer trabaje en cualquier actividad económica, mayormente en el mercado informal, como sucede en muchos países latinoamericanos. No obstante, queda por explicar lo sucedido entre las indigentes, que viven en una situación aun más desmedrada que las pobres.

En Ecuador, en cambio, se constata que, cualquiera sea el estrato social, la paridez media de las mujeres que trabajan es siempre inferior a la de las inactivas y, a diferencia de lo encontrado en Bolivia, la brecha es mayor mientras menor es el estrato socioeconómico (CELADE, 1988b).

□ *El nivel educacional*

Algunos estudios, como el realizado en México por Levine y Wong (1989), sólo comparan el nivel de educación de las mujeres que participan en la actividad económica con el de las que no lo hacen,

pero sin mantener constante la variable. En dicho estudio se señala que las activas tienen menos hijos, pero también cuentan con un mayor nivel educacional.

En cambio, otros estudios sí controlan el nivel educacional. Es el caso del llevado a cabo en Colombia (Ordóñez, 1990), en el cual se detectó que, cualquiera sea el nivel educacional, el nivel de la fecundidad actual de las mujeres que trabajan es más bajo que el de las amas de casa, sin una variación porcentual muy significativa entre los estratos.

□ *Análisis multivariados*

Algunos estudios han hecho análisis multivariados para evaluar el grado en que la participación de la mujer explica los diferenciales de la fecundidad. El análisis de clasificación múltiple realizado en México por Juárez (1990) —con información relativa a las mujeres alguna vez unidas— incluyó algunas variables contextuales (área de residencia), otras relativas a características individuales de las mujeres (nivel educacional) y algunas demográficas (edad de la mujer y edad a la primera unión), controlando el sector socioeconómico de pertenencia. Se pudo observar que las variables demográficas son las que más explican la varianza del número de hijos. Entre los factores determinantes, el nivel educacional resultó ser el más explicativo (22%), contribuyendo a la explicación de la variabilidad del número de hijos dos veces más que la participación de la mujer en la actividad económica.

d) *Tipo de inserción en el mercado laboral*

Según García y De Oliveira (1989), los estudios realizados han mostrado que, más que la actividad económica de la mujer, lo que explicaría su fecundidad es el tipo de actividad que desarrolla. Algunas de las investigaciones revisadas consideran el sector de la economía donde trabaja la mujer, otras el tipo de ocupación y otras la posición ocupacional de la mujer en el trabajo.

El estudio realizado en Bolivia (Villarreal, 1991) señala que la fecundidad de las mujeres de Cochabamba que trabajan en el sector formal de la economía es menor que la de aquellas que lo hacen en el sector informal, diferencia que es más notoria entre las indigentes. Al considerar la categoría ocupacional, el estudio detectó que, entre las pobres e indigentes, el mayor número de hijos lo tienen las que trabajan por cuenta propia y, entre el grupo no pobre, las patronas o empleadoras. Por el contrario, el menor número de hijos lo tienen las que están en la categoría de empleadas, en todos los estratos sociales. De esta manera, en dicho estudio se concluye que el efecto de la condición de actividad —trabaja o no trabaja— sobre la fecundidad es más importante entre las mujeres no pobres y que, entre las mujeres más pobres, lo es el tipo de inserción en el trabajo —la categoría ocupacional y el sector de la economía.

Una encuesta llevada a cabo entre 91 mujeres trabajadoras pertenecientes al nivel socioeconómico bajo de Puerto España (Trinidad) mostró que las que trabajan en el sector informal —como comerciantes en la calle— tienen más hijos (2.5) y son menores que las que trabajan en el sector formal —como obreras— (2.2). Un hecho interesante constatado es que, cualquiera sea el sector de la economía en el que ellas trabajan, su fecundidad es menor si han iniciado su actividad laboral

antes de tener el primer hijo que si lo han hecho después de ser madres. Así, las que se iniciaron en el sector formal antes de ser madres tienen un promedio de 1.7 hijos y las que lo hicieron en el informal, 0.5 hijos. Por su parte, las que comenzaron a trabajar después de ser madres tienen 3.2 y 3.8 hijos, respectivamente. Nótese que la relación no es lineal, en el sentido de que son las mujeres que trabajan en el sector informal las que tienen menos hijos (cuando han ingresado al mercado laboral antes de tener su primer hijo), pero son también las que tienen más hijos cuando ingresan después de ser madres. Este hallazgo sugiere que es necesario conocer la historia laboral de la mujer para poder concluir que el tipo de ocupación determina la cantidad de hijos. Esta relación no directa puede deberse a la diferente naturaleza de la ocupación: es posible que las mujeres de nivel socioeconómico bajo con hijos puedan acceder sólo al sector informal y que, por otra parte, las mujeres que trabajan en empleos estables sientan mayor seguridad para tener más hijos (Dral, 1993).

El estudio de Panamá (Araica, 1989) muestra que la paridez media de las oficinistas es un 59% más baja que la de las ocupadas en actividades extractivas. En Colombia se detectó (Flórez, 1993) que la fecundidad de las mujeres profesionales y técnicas es un 37% más baja que la de las que no trabajan y de las que trabajan en actividades agrícolas, sin diferencia entre estas dos últimas. Por último, en Cuba (Hernández *et al.*, 1988) se halló que las obreras —agrícolas y no agrícolas— tienen mayor paridez media que las mujeres profesionales y técnicas. Comparando esta relación según el contexto, se vio que en el área más urbana la paridez media de estas últimas es un 41% más baja que la de aquellas: un 50% en la semiurbana y un 71% en el área rural. De estos resultados se desprende que el hecho de trabajar o no influye en la fecundidad pero que más influencia tiene la posición ocupacional, con una brecha más marcada en el área rural.

En Puerto Rico, sin embargo, la fecundidad de las mujeres que nunca han trabajado es dos tercios mayor que la de las que lo han hecho pero tres cuartos mayor que la de aquellas que han trabajado en el sector informal, de lo que se deduce que, en este caso, no es el tipo de inserción lo que afecta las diferencias de fecundidad sino el hecho de trabajar o no (Zsembik, 1989).

3. El efecto del número de hijos y de la edad de los mismos en la participación económica de la mujer

Algunos de los estudios revisados tratan de mostrar el otro lado de la moneda, es decir, si el número de hijos de la mujer determina o condiciona su entrada o permanencia en el mercado de trabajo.

a) *El número de hijos*

Varias investigaciones muestran que la actividad económica de las mujeres tiende a disminuir a medida que tienen más hijos. Así se ha detectado en Bolivia, México y Venezuela. En Bolivia, un análisis realizado en tres ciudades (Mezza, 1988) señala que la mayor incidencia se produce entre las mujeres de 25 a 29 años, en cuanto a que se observa una declinación sostenida de la tasa de actividad a medida que el número de hijos aumenta, que va desde un 73% entre las mujeres sin hijos hasta un 59% entre aquellas con tres a cinco hijos. En cambio, en los grupos de menor edad (20-24 años) y

años) y de mayor edad (35-39 años) la tasa de actividad se incrementa cuando las mujeres tienen uno o dos hijos —en comparación a la de aquella sin hijos—, declinando con los nacimientos posteriores.

Estudios efectuados en México (Pacheco, 1988; Christenson, García y De Oliveira, 1989; García y De Oliveira, 1990a) también muestran que las mujeres solteras o con menos hijos son las que tienen una mayor participación laboral. Sin embargo, en varias ciudades, entre ellas Ciudad de México, la participación de las mujeres con uno o dos hijos es mayor que la de las mujeres sin hijos (Pacheco, 1988; Cruz, 1993). A pesar de ello, en la mayoría de las ciudades se observa una disminución de la tasa de actividad cuando se tienen dos o más hijos (Pacheco, 1988). Esta diferencia entre las distintas zonas urbanas muestra que la relación entre número de hijos y participación laboral no es tan directa y cabe considerar otros aspectos para entender las diferentes situaciones. Entre ellos podrían citarse algunas variables contextuales, el tipo de economía reinante y variables culturales e ideológicas.

Al generar modelos de regresión logísticos, Christenson *et al.* (1989) llegan a determinar que, una vez controladas ciertas variables contextuales (región y área rural o urbana de residencia) e individuales (edad y escolaridad de la mujer), el estado civil y el número de hijos tienen una influencia significativa sobre la probabilidad de que las mujeres realicen actividades extradomésticas. Las mujeres solteras, viudas o divorciadas participan en mayor proporción en el mercado de trabajo que las casadas y la presencia de hijos actúa como inhibidor de la participación económica femenina: la probabilidad de trabajar es un 10% menor para las mujeres con uno o dos hijos y un 16% menor para las con tres o más hijos. Las mujeres unidas sin hijos son las que más participan en la actividad económica; en cambio, entre las solteras, la presencia de hijos determina un aumento en dicha participación.

Al considerar la situación en cuatro sectores sociales, otro análisis realizado en México (García y De Oliveira, 1990b) revela que la cantidad de hijos inhibe la participación femenina en el trabajo sólo en dos de ellos: el sector medio y el de trabajadores manuales por cuenta propia; en cambio, esa relación no se observa en los sectores agrícolas ni en los sectores de trabajadores manuales empleados, y tanto las mujeres con hijos como las sin hijos muestran la misma participación. En el caso del sector agrícola el resultado no es sorprendente, por cuanto es sabido que en el campo no existe una división clara entre el hogar y el lugar de trabajo. Respecto del sector de trabajadores manuales empleados, a diferencia de lo que sucedía en la década de los setenta, a fines de los años ochenta las mujeres de este sector con hijos tienen la misma probabilidad de ingresar al mercado laboral que las mujeres sin hijos. Según García y De Oliveira (1990b), estos resultados sugieren que la maternidad ha ido perdiendo su impacto inhibitorio del trabajo femenino en los sectores más empobrecidos de la sociedad, lo que podría deberse, en parte, al fuerte descenso de los salarios reales (a raíz de la crisis económica de los años ochenta) y, consecuentemente, a una mayor necesidad de trabajar por parte de la mujer para compensar la caída de los salarios del resto de la familia.

En Venezuela, un estudio realizado con información de 1977 (Freitez y Romero, 1991) muestra que las mujeres unidas que más trabajan son aquellas sin o con pocos hijos (1 o 2), especialmente cuando el menor tiene 4 años o más. Las mujeres con 3 o más hijos y con el menor de 3 años o menos, en cambio, son las que menos participan en la actividad económica. Sin embargo, al observar

la relación por contexto y estrato social, otro estudio con información más reciente (Freitez, Romero y Casique, 1992) detectó que, entre las mujeres que residen en el área rural de la Región Capital, las jóvenes (25-29 años) de mejor nivel socioeconómico presentan una tasa de participación laboral mayor cuando tienen 1 o 2 hijos; en cambio, la participación de las del estrato bajo es mayor cuando tienen muchos hijos (5 o más). En Caracas, en cambio, la relación es siempre inversa, en cuanto a que las mujeres que no tienen hijos muestran la mayor tasa de participación, la que disminuye a medida que aumenta el número de hijos.

Por último, y en contraposición a la mayoría de los estudios analizados, un estudio de Cuba (Comité Estatal de Estadísticas, 1988)—que consideró a las mujeres alguna vez unidas—demostró que el comienzo de una unión estable o el nacimiento del primer hijo no constituyen una causa de inestabilidad laboral sino que, por el contrario, aparecen como una motivación para comenzar a trabajar. Así, mientras el 63% de las mujeres trabajaba antes de la unión, dicho porcentaje se eleva a 67 después de la unión y a 77% después del nacimiento del primer hijo. El nivel de instrucción influye en buena medida en la mantención de las mujeres en la actividad laboral al ocurrir la unión y el nacimiento del primer hijo. De tal manera, las proporciones de mujeres trabajadoras disminuyen después de la unión y del nacimiento del primer hijo cuando éstas tienen niveles de instrucción más bajos, y lo contrario sucede en las mujeres con niveles superiores.

b) La edad de los hijos

Algunos estudios postulan que tanto el hecho de tener hijos como la edad de los mismos influyen notablemente en que la mujer trabaje o no. Otros han llegado a señalar que la presencia de hijos no inhibe el trabajo femenino y que sólo la edad de los mismos es factor influyente. Algunos estudios con conclusiones en el primer sentido se han realizado en Ecuador, México y Uruguay.

Basándose en que el 73% de las mujeres que no trabajan tiene hijos de 1 a 4 años y en que el 39% de las que trabajan tiene hijos de esas edades, el estudio realizado en un barrio popular de Ecuador (Rodríguez, 1990) concluye que, si bien el número de hijos afecta la participación de la mujer en el trabajo, mayor influencia tiene la edad de los mismos, particularmente la del hijo menor.

En México se han realizado varios estudios sobre el tema. Mier y Terán (1990) hace un análisis de la participación femenina en el trabajo en tres momentos del tiempo (1976, 1982 y 1987). En 1976 el 28% de las mujeres urbanas sin hijos trabajaba, mientras que sólo lo hacía el 14 o 15%—dependiendo del tamaño de la familia—de las mujeres con hijos pequeños (3 años o menos). Con la crisis económica de 1982 aumentó la participación de la mujer con hijos de 4 años o más y la de aquella con familias numerosas (3 o más hijos) y cuyo hijo menor era pequeño (0 a 3 años). A pesar de este aumento, las mujeres que menos trabajaban (en 1987) eran las que tenían hijos pequeños, independientemente del número de los mismos. Por el contrario, en los tres momentos considerados la cantidad de hijos sí influye entre las que tienen hijos mayores (4 o más años), siendo mayor la participación económica de las que tienen menos hijos. Otro estudio realizado con información de 1976 y 1987 (Naciones Unidas, 1993) ratifica lo referido a la menor probabilidad de ingreso al mercado laboral de las mujeres con hijos pequeños: en 1976 las tasas de participación laboral más

altas se dieron entre las mujeres hasta 39 años con hijos de 6 años o más, y las tasas más bajas, entre las mujeres jóvenes con hijos muy pequeños (de 0 a 2 años), tanto en las áreas urbanas y rurales como en el área metropolitana. También en este país, así como en Cuba, se detectó que el nivel educacional afecta la tasa de participación, de manera que, cuando tienen hijos pequeños, las mujeres más educadas tienen una mayor participación que las con menor nivel educacional; sin embargo, esta relación se produce sólo en el año 1976 y no se repite en 1987. Otro aspecto que se señala en este estudio es que cuando la mujer ha trabajado *antes* del matrimonio, este hecho afecta notablemente a su probabilidad de seguir trabajando *durante* el mismo.

Por último, el estudio llevado a cabo en Uruguay (Méndez, 1988) concluye que el número de hijos, la edad de los mismos y la presencia de una pareja estable guardan relación con la tasa de participación laboral femenina. Las mujeres con un hijo presentan una tasa de actividad mayor que las sin hijos, tasa que decrece cuando tienen dos o más. Las que tienen hijos pequeños (hasta 5 años) muestran una tasa menor que las que tienen hijos mayores. Sin embargo, la mayor incidencia se da en la interacción entre tener hijos y la presencia de pareja estable, en cuanto a que las mujeres sin pareja y sin hijos son las que presentan las tasas más altas de actividad, salvo en el grupo de mujeres de 18 a 24 años, hecho que posiblemente deba atribuirse a que permanecen en el sistema educacional. En el otro extremo, las mujeres con pareja y con hijos tienen la menor tasa de actividad.

Como se señalaba, algunas investigaciones sólo otorgan importancia a la incidencia de la edad de los hijos sobre la participación laboral femenina. Un análisis realizado en Colombia (CEPAL, 1993) concluye que no es el número de hijos lo que afecta la actividad económica de la mujer sino la edad de los mismos, indicando que existe un período de alta atención hacia los niños que no permite el acceso al trabajo. Aplicando análisis de regresión, otro estudio realizado en hogares urbanos de Brasil (Connelly, De Graff y Levison, 1991) concluye que la presencia de niños pequeños (menores de 7 años) es lo que limita las posibilidades de trabajo de la madre, decreciendo sustancialmente el efecto negativo al aumentar la edad de los hijos. Pareciera, entonces, que el ciclo vital de las familias tiene un peso importante en la explicación del trabajo femenino.

Un dato interesante entregado por la investigación de Connelly, De Graff y Levison (1991) es que cuando existe una alternativa de cuidado sustituto de los hijos, la probabilidad de trabajo de la madre urbana aumenta, especialmente si hay hijas de 10 a 14 años u otros parientes femeninos de 10 a 19 años. En contraste con este resultado, la existencia de hijas mayores (20-24 años) tiene un efecto contrario, lo que sugiere que las mujeres de estas edades sustituyen a la madre no en el cuidado de los hijos sino en el propio mercado laboral. Levine y Wong (1989) también muestran que la existencia de "madres sustitutas" en los hogares mexicanos aumenta la probabilidad que las mujeres con hijos pequeños trabajen.

Contrariamente a lo indicado por los análisis ya revisados, Dávalos (1992) postula que, dado que en Asunción (Paraguay) entre 1987 y 1989 la tasa de participación económica de la mujer principal (jefa de hogar o cónyuge) de hogares nucleares con hijos menores de 5 años aumentó de un 47% a un 49%, los niños pequeños parecen no ser un obstáculo para la inserción de la mujer en el mercado laboral del Área Metropolitana.

4. Referencias bibliográficas

- APROFA (Asociación Chilena de Protección de la Familia) y CERC (Centro de Estudios de la Realidad Contemporánea) (1993), *Encuesta de fecundidad. Chile 1989-1990*. Boletín 7 (12).
- Araica, H. (1989), *Algunos aspectos diferenciales de la fecundidad en Panamá*. Panamá: CELA (Centro de Estudios Latinoamericanos).
- CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) (1988a), *República Dominicana: población y desarrollo 1950-1985*. San José: CELADE.
- ____ (1988b), *La situación de la mujer y la fecundidad. El caso de Ecuador*. Santiago: CELADE.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1993), *Cambios en el perfil de las familias: la experiencia regional*. Santiago: CEPAL.
- Christenson, B., García, B. y De Oliveira, O. (1989), Los múltiples condicionantes del trabajo femenino en México. *Estudios Sociológicos de El Colegio de México*, 20, 251-280.
- Connelly, R., De Graff, D. y Levison, D. (1991), *Child care policy and women's market work in urban Brazil*. Geneva: International Labour Office.
- Cruz, R. (1993), *Algunos factores asociados a la participación femenina en los mercados de trabajo: ciudades de la frontera norte y áreas metropolitanas de México*. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.
- Cuba, Comité Estatal de Estadísticas (1988), *Encuesta Nacional de Fecundidad 1987: resumen de indicadores seleccionados*. La Habana: Comité Estatal de Estadísticas.
- Dávalos, M. C. (1992), *Participación laboral de la población femenina del Área Metropolitana*. San Lorenzo: Departamento de Estudios de Población y Desarrollo, Universidad Nacional de Asunción.
- Dral, I. F. (1993), *Female productivity & reproductivity in Port of Spain, Trinidad: A case study of hucksters and factoryhands*. Utrecht: Social Faculty University of Utrecht.
- Flórez, C. E. (1993), *Los grupos de alta fecundidad y sus factores determinantes. El caso de Colombia 1990*. Bogotá: CELADE.
- Freitez, A. y Romero, D. (1991), *Estudio de los patrones de nupcialidad y fecundidad en Venezuela a partir de la Encuesta Nacional de Fecundidad 1977*. Caracas: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, Universidad Católica Andrés Bello.
- Freitez, A., Romero, D. y Casique, I. (1992), *Presentación de resultados de la Encuesta de Fecundidad Región Capital 1991*. Caracas: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, Universidad Católica Andrés Bello.
- García, B. y De Oliveira, O. (1989), *The effects of variation and change in female economic roles upon fertility change in developing countries*. México: El Colegio de México. En International Union for the Scientific Study of Population, International Population Conference, 1. New Delhi.
- ____ (1990a), Trabajo, fecundidad y condición femenina en México. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 5 (3), 693-710.
- ____ (1990b), Maternity and work in Mexico in the late eighties. En M. Bronfman, B. García, F. Juárez, O. De Oliveira y J. Quilodrán, *Social sectors and reproduction in Mexico* (pp. 22-25). México: El Colegio de México/The Population Council.
- Guadalupe, S. E. (1988), *Desarrollo económico social y comportamiento reproductivo en el Perú*. Lima: CONCYTEC (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología).
- Hernández, R., González, F., Catasús, S., Morejón, B., Grove, R. y Farnós, A. (1988), *Cuba: aspectos socioeconómicos de los diferenciales de la fecundidad. Un estudio de casos*. La Habana: Universidad de La Habana, CEDEM (Centro de Estudios Demográficos).
- Juárez, F. (1990), Reproductive behavior and social sectors in Mexico. En M. Bronfman, B. García, F. Juárez, O. De Oliveira y J. Quilodrán, *Social sectors and reproduction in Mexico*. México: El Colegio de México/The Population Council.
- Levine, R. y Wong, R. (1989), *Household structure in urban Mexico: Accommodating work and child care*. Baltimore: Johns Hopkins Population Center.
- Méndez, E. (1988), *Crisis y mercado de trabajo femenino urbano*. Montevideo: CIEDUR (Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo).
- Meza, M. (1992), *Fecundidad, educación y servicios básicos como limitantes de participación de la mujer en el desarrollo productivo*. Tegucigalpa: Secretaría de Planificación, Coordinación y Presupuesto.
- Mezza, V. (1988), Análisis de la participación femenina en la actividad económica. En Consejo Nacional de Población, *Mujer, trabajo y reproducción humana en tres contextos urbanos de Bolivia 1986-1987* (pp. 109-135). La Paz: CONAPO/The Pathfinder Fund.
- Mier y Terán, M. (1990), *Implicaciones del descenso de la fecundidad en la participación laboral femenina: el caso de México*. México: Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Naciones Unidas (1993), *Fertility transition and women's life course in Mexico*. ST/ESA/SER.R/136. New York: United Nations.
- Ordóñez, J. (1991), Niveles, tendencias y diferencias de la fecundidad en el Ecuador. En CEPAR (Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable), *Transición de la fecundidad en el Ecuador*. Quito: CEPAR.
- Ordóñez, M. (1990), *La fecundidad en Colombia. 1985*. Bogotá: PROFAMILIA/DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística).
- Pacheco, M. E. (1988), *Población económicamente activa femenina en algunas áreas urbanas de México en 1986*. México: Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México.
- PROFAMILIA (1993), *Encuesta sobre Salud Familiar Nicaragua 92-93. Informe preliminar*. Managua: PROFAMILIA.
- Rodríguez, L. (1990), *Las mujeres de Solanda: mujer, barrio popular y vida cotidiana*. Quito: CEPAM (Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer)/ILDIS (Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales).
- Uruguay, Ministerio de Salud Pública (1990), *Factores determinantes directos de la fecundidad y sus implicancias en salud*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- Villarreal, M. (1991), *Mujer, condiciones de vida y estrategias de sobrevivencia en Santa Cruz y Cochabamba. Implicaciones de política*. Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón, Centro de Estudios de Población.
- Zsembik, B. (1989), *Labor market structure and fertility differences among Puerto Rican women: The effects of economic and social policies on opportunity costs*. Ann Arbor, MI: University of Michigan, Population Studies Center.

III. LA FORMACIÓN DE LA FAMILIA Y SU RELACIÓN CON LA FECUNDIDAD

La formación de la familia puede producirse con el inicio de la unión conyugal o con el nacimiento del primer hijo. Si la mujer y el hombre están biológica, social, económica y psicológicamente preparados para enfrentar tal responsabilidad, es más probable que ella sea fuente de desarrollo personal y bienestar para sus miembros. La situación contraria puede llevar al estancamiento del crecimiento integral de la pareja y a un retardo en el desarrollo de los hijos. En este sentido, cobran importancia la edad a la que las parejas se casan y la edad a la que las mujeres tienen su primer hijo.

Varios estudios e investigaciones abordan esta temática en América Latina y el Caribe. Algunos describen la situación en un momento dado del tiempo, otros hacen un análisis del cambio que se ha ido produciendo, algunos revisan la asociación de la edad a la que la mujer inicia la formación de una familia y algunas características de las mujeres y otros incursionan en las posibles explicaciones de la variabilidad que se presenta en la sociedad.

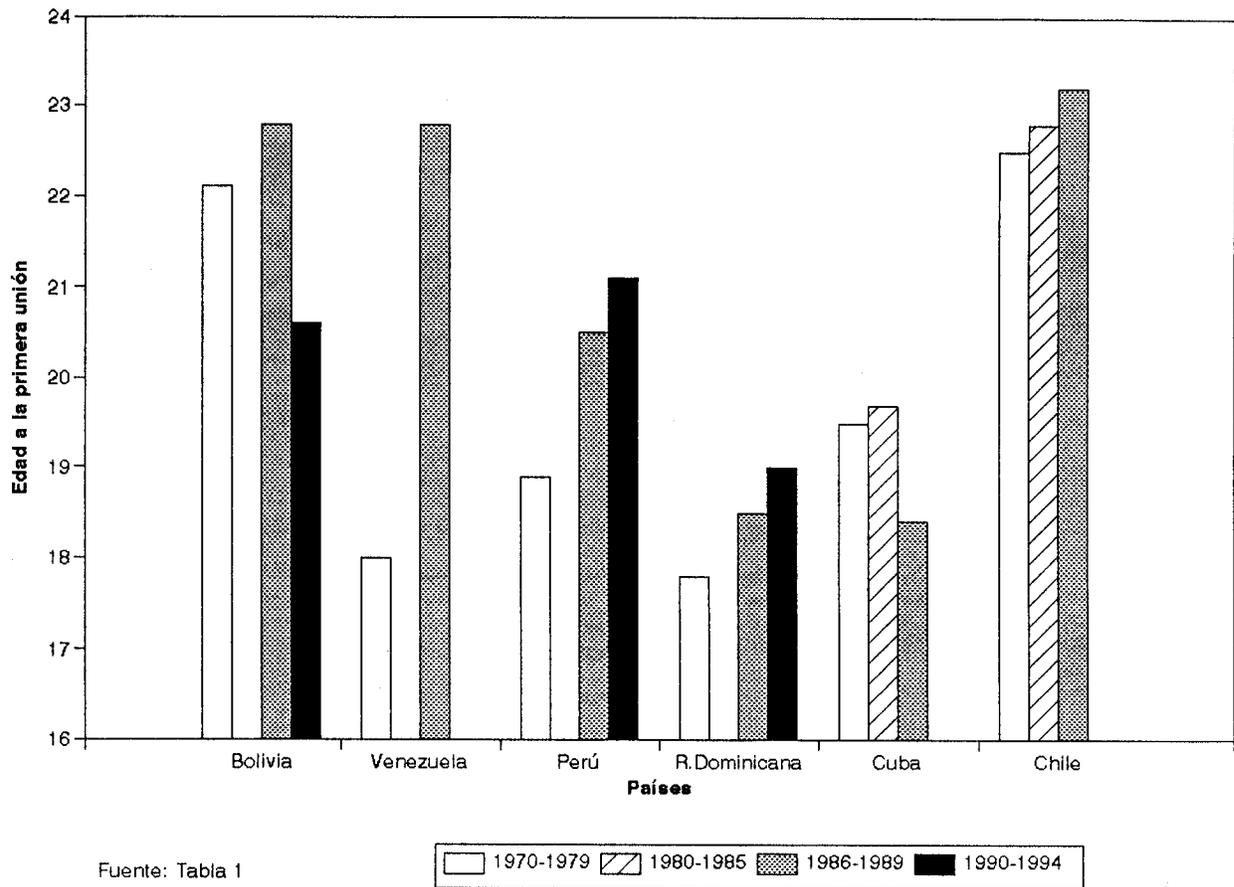
1. La edad de la mujer a la primera unión

La información de los registros oficiales permite establecer que en la mayoría de los países de la región hubo una leve postergación de la edad a la primera unión. Sin embargo, ellos sólo consideran los matrimonios legales y excluyen las uniones consensuales, que tienen mucha importancia, pues han aumentado en la región, e incluso en algunos países son mayoritarias y legitimadas por la sociedad.

La información recogida por la Encuesta Mundial de Fecundidad —realizada a mediados de los años setenta— revela que en quince países de América Latina y el Caribe la edad promedio de la mujer al unirse era de 19.5 años. En el continuo de edades, en Guyana y República Dominicana la mujer se unía a una edad más temprana (algo más de 17 años). Bolivia y Chile representaban el extremo superior, por cuanto las mujeres se unían a una edad mayor (algo más de 22 años).

En la década de 1980, la edad promedio (o mediana) a la primera unión se incrementó en casi todos los países, oscilando entre los 20 y 24 años, y el promedio de 16 países fue de 20.2 años. Algunas excepciones son Brasil (CEPAL, 1993), Costa Rica, El Salvador (Alan Guttmacher Institute, 1988a) y Trinidad y Tabago, donde no hubo cambio significativo respecto a la década de 1970, y también en Cuba, Haití, Jamaica, Panamá, Paraguay y Uruguay, donde la edad a la primera unión mostró un descenso (véase el gráfico 1 y la tabla 1). Así, en Cuba bajó 15 meses en seis años (CEPAL, 1993), en Panamá siete meses en ocho años (Warren, Oberle, Morris y Médica, 1988), en Paraguay descendió seis meses y en Uruguay diez meses en diez años (Alan Guttmacher Institute, 1989; Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 1990). En Haití, mientras en 1977 sólo el 5% de las adolescentes estaban casadas, en 1987 la cifra llegó al 14% (Witwer, 1990). Entre las décadas de 1980 y de 1990, la edad al inicio de la unión parece haber descendido en Bolivia, puesto que la edad mediana entre 1988 y 1994 bajó de 22.8 años a 20.6 años (Pereira, 1992; INE, 1994).

Gráfico 1

AMÉRICA LATINA. PAÍSES SELECCIONADOS: EDAD A LA PRIMERA UNIÓN (1970-1994)

En la actualidad, los países de la región que presentan la más baja edad al inicio de la unión son Cuba, Guatemala, Nicaragua y República Dominicana, con 19 o menos años, y Jamaica (16.8 años). De los países para los que se contó con información, Chile representa el caso donde las mujeres se unen más tardíamente (23.2 años).

2. La edad de la mujer al tener el primer hijo

La edad a la unión no necesariamente marca el inicio del proceso reproductivo de la familia. Como ya se señaló, la formación de la familia puede darse también con el nacimiento de los hijos, por lo que la edad al tener el primer hijo cobra a veces más importancia que la edad al inicio de la primera unión conyugal.

En la década de 1980, la edad mediana de las madres al tener su primer hijo osciló en los países de la región (11 países para los que se contó con información) entre 19.9 y 22.7 años, siendo la edad

prioritaria los 21 años. Guatemala y Nicaragua muestran la menor edad de la mujer al tener su primer hijo (19.9 años). En el otro extremo se ubica Chile (22.7 años).

Las encuestas demográficas, de salud y de prevalencia anticonceptiva revelan que en la mayoría de los países de la región la edad al tener el primer hijo ha descendido respecto de la década de 1970. En algunos países, sin embargo, ha aumentado, y ese es el caso en Brasil, Chile, Colombia, República Dominicana, Santa Lucía y Trinidad y Tabago; en otros países (Bolivia, Guatemala y México) se ha mantenido. El descenso mayoritario estaría indicando que en la región, aun cuando la fecundidad ha seguido bajando, la reproducción ha tendido a rejuvenecerse.

3. Diferenciales según algunas variables contextuales o características de la mujer

Los estudios demuestran que la edad a la primera unión conyugal o al tener el primer hijo muestra diferencias bien marcadas según se trate de mujeres con residencia urbana o rural, de mujeres con diferente nivel de instrucción, con diferente actividad o que pertenecen a diferentes grupos étnicos o estratos socioeconómicos. Esa edad también difiere según se trate de una unión legal o consensual.

a) *Áreas urbana y rural*

A mediados de 1970 las mujeres de la región se unían, en promedio, dos años más jóvenes en las áreas rurales que en las urbanas, salvo en Guyana, Jamaica y Trinidad y Tabago, donde las mujeres rurales lo hacían más tardíamente (Naciones Unidas, 1990).

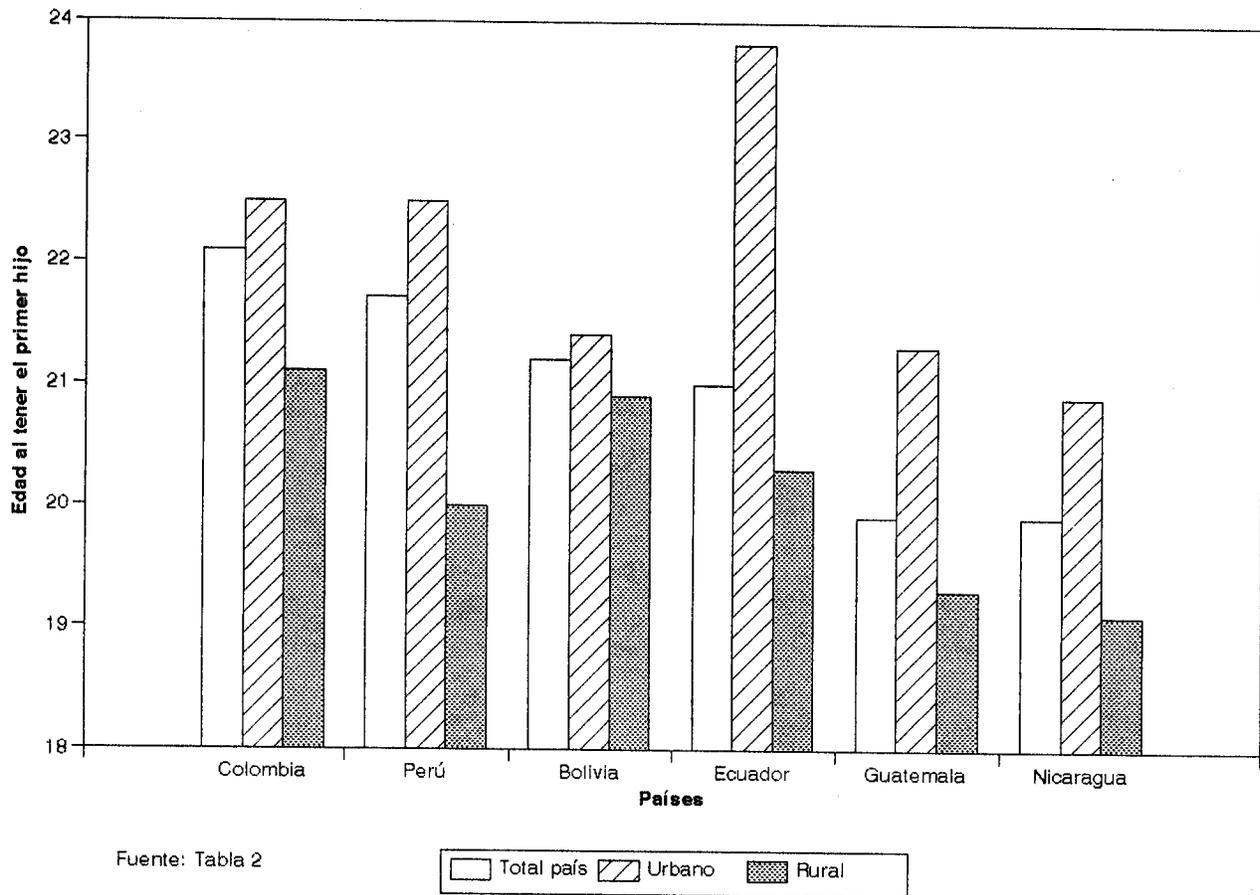
Al considerar el tamaño de las localidades, el diferencial es mayor, hecho que queda ilustrado por el caso de México, donde, en 1987, la edad a la primera unión era de 18.2 años en localidades de menos de 2.500 habitantes y de 21.2 en las áreas metropolitanas (Palma y Suárez, 1991).

Asimismo, las mujeres de la región residentes en las áreas rurales tienen su primer hijo, en promedio, casi dos años más jóvenes que las que viven en las áreas urbanas, diferencia de edad que es mayor en algunos países. El caso extremo es Ecuador, donde las mujeres urbanas tienen su primer hijo 3.5 años más tarde que las mujeres rurales (CEPAR, 1988a). Otros países también muestran una diferencia superior a los 2 años: Paraguay, Perú y República Dominicana (CEPEP, 1991; Perú, INEI y Asociación Benéfica PRISMA, 1992; IEPD y Oficina Nacional de Planificación, 1992). En el otro extremo están aquellos en los que la diferencia de la edad al tener el primer hijo es menor de un año entre ambas áreas. En esta situación se encuentran Bolivia (INE, 1990, 1994) y Trinidad y Tabago (Heath, Da Costa-Martinez y Sheon, 1988) (véase el gráfico 2 y la tabla 2).

La diferencia entre ambas zonas no sólo es producto del lugar de residencia sino, también, de la presencia de otros factores diferenciales asociados, como grupos étnicos, estratos socioeconómicos, niveles de escolaridad y actividad económica de la mujer.

Gráfico 2

PAÍSES SELECCIONADOS: EDAD AL TENER EL PRIMER HIJO. TOTAL, URBANO Y RURAL



En la mayoría de los países, esta brecha entre áreas urbanas y rurales se ha mantenido en la década de 1980 y en lo que va transcurrido de los años noventa. Sin embargo, hay excepciones. Así, en Bolivia, Jamaica y Uruguay ya no hay diferencia entre ambas áreas respecto de la edad a la unión (Bolivia, INE, 1990, 1994; McFarlane y Warren, 1989; Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 1990).

En relación a la edad al tener el primer hijo, hay algunos países en donde esta diferencia ha ido aumentando, porque mientras las mujeres de las zonas urbanas han mantenido o postergado la edad a la que tienen su primer hijo, las de las zonas rurales han adelantado este evento. Así ha ocurrido, por ejemplo, en Ecuador, Perú y República Dominicana (CEPAR, 1988a; INEI y Asociación Benéfica PRISMA, 1992; CONAPOFA, 1987; IEPD y Oficina Nacional de Planificación, 1992).

b) Estrato socioeconómico

Cinco estudios muestran que tanto la edad a la unión como al tener el primer hijo son menores en los estratos bajos.

Un estudio realizado en Suriname (Lamur, 1989) mostró que, en tres generaciones, las mujeres habían tenido su primer hijo a edades más tempranas si pertenecían a la clase baja y más tardías si eran de la clase media. Así, entre las mujeres que tenían 29 años de edad en 1979, las de la clase baja habían tenido su primer hijo a los 19.9 años, en promedio, y las de la clase media lo tuvieron a los 20.8 años.

Algunos análisis realizados en México concluyeron que, en 1982, mientras la edad media a la primera unión —consensual o legal— era de 23 años en el estrato medio-alto, en el grupo de trabajadores no-manuales del proletariado urbano no alcanzaba a los 22 años y en el sector agrícola no llegaba a los 20 (CEPAL, 1993). Asimismo, en tanto las mujeres del estrato más acomodado tenían su primer hijo a los 25 años, las del sector agrícola eran madres por primera vez antes de los 21 años, relación que se seguía manteniendo en 1987 (Quilodrán, 1990).

Una encuesta hecha en 1986 en Uruguay también mostró una relación directa entre ambos factores, en el sentido que mientras más alto es el estrato socioeconómico mayor es la edad al inicio de la unión. Así, entre las mujeres de 25 a 29 años, mientras las de estrato bajo se unían en promedio a los 18.5 años, las del estrato alto lo hacían a los 19.7 años (Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 1990).

Otro estudio realizado en 1987 en la ciudad de Chiclayo, Perú, detectó que la relación entre la edad al primer hijo y el estrato socioeconómico también es directa ya que, en promedio, las mujeres de estrato medio-alto tenían su primer hijo a los 23.2 años, las de estrato medio-bajo a los 21.3 años y las pertenecientes al estrato bajo a los 19.5 años (Soto y Guevara, 1988).

Por último, la encuesta sobre salud familiar (1992) realizada en Nicaragua reveló que las mujeres pertenecientes a los estratos bajos se unen a los 17.5 años y tienen su primogénito a los 19 años y que, en cambio, las de estratos altos se unen a los 20.5 años y tienen su primer hijo a los 22 años (PROFAMILIA, 1993).

c) *Grupo étnico*

El grupo étnico es otro aspecto que diferencia la edad a la unión y al tener el primer hijo. En Guatemala, por ejemplo, las mujeres indígenas se unen y tienen su primer hijo, en promedio, un año antes que las mujeres mestizas (Arias de Blois, 1990).

En Trinidad y Tabago, por su parte, las mujeres pertenecientes a hogares de origen africano también se unen, en promedio, un año antes que las mujeres descendientes de quienes provinieron de la India. Sin embargo, ya no existen diferencias en cuanto a la edad al tener el primer hijo (Heath *et al.*, 1988).

Otros estudios se han preocupado sólo de los diferenciales en cuanto a la edad a la unión. Uno realizado en Guyana reveló que las mujeres de origen africano se unen medio año antes que las de origen indio (St. Bernard, 1989). Otro estudio llevado a cabo en Perú muestra que en ciertas tribus amazónicas la edad mediana a la unión es 14 años, mientras que en el país en su conjunto es 20.5 años. Interesante resulta la información adicional que entrega esta investigación respecto que entre las mujeres de esas tribus también existe diferencia entre las que ejercen la poligamia y las monógamas; las primeras se unen un año antes que las segundas (Hern, 1992). Por último, una encuesta realizada en 1986 en tres ciudades de Bolivia revela que las mujeres que hablaron quechua o aymara en su niñez se casan a edades más jóvenes que aquellas que hablaron castellano (Vargas, 1988).

Aun cuando los estudios mencionados muestran que los grupos étnicos a los que se asocia un menor nivel educacional son los que inician la formación de la familia más tempranamente, en Brasil sucede lo contrario, pues las mujeres de raza negra se unen más tardíamente que las de raza blanca (CEPAL, 1993).

d) Nivel de instrucción

Como se ha señalado, el nivel de instrucción afecta notablemente la edad al inicio de la unión y al ser madre por primera vez. A mediados de la década de 1970, la edad a la primera unión de las mujeres sin instrucción era casi cuatro años inferior a la de aquellas con siete o más años de educación. Esta distancia se reducía a diez meses en Jamaica y aumentaba a algo más de cinco años en Colombia.

La última información disponible para la década de 1980 o para principios de la de 1990 revela que la brecha se ha acentuado en varios países (tablas 3 y 4). Si se compara a las mujeres sin instrucción con las que tienen educación secundaria, la diferencia de edad al inicio de la unión oscila desde 2.2 años en Bolivia hasta 6 años en Trinidad y Tabago (véanse los gráficos 3 y 4). Una situación parecida a la de Bolivia se da en Ecuador y Perú, y semejante a la de Trinidad y Tabago es la realidad en Guatemala, México y Nicaragua. Los restantes países se ubican dentro del continuo, con la excepción de Jamaica, que es el único país donde el nivel de instrucción deja de ejercer influencia sobre la edad a la unión, y es apreciable sólo a nivel de estudios superiores (McFarlen y Warren, 1989).

Cuando se compara a las mujeres sin instrucción con las que tienen educación superior, la brecha en la edad al inicio de la unión aumenta aun más; por ejemplo, es de 4.5 años en Panamá (Araica, 1989), de 6 años en Ecuador (CEPAR y MSP, 1990), de 7 años en Colombia (CCRP y MINSALUD, 1988) y de 8 años en República Dominicana (IEPD y Oficina Nacional de Planificación, 1992).

Gráfico 3

PAÍSES SELECCIONADOS: EDAD A LA UNIÓN, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN

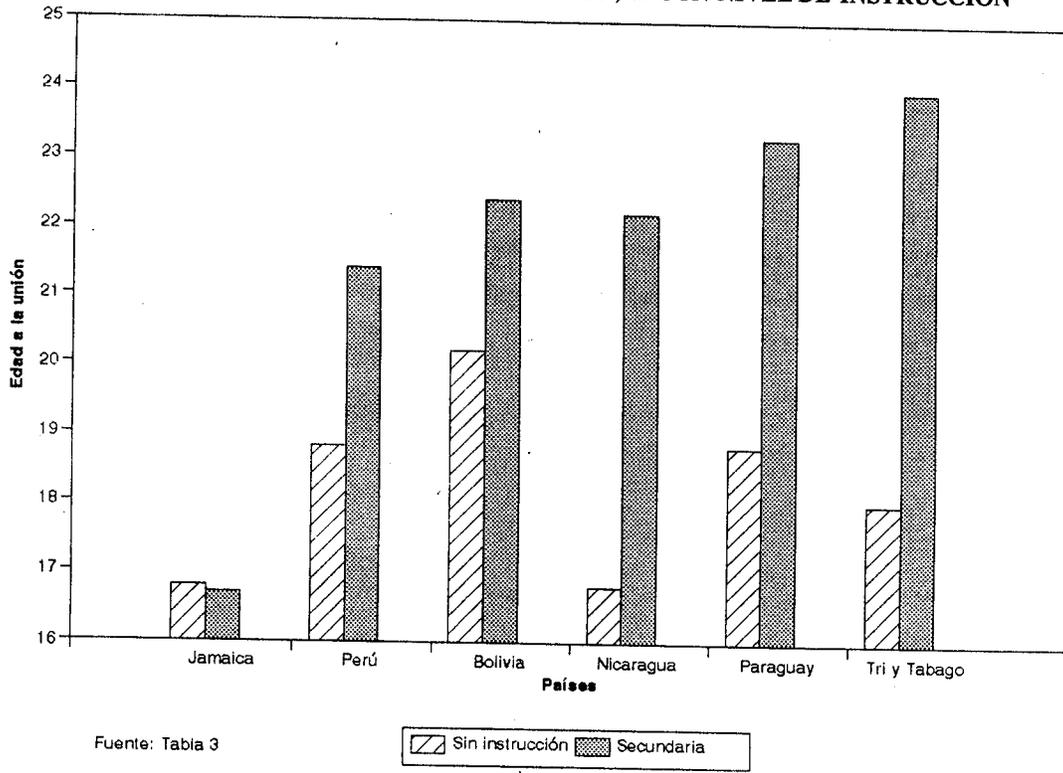
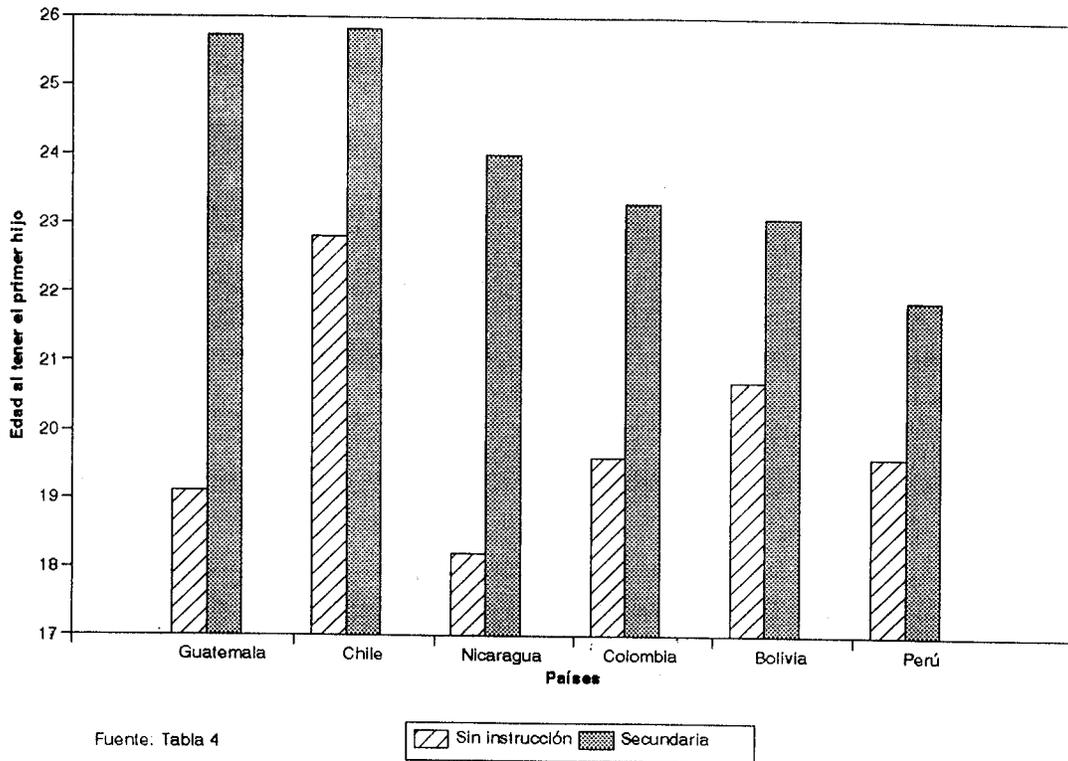


Gráfico 4

PAÍSES SELECCIONADOS: EDAD AL TENER EL PRIMER HIJO, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN



La diferencia parece mantenerse incluso cuando se controla el área de residencia o el nivel socioeconómico. Por ejemplo, en 1980 la edad a la unión de las mujeres panameñas sin instrucción era menor que la de aquellas con estudios universitarios, tanto en las áreas urbanas como rurales, aun cuando en las áreas rurales el diferencial era mayor (Araica, 1989). Y dos encuestas realizadas en barrios marginales de Quito en los primeros años de la década de 1990 (CEPAR, 1990, 1993) demostraron que, aun manteniéndose igual el nivel socioeconómico —mediante la aplicación de la encuesta a niveles bajos—, el nivel de instrucción sigue mostrando su efecto en la edad mediana a la unión. Así, mientras las mujeres sin instrucción se unen a una edad mediana de 19.5 años, aquellas con educación secundaria completa se unen a los 21 años y las que tienen educación superior lo hacen a los 24 años.

Respecto a la edad al tener el primer hijo, en el caso de las mujeres con educación secundaria, este acontecimiento sucede, en promedio, casi 4 años más tarde que en el de las sin instrucción formal. En algunos países la brecha sobrepasa los 5 años (Guatemala, México, Nicaragua y Trinidad y Tabago): en otros, en cambio, es menor (Bolivia, Ecuador, Panamá y Perú).

A juzgar por las cifras que se refieren a mujeres jóvenes (25-29 años), en algunos países son las mujeres sin instrucción las que más han rejuvenecido el inicio de la procreación; es el caso del Perú (INEI y Asociación Benéfica PRISMA, 1992) y de la República Dominicana (IEPD y Oficina Nacional de Planificación, 1992). En otros, todas las mujeres han venido adelantando su reproducción; eso sucede en Bolivia, Ecuador y Paraguay. En Chile, contrariamente a lo esperado, las mujeres que más han aumentado la edad al tener el primer hijo han sido aquellas sin instrucción, pasando de 21.5 años en 1982 a un poco menos de 23 en 1988. Por el contrario, las mujeres con estudios superiores adelantaron su reproducción, aun cuando la inician a una mayor edad (Muñoz, Reyes, Covarrubias y Osorio, 1991).

e) Actividad económica

La actividad económica y el tipo de ocupación de la mujer antes de unirse inciden tanto en la edad a la unión como al tener su primer hijo. Así, a mediados de 1970, las mujeres latinoamericanas que no trabajaban al momento de la unión se unían, en promedio, casi 3 años más temprano que las que lo hacían en ocupaciones calificadas (Naciones Unidas, 1990).

Algunos ejemplos ilustran la situación en décadas más recientes. En Guatemala la edad promedio a la primera unión y al tener el primer hijo era, en 1987, un año más tardía entre quienes trabajaron antes de casarse (Arias de Blois, 1990); en México era más de 2 años (Secretaría de Salud, 1990). En Venezuela el 20% de las mujeres que no trabajaron antes de casarse se unió antes de los 15 años, proporción que llega sólo al 8% entre las que sí lo hicieron (Freitez y Romero, 1991). En Ecuador se detectó que, en 1989, la mitad de las mujeres que no trabajaban —o que lo hacían en su casa— se había casado antes de los 20.5 años; en cambio, la mitad de las que trabajaban fuera de su casa se

unió a los 22 años (CEPAR y MSP, 1990). Esta diferencia, sin embargo, no se apreció entre las mujeres de barrios urbanos marginales de Quito (CEPAR, 1990, 1993). En Uruguay se detectó que, en 1986, las mujeres que trabajaban se unieron 1 o 2 años después que las inactivas, notándose un aumento de la brecha con el tiempo (Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 1990). Por último, en Chile las mujeres que en 1988 trabajaban fuera del hogar habían tenido su primogénito casi 5 años más tarde que las que no estaban insertas en el mercado laboral (Muñoz *et al.*, 1991).

Sólo un estudio (Dral, 1993) reporta la diferencia de la edad de las mujeres al tener su primer hijo según tipo de inserción en el mercado laboral. Se trata de una encuesta realizada en 1992 a menos de un centenar de mujeres de nivel socioeconómico bajo residentes en Puerto España (Trinidad y Tabago) económicamente activas. Las que trabajaban como obreras en el sector formal habían tenido su primer hijo a una edad mayor (22 años en promedio) que las que lo hacían en el informal como comerciantes en la calle (19 años en promedio).

f) Tipo de unión

A partir de la información entregada por varios estudios, podría también concluirse que la edad a la primera unión es menor en las uniones consensuales que en las legales. Así se detectó en tres ciudades de Bolivia (Vargas, 1988), en Brasil (Henríques, 1989), Guatemala (Arias de Blois, 1990), México (Quilodrán, 1991), República Dominicana (Duarte, Báez, Gómez y Ariza, 1988), Venezuela (Freitez y Romero, 1991) y Uruguay (Ministerio de Salud Pública, 1990), donde las mujeres que se unen consensualmente lo hacen entre 1.5 y 3 años antes que las que se casan legalmente. Debe señalarse también que en Uruguay, donde se ha venido produciendo una disminución de la edad a la unión, tal descenso ha sido más acentuado en las uniones consensuales (*op. cit.*). Un estudio realizado en México señala que esta diferencia se produce en todos los grupos sociales (Ojeda, 1989).

Si se toma en cuenta que las mujeres de las áreas rurales se unen a una edad más temprana y que las uniones consensuales son más frecuentes en estas áreas, podría plantearse la hipótesis que las mujeres unidas consensualmente se unen a una edad más temprana que las casadas legalmente porque habitan mayoritariamente en dichas zonas. Así, al menos, se detectó en Venezuela (Freitez y Romero, 1991) y en República Dominicana (Duarte *et al.*, 1988). Sin embargo, un estudio efectuado en Brasil (Henríques, 1989) encontró diferencias según tipo de unión también en las áreas rurales, aun cuando éstas eran menores que en las urbanas.

Sólo dos de los estudios revisados analizan la relación entre la edad al tener el primer hijo y el tipo de unión. Los datos de Guatemala (Arias de Blois, 1990) revelan que, cualquiera sea el tipo de unión (legal o consensual), las mujeres siguen teniendo su primer hijo un poco después de cumplir los 19 años. En Brasil se detectó (Henríques, 1989) que sí existe una diferencia, ya que mientras el 48% de las mujeres de 20 a 24 años de edad que se casaron legalmente tuvo su primer hijo antes de los 20 años, ese porcentaje se eleva al 61% entre las que se unieron en forma consensual.

g) Análisis multivariados

Son pocos los estudios que han profundizado, mediante análisis multivariados, un poco más en la evaluación de los factores que inciden en la edad a la que las mujeres se unen o tienen su primer hijo. Además, es preciso tener cautela con las conclusiones que se desprenden de los mismos, por cuanto no siempre los modelos incluyen todas las variables que pudieran estar explicando la situación. Aun así, es interesante revisar sus logros.

Un análisis realizado en Venezuela (Freitez y Romero, 1991), que incluyó como variables el contexto urbano-rural, el tipo de unión y el nivel educacional de las mujeres, detectó —aplicando el modelo de Coale— que el nivel educacional es el que, en todas las cohortes de mujeres analizadas, diferencia en mayor medida los patrones de nupcialidad.

Algunos análisis de regresión múltiple realizados en México (Welti y Grajales, 1989) muestran también que el nivel educacional es el factor que más explica el retardo en la edad al casarse y al tener el primer hijo. En este estudio se incluyeron las variables contexto urbano-rural de socialización, tamaño de la localidad de residencia, actividad económica de la mujer y nivel educacional. Se constató que el nivel educacional elimina el efecto que el lugar de socialización muestra respecto de la edad a la primera unión y al tener el primer hijo. Al introducir luego en el modelo la actividad económica de la mujer, controlando el lugar de socialización y el nivel educacional, se detectó que cuando la mujer ha trabajado antes de unirse se posponen tanto la edad a la unión como al tener su primer hijo en 1.6 años (contra 2.3 sin controlar las variables mencionadas), manteniéndose el efecto de la escolaridad, lo que hace suponer que esta variable no actúa sólo a través del trabajo sino directamente. Al incluir el trabajo de la mujer durante el intervalo protogenésico, éste sólo muestra un efecto de postergación de la edad al tener el primer hijo de 0.4 años, manteniéndose la influencia de la educación y del trabajo previo a la unión. Al agregar, por último, el tamaño de la localidad de residencia, controlando las variables anteriores, la mujer que vive en áreas metropolitanas pospone su unión, respecto de las que residen en localidades rurales, en 1.2 años y su maternidad en un año. Sin embargo, sigue manteniéndose el efecto del nivel de educación y de la actividad antes de la unión. Sin duda, la influencia de la edad a la primera unión sobre la edad de inicio de la maternidad es la más fuerte al incluir esta variable en la regresión, eliminando prácticamente el efecto aislado del resto de los factores. De ello es posible deducir que los citados factores actúan por la vía del inicio de la unión.

4. Relación entre la edad de la mujer a la formación de la familia y la fecundidad

Uno de los varios efectos de la edad al casarse y al tener el primer hijo es el que ejerce sobre la fecundidad acumulada. Varios estudios muestran que cuando la edad al unirse o al tener el primer hijo es mayor, existe un menor riesgo de embarazarse, dado el menor tiempo de vida reproductiva que le resta a la mujer. En Bolivia (INE, 1990), Guatemala (Ministerio de Salud Pública y Asistencia

Social, 1989), México (Secretaría de Salud, 1989), Uruguay (Ministerio de Salud Pública, 1990) y Trinidad y Tabago (Heath *et al.*, 1988) se ha detectado que, entre las mujeres que han estado unidas entre 10 y 14 años, las que se casaron antes de los 18 años tienen un hijo más que las que lo hicieron a los 25 años o más. En Colombia, la diferencia supera los 2 hijos (CCRP y MINSALUD, 1988).

En varios países, esta relación pierde importancia entre las mujeres que llevan unidas menos de 10 años, e incluso en algunos la diferencia se aprecia sólo pasados los 15 años de unión, como es el caso de Costa Rica, donde las mujeres que llevan hasta 14 años unidas muestran un mayor número de hijos al haberse unido a una mayor edad, y el cambio sólo es visible después de los 14 años de unión (Achío y Gómez, 1994). En otros países, en cambio, se aprecia la diferencia incluso entre las adolescentes. Es el caso de Colombia, donde Prada, Singh y Wulf (1988) detectaron que las jóvenes unidas antes de los 15 años tenían, en promedio, 0.6 hijos más que las que las unidas a los 18 o 19 años. Esto significa que, al terminar su vida reproductiva, las que se casaron antes tienen, respecto de las que se casaron más tarde, un hijo más en Ecuador y Uruguay (CEPAR, 1991; Uruguay, Minist. de Salud Pública, 1990), dos más en Guatemala y El Salvador (Arias de Blois, 1990; Singh y Wulf, 1990) y hasta tres más en Guyana y México (St. Bernard, 1989; Welti y Grajales, 1989).

La edad a la primera unión no sólo parece tener una relación directa con la fecundidad —a través de la ampliación del tiempo de exposición— sino que una indirecta mediante factores como el nivel educacional alcanzado por las mujeres y su participación en la actividad económica. Como ya se ha visto, con frecuencia una mayor permanencia en el sistema educacional o la incorporación al mercado de trabajo lleva a que las mujeres se casen más tarde y, por lo tanto, tengan un menor número de hijos. Aun así, la edad a la unión no pierde su influencia sobre la fecundidad acumulada, aunque su fuerza parece disminuir cuando el nivel educacional de la mujer es mayor. Tres estudios muestran que la relación inversa entre edad a la unión y fecundidad se mantiene al controlar el nivel educacional. En Ecuador, mientras la diferencia es de 2 hijos entre las mujeres sin instrucción, es de menos de 1 hijo entre las con algún grado de educación (CEPAR, 1991). En El Salvador, la diferencia de 1.7 hijos entre las que tienen menos de 6 años de educación se reduce a 1 hijo entre las mujeres con más años de educación (Singh y Wulf, 1990). Por último, en Uruguay también se aprecia una diferencia, que sólo se anula entre las mujeres con educación superior (Ministerio de Salud Pública, 1990).

En Colombia, Ordóñez (1991) realizó un análisis de las correlaciones entre la tasa de fecundidad de 13 subregiones del país y varios factores, dos de los cuales fueron la edad de entrada a la unión y al tener el primer hijo. Estas dos variables arrojaron un índice de correlación con la fecundidad de r^2 de -0.71, similar al que resulta de correlacionar la fecundidad con el porcentaje de uniones libres, pero algo menor que el detectado respecto de la fecundidad deseada y de la prevalencia de métodos modernos de planificación familiar. Un análisis multivariado llevado a cabo con información proveniente de zonas rurales del Ecuador (CEPAR, 1988b) detectó que, en dichas áreas, la edad a la primera unión ocupó —entre las variables introducidas en el análisis— la cuarta posición en la explicación directa de la fecundidad reciente (número de hijos en los últimos cinco años) de mujeres

unidas o casadas. Las variables que ocuparon la primera, segunda y tercera posición fueron los años de unión, el número deseado de hijos y el nivel de instrucción de la mujer, respectivamente. Además de su efecto directo sobre la fecundidad reciente, la edad a la unión mostró efectos indirectos, tanto en su relación inversa con el número deseado de hijos como directamente con el nivel de instrucción.

Respecto del efecto que la edad al tener el primer hijo tiene sobre la fecundidad, Arias de Blois (1990) observó en Guatemala que las mujeres de 40-44 años que habían tenido su primer hijo a los 18 años tenían 7 hijos, mientras que las que lo habían tenido a los 25 años tenían 5.6. También en Colombia, Prada *et al.* (1988) detectaron que las mujeres de 35-39 años que habían sido madres por primera vez en su adolescencia tenían 5.4 hijos, y que las de ese mismo grupo que habían esperado más tenían 3.3 hijos.

El mayor número de hijos de las mujeres que tuvieron su primogénito a una edad más joven se observa tanto en las mujeres urbanas como en las rurales. En Guatemala (Arias de Blois, 1990), Colombia (Prada *et al.*, 1988) y Brasil (Alan Guttmacher Institute, 1988b) la relación inversa se produce en ambos contextos geográficos, siendo mayor la diferencia del número de hijos en las zonas rurales que en las urbanas. Sin embargo, en otros países (Ecuador, El Salvador, México, Perú y República Dominicana) la mayor diferencia en el número de hijos según la edad al tener el primer hijo se produce en las áreas urbanas (Singh y Wulf, 1990).

Un análisis multivariado realizado por Castro y Juárez (1995) con información de tres países de América Latina (Colombia, Ecuador y Guatemala) muestra que en ellos la edad al tener el primer hijo (menos de 18 o más de 18 años) presenta coeficientes de regresión significativos ($p < 0.01$) en la explicación del número de hijos tenidos por las mujeres unidas. Dicha variable ocupa el sexto lugar en Colombia (sobrepasada por la educación de la mujer y del cónyuge, la posesión de refrigerador —como variable *proxy* de la condición socioeconómica—, el uso de anticonceptivos con paridez 0 o 1 y haber tenido un hijo premaritalmente), el tercero en Guatemala (sobrepasada por la posesión de refrigerador y por haber tenido un hijo premaritalmente) y el segundo en Ecuador (sólo sobrepasada por haber tenido un hijo premaritalmente).

5. La edad ideal de la mujer a la primera unión

No se conocen muchas investigaciones sobre la edad ideal a la unión que expresan las mujeres, y su relación con la edad real es diferente en los casos revisados. Así, por ejemplo, en tres distritos de Cuba —de diferente grado de urbanización— se constató que la edad ideal es más elevada que la edad real a la unión. Mientras mayor es el grado de urbanización, mayor es la edad ideal expresada por las mujeres, aunque, como ya se ha visto, también es mayor la edad de entrada a la unión. En el distrito urbano la edad ideal expresada por las mujeres fue de 23.2 años y la edad real es de 20.8 años. La mayor diferencia entre edad ideal y real, sin embargo, se produce en el distrito semiurbano (3.6 años de diferencia) y la menor en el sector más urbano (Catasús *et al.*, 1988). En Chile, al

contrario, parece no haber diferencia entre ambas edades: en 1988 las jóvenes de 15 a 24 años del Gran Santiago expresaron un promedio ideal de 23.6 años (Valenzuela, Herold y Morris, 1989), prácticamente igual al promedio real, que se estimó en 23.4 (Muñoz *et al.*, 1991).

Un estudio realizado en dos ciudades de Ecuador detectó que la edad ideal de unión es mayor mientras más elevado es el nivel educacional de la mujer (CEPAR, 1989). El hecho que la mujer trabaje o no fuera del hogar, en cambio, parece no guardar relación. Así, al menos, se detectó en Cuba, manteniéndose constante el nivel de urbanización del lugar de residencia. Sin embargo, al comparar la categoría ocupacional de las mujeres que trabajan, se apreciaron diferencias, siendo mayor la edad ideal a la unión de las mujeres profesionales y técnicas que la de las mujeres obreras. La diferencia es más marcada mientras más urbana es la zona de residencia (Catasús *et al.*, 1988).

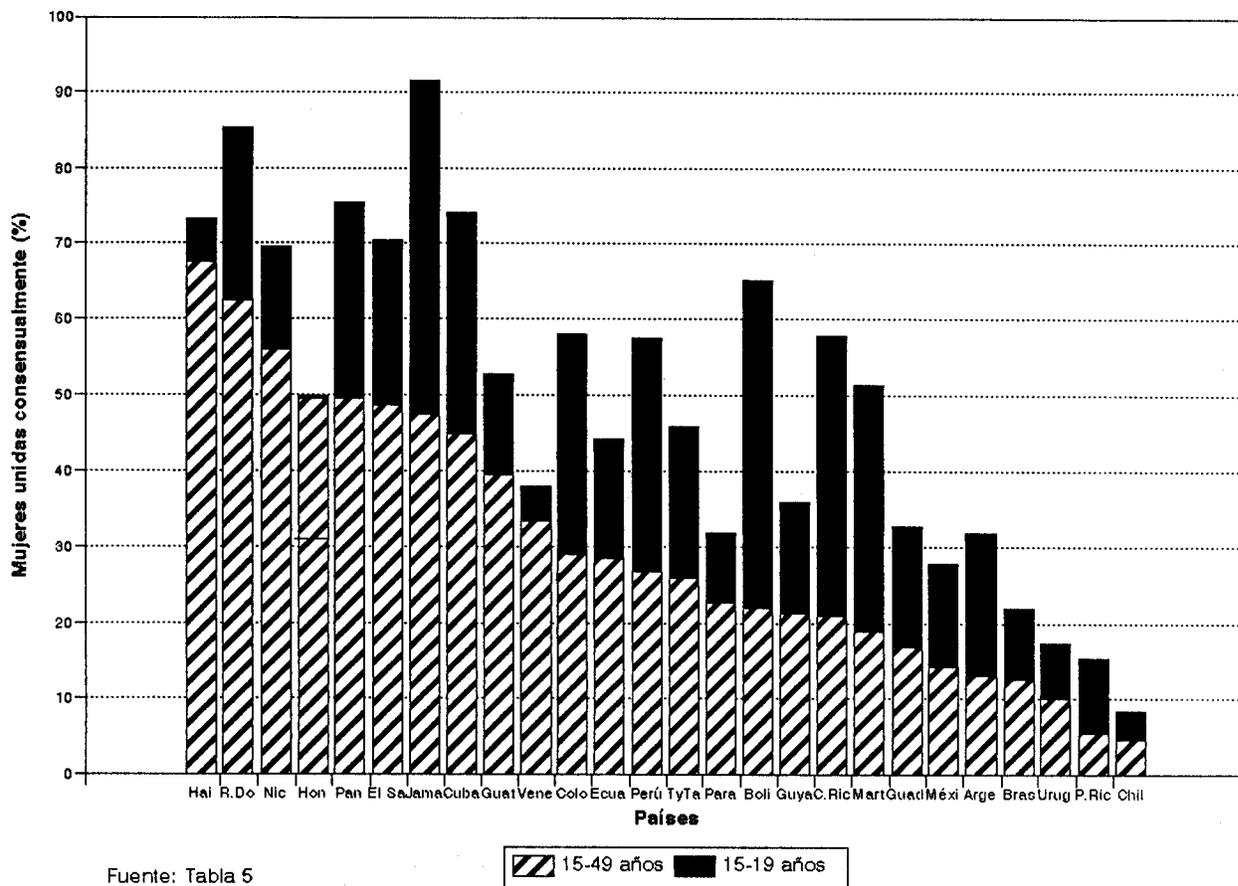
6. El tipo de unión y su relación con la fecundidad

América Latina, y especialmente el Caribe, es la región con la mayor proporción de uniones consensuales. En tres países las uniones consensuales son más numerosas que las legales (Haití, República Dominicana y Nicaragua), y en siete representan más de un tercio del total de uniones (Honduras, El Salvador, Panamá, Jamaica, Cuba, Guatemala y Venezuela). Existen otros países, sin embargo, en los que las uniones legales constituyen más del 85% del total de uniones (Chile, Puerto Rico, Uruguay, Brasil, Argentina y México) (gráfico 5 y tabla 5).

En seis países para los que se contó con información (El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú y México) parecen haber descendido las uniones consensuales (Díaz, 1994; García y Gomáriz, 1989; Davis, 1994; CEPAL, 1993; Ojeda, 1988). En los demás (Cuba, Nicaragua, Venezuela, Costa Rica y Brasil) han aumentado, desde un 2% en nueve años en Venezuela hasta un 7% en seis años en Cuba (Díaz, 1994; Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1994; CEPAL, 1993; García y Gomáriz, 1989; Ramírez, 1994; Oliveira y Berquó, 1990).

En todos los países de la región, el mayor porcentaje de uniones consensuales se produce entre las adolescentes de 15 a 19 años (véase el gráfico 5), con excepción de Haití, donde el porcentaje mayor se observa en el tramo de edad de 20-24 años, y de Honduras, donde éste aumenta con la edad. En aquellos países que cuentan con un tercio o más de uniones consensuales, el porcentaje de adolescentes unidas en este tipo de uniones representan más del 50%, salvo en Honduras y Venezuela. Incluso en países con un porcentaje menor de uniones consensuales, como Bolivia, Colombia, Costa Rica, Perú y Martinica, el porcentaje de adolescentes unidas consensualmente sobrepasa el 50%. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Bolivia, levantada en 1994, reveló que el 62% de las uniones con menos de un año de duración (recién formadas) son consensuales y que ya al año de formadas son más frecuentes las uniones legales, lo que demuestra que la mayoría de las uniones comienzan en consensuales para posteriormente legalizarse (INE, 1994).

Gráfico 5
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: MUJERES
UNIDAS CONSENSUALMENTE (15-49 Y 15-19 AÑOS)



La unión consensual es mayor en las zonas rurales. Existen excepciones, como es el caso de Honduras, donde no sólo aumenta la consensualidad con la edad de la mujer sino que también es más común en las zonas urbanas (García y Gomáriz, 1989).

Al hablar de uniones consensuales deben distinguirse diversas situaciones, porque no siempre reflejan necesariamente una desorganización familiar. Una situación, sin duda, es la que experimentan parejas que se ven forzadas a adaptarse a malas situaciones económicas y, por lo tanto, recurren a la unión consensual como forma de iniciar la vida conyugal. Agrupa principalmente a parejas de estratos bajos, madres solteras y jóvenes embarazadas. Pero, en otros casos la unión consensual es aceptada por la cultura tradicional, pareciéndose en su forma de organización a la unión legal. Por ello es más común en las áreas rurales, y esa es la situación que se produce con frecuencia en países del Caribe. Por último, hay situaciones que podrían interpretarse como una respuesta nueva a los cambios económicos y socioculturales que han venido ocurriendo. Constituye una opción de mujeres con alto grado de educación que, o bien reaccionan en contra de las normas establecidas, o bien postergan voluntariamente la edad de formar un matrimonio legal.

La información de ocho estudios realizados en la región muestra que la fecundidad de las mujeres unidas consensualmente es mayor que la de las unidas legalmente. En Argentina hubo, en 1980, casi 20 nacimientos por cada cien mujeres unidas consensualmente, en tanto que los de las unidas legalmente fueron 13.5 (CEPAL, 1993). En Colombia (Flórez, 1993), Cuba (Alvarez y Catasús, 1988; Henriques, 1989), El Salvador (Dirección de Población, 1990), Panamá (Araica, 1989), República Dominicana (Duarte *et al.*, 1988), Uruguay (Ministerio de Salud Pública, 1990) y Venezuela (Freitez y Romero, 1991) las mujeres unidas consensualmente han tenido más hijos que las casadas legalmente. Esta cifra va desde 0.3 hijos más en El Salvador hasta casi 1.5 hijos más en Cuba. En la mayoría de los países la diferencia de hijos es pequeña o nula entre las mujeres de 15 a 19 años, pero aumenta con la edad. Cuba muestra un patrón diferente, pues la diferencia de hijos se aprecia mayormente entre los 15 y 34 años, y se hace muy pequeña pasada esa edad (Henríques, 1989). En República Dominicana, esta mayor fecundidad de las mujeres unidas consensualmente afecta notablemente la tasa de fecundidad general, por cuanto este tipo de unión es el dominante.

Como ya se vio, las mujeres unidas consensualmente lo hacen a una edad más temprana que las que contraen un matrimonio legal, y posiblemente ese sea un factor explicativo. Otra variable interviniente es el menor nivel de instrucción de gran parte de las mujeres en este tipo de unión. Una tercera explicación a esta diferencia puede ser la residencia rural de la mayoría de estas mujeres, puesto que en las ciudades vive una mayor proporción de mujeres casadas legalmente.

Duarte *et al.* (1988) plantean la hipótesis de que la diferencia de fecundidad podría deberse a que las uniones consensuales muestran un mayor grado de separaciones que las legales. Este hecho haría que las mujeres, al volver a unirse, deseen tener un hijo con la nueva pareja, lo que redundaría en una mayor fecundidad. Sin embargo, Freitez y Romero (1991) desconfirmarían estabilizan en parte tal conjetura, al controlar el efecto de la disolución de la primera unión en Venezuela: sistemáticamente las mujeres —incluso las adolescentes— que no han disuelto su unión tienen un promedio de hijos menor cuando están casadas legalmente que cuando son unidas consensualmente. Sin embargo, se amplía la diferencia al no controlar la estabilidad de la unión, especialmente entre las edades de 30 a 34 años de edad, la que disminuye al final del período reproductivo.

Duarte *et al.* (1988) plantean que otra variable explicativa de la diferencia de la fecundidad entre ambos grupos, al menos en República Dominicana, puede ser el uso diferencial de anticonceptivos. Así, mientras en 1980 el 53% de las mujeres casadas legalmente usaba anticonceptivos, sólo lo hacía el 36% de las unidas consensualmente. Más adelante se analizará esta variable para una mayor cantidad de países. Sin embargo, no en todos los países se da este patrón de una mayor fecundidad de las mujeres unidas consensualmente. Un estudio de México (Quilodrán, 1991) muestra que las mujeres con una primera unión legal tienen al final de su vida fértil más hijos, pero en las cohortes de 15 a 34 años las convivientes tienen más hijos (0.5 hijo más que las legales). En El Salvador, donde el diferencial es pequeño, se aprecia que en el área rural las mujeres casadas legalmente tienen un leve mayor número de hijos que las unidas consensualmente (Dirección de Población, 1990).

7. Referencias bibliográficas

- Achío, M. y Gómez, V. M. (1994), La fecundidad. En Caja Costarricense de Seguro Social, *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Fecundidad y formación de la familia*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Alan Guttmacher Institute (1988a), El Salvador: descenso de la fecundidad debe mucho a la esterilización. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, Número Especial de 1988*, 38-40.
- ____ (1988b), *Adolescents of today, parents of tomorrow: Brasil*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- ____ (1989), Paraguay: la fecundidad ha variado muy poco en los últimos 10 años. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, Número Especial de 1989*, 37-38.
- Althaus, F. (1991), Three in four Jamaican pregnancies are either mistimed or unwanted. *International Family Planning Perspectives*, 17 (1), 32-34.
- Alvarez, L. y Catasús, S. (1988), *Encuesta de Fecundidad y Prevalencia de Métodos Anticonceptivos. Las Tunas, 1985. Informe general*. La Habana: Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana.
- Araica, H. (1989), *Algunos aspectos diferenciales de la fecundidad en Panamá*. Panamá: CELA.
- Arias de Blois, J. (1990), *Edad de la mujer al primer matrimonio y al nacimiento del primer hijo*. Guatemala: Instituto de Investigaciones, Universidad del Valle de Guatemala.
- Asociación Demográfica Costarricense (1988), *Encuesta de Fecundidad y Salud: Costa Rica 1986*. San José: Asociación Demográfica Costarricense.
- Bolivia, INE (Instituto Nacional de Estadística) (1990), *Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1989*. La Paz: INE.
- ____ (1994), *Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994*. La Paz: INE.
- Castro, T. y Juárez, F. (1995), La influencia de la educación de la mujer sobre la fecundidad en América Latina: en busca de explicaciones. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, Número Especial de 1995*, 4-10.
- Catasús, S. (1991), *La nupcialidad cubana en el siglo XX*. La Habana: CEDEM.
- Catasús, S., Farnós, A., González, F., Grove, R., Hernández, R. y Morejón, B. (1988). Cuban women: Changing roles and population trends. *Women, Work and Development*, 17. Geneva: International Labour Office.
- CCRP (Corporación Centro Regional de Población) y MINSALUD (Ministerio de Salud) (1988), *Colombia: Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud 1986*. Bogotá: CCRP/MINSALUD.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1993), *Cambios en el perfil de las familias: la experiencia regional*. Santiago: CEPAL.
- CEPAR (Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable) (1988a), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1987*. Quito: CEPAR.
- ____ (1988b), *Análisis multivariado de los determinantes de la fecundidad en comunidades rurales del Ecuador*. Quito: CEPAR.
- ____ (1989), *Encuesta de Información y Experiencia Reproductiva de los Jóvenes Ecuatorianos en Quito y Guayaquil*. Quito: CEPAR.
- ____ (1990), *Encuesta Socio-demográfica en Zonas Marginales de Quito. ENSODEMA 1990*. Quito: CEPAR.
- ____ (1991), *Instrucción de la mujer y fecundidad*. Quito: CEPAR.
- ____ (1993), *Encuesta de Salud y Planificación Familiar en Barrios Urbanos Marginales de Quito. ESPLAFAM 1992*. Quito: CEPAR.
- CEPAR (Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable) y MSP (Ministerio de Salud Pública) (1990), *Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. ENDEMAIN-89*. Quito: CEPAR/MSP.
- CEPEP (Centro Paraguayo de Estudios de Población) (1991), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990*. Asunción: CEPEP.
- CONAPOFA (Consejo Nacional de Población y Familia) (1987), *Encuesta Demográfica y de Salud DHS-86*. Santo Domingo: CONAPOFA.
- Davis, M. (1994), Características actuales de la familia panameña. *Revista Jurídica Panameña N° 1 (Segunda Epoca)*, 13-37. Panamá: Universidad de Panamá.
- Díaz, M. (1994), *Uniones consensuales en Cuba*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.
- Dral, I. F. (1993), *Female productivity & reproductivity in Port of Spain, Trinidad: A case study of hucksters and factoryhands*. Utrecht: Social Faculty, University of Utrecht.
- Duarte, I., Báez, C., Gómez, C. J. y Ariza, M. (1988), *Población y condición de la mujer en República Dominicana*. Santo Domingo: IEPD.
- El Salvador, Dirección de Población (1990), *Estudio retrospectivo de la fecundidad en El Salvador*. San Salvador: Dirección de Población, Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social.

- Flórez, C. E. (1993), *Los grupos de alta fecundidad y sus factores determinantes. El caso de Colombia 1990*. Bogotá: CELADE.
- Freitez, A. y Romero, D. (1991), *Estudio de los patrones de nupcialidad y fecundidad en Venezuela a partir de la Encuesta Nacional de Fecundidad 1977*. Caracas: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, Universidad Católica Andrés Bello.
- García, A. I. y Gomáriz, E. (1989), *Mujeres centroamericanas ante la crisis, la guerra y el proceso de paz. Tomo I Tendencias Estructurales*. San José: FLACSO/Universidad para la Paz/CSUCA.
- Guadalupe, S. E. (1988), *Desarrollo económico social y comportamiento reproductivo en el Perú*. Lima: CONCYTEC.
- Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1989), *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Heath, K., Da Costa-Martínez, D. y Sheon, A. R. (1988), *Trinidad and Tobago Demographic and Health Survey. 1987*. Port-of-Spain: Family Planning Association of Trinidad and Tobago.
- Henríques, M. H. (1989), Brazil: Changes in nuptiality and their fertility implications. En International Union for the Scientific Study of Population, *International Population Conference, 1989, 3*, 163-174. Liege: IUSSP.
- Hern, W. M. (1992), Polygyny and fertility among the Shipibo of the Peruvian Amazon. *Population Studies*, 46 (1), 53-64.
- IEPD (Instituto de Estudios de Población y Desarrollo) y Oficina Nacional de Planificación (1992), *Encuesta Demográfica y de Salud 1991*. Santo Domingo: IEPD/Oficina Nacional de Planificación.
- Insfran, E. (1992), *Análisis de los determinantes próximos de la fecundidad. El caso de Paraguay, 1990*. Santiago: CELADE.
- Instituto de la Mujer de España y FLACSO (1994), *Mujeres latinoamericanas en cifras: Nicaragua*. Santiago: Instituto de la Mujer de España/FLACSO.
- ____ (1995), *Mujeres latinoamericanas en cifras: México*. Santiago: Instituto de la Mujer de España/FLACSO.
- Instituto Internacional de Estadística (1982), *La Encuesta de Fecundidad de Jamaica 1975-76. Resumen de resultados*. Voorburg: Instituto Internacional de Estadística.
- International Statistical Institute (1980), *The Guyana Fertility Survey, 1975. A summary of findings*. Voorburg: International Statistical Institute.
- Kendall, M. (1980), *La Encuesta Mundial de Fecundidad: situación actual y resultados*. Population Reports, Serie M, 3. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Lamur, H. E. (1989), Fertility and social reciprocity in an urban neighborhood in Suriname. En H. E. Lamur y J. Mac Donald (Eds.), *Social consequences of population pressure in the Guianas* (pp. 223-241), Amsterdam: AWIC.
- McFarlane, C. y Warren, C. (1989), *1989 Jamaica Contraceptive Prevalence Survey. Final report*. Kingston: National Family Planning Board.
- México, Secretaría de Salud (1989), *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987*. México: Secretaría de Salud.
- ____ (1990), *La salud de la mujer en México. Cifras comentadas*. México: Secretaría de Salud.
- Mier y Terán, M. (1990), *Implicaciones del descenso de la fecundidad en la participación laboral femenina: el caso de México*. México: Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Muñoz, M., Reyes, C., Covarrubias, P. y Osorio, E. (1991), *Chile en familia: un análisis sociodemográfico*. Santiago: UNICEF.
- Naciones Unidas (1986), *Nuptiality: Selected findings from the World Fertility Survey*. New York: United Nations.
- ____ (1990), *Patterns of first marriage. Timing and prevalence*. ST/ESA/SER.R/111. New York: United Nations.
- Ojeda, N. (1988), La importancia de las uniones consensuales. *Carta demográfica sobre México*. México: Ojeda.
- ____ (1989), *El curso de la vida familiar de las mujeres mexicanas: un análisis sociodemográfico*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Oliveira, M. C. y Berquó, E. (1990), A família no Brasil: análise demográfica e tendências recentes. *Anais do XIII Encontro Anual*. São Paulo: ANPOCS/Vértice.
- Ordóñez, M. (1991), Determinantes sociodemográficos de la salud materna. *PROFAMILIA*, 7 (17), 47-54.
- Palma, Y. y Suárez, J. (1991), El descenso de la fecundidad en México. En IRD/Macro International, *Demographic and Health Surveys World Conference, Proceedings Volume III*, 1833-1864.
- Pantelides, E. A. y Binstock, G. (1993), Factores de riesgo de embarazo adolescente en el Paraguay. *Revista Paraguaya de Sociología*, 87, 171-186.
- Paraguay, Dirección General de Estadística y Censos (1981), *Encuesta Nacional de Fecundidad*. Asunción: Dirección General de Estadística y Censos.
- Pereira, R. (1992), *Bolivia en el marco de las políticas de ajuste estructural*. LC/R. 1076. Santiago: CEPAL.
- Perú, INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) y Asociación Benéfica PRISMA (1992), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991/1992*. Lima: INEI/PRISMA.
- Prada, E., Singh, S. y Wulf, D. (1988), *Adolescentes de hoy, padres del mañana: Colombia*. Bogotá: Alan Guttmacher Institute.

- PROFAMILIA (Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana) (1991), *Colombia: Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud 1990*. Bogotá: PROFAMILIA.
- PROFAMILIA (1993), *Encuesta sobre Salud Familiar Nicaragua 92-93. Informe preliminar*. Managua: PROFAMILIA.
- Quilodrán, J. (1990), Entrance into marital union and into motherhood by social sectors. En M. Bronfman, B. García, F. Juárez, O. De Oliveira y J. Quilodrán, *Social sectors and reproduction in Mexico* (pp. 4-8). México: El Colegio de México/The Population Council.
- ____ (1991), *Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México*. México: El Colegio de México.
- Ramírez, H. (1994), Nupcialidad: formación y disolución de las uniones. En Caja Costarricense de Seguro Social, *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Fecundidad y formación de la familia*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Singh, S. y Wulf, D. (1990), *Adolescentes de hoy, padres del mañana: un perfil de las Américas*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Solís, F. (1991), Impacto demográfico de las embarazadas adolescentes. En UNICEF y SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer), *Embarazo en adolescentes. Diagnóstico 1991* (pp. 13-25). Santiago: UNICEF/SERNAM.
- Soto, V. A. y Guevara, D. (1988), Chiclayo, Perú: sexualidad y planificación familiar en mujeres de diferente condición socioeconómica. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, Número Especial*, 29-32.
- St. Bernard, G. C. (1989), *Correlates of fertility in Guyana and Trinidad and Tobago: A comparative study of Indians and non-Indians*. Ontario: The University of Western Ontario.
- Uruguay, Ministerio de Salud Pública (1990), *Factores determinantes directos de la fecundidad y sus implicancias en salud*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- Valenzuela, M. S., Herold, H. y Morris, L. (1989), *Encuesta de Salud Reproductiva en Adultos Jóvenes. Gran Santiago 1988: informe final*. Santiago: Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Vargas, M. (1988), Las características de la nupcialidad. En Consejo Nacional de Población, *Mujer, trabajo y reproducción humana en tres contextos urbanos de Bolivia 1986-1987* (pp. 63-78). La Paz: CONAPO/The Pathfinder Fund.
- Vega, I. (1994), Diversidad familiar en Costa Rica: un análisis tipológico en la Región Metropolitana. *Actualidades en Psicología*, 9, 79. San José: Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica.
- Warren, C. W., Oberle, M. W., Morris, L. y Médica, V. (1988), Changes in contraceptive use and fertility: Panama, 1976 to 1984. *Social Biology*, 35 (1-2), 74-81.
- Welti, C. y Grajales, A. (1989), *Cambios recientes en la fecundidad en México: tendencias recientes y evaluación programática*. México: Consejo Nacional de Población.
- Witwer, M. (1990), Haitian fertility rate may have risen in 1980s; contraceptive use levels remain very low. *International Family Planning Perspectives*, 16 (1), 33-35.

IV. EL ESPACIAMIENTO DE LOS HIJOS

La importancia de analizar los intervalos que median entre la unión y el nacimiento del primer hijo y de los nacimientos posteriores es de doble índole: demográfica y de salud. Por una parte, permite examinar el proceso de formación y expansión de la familia, por cuanto ellos dan cuenta de los patrones de reproducción de las mujeres. Por otra, diversos estudios han demostrado una relación entre el espaciamiento de los nacimientos y la salud maternoinfantil (Omran, 1985, en Vargas *et al.*, 1989). Los hallazgos más frecuentes muestran una asociación entre intervalos cortos (menores de 2 años) y mortalidad y desnutrición del niño siguiente y altas tasas de prematuridad, bajo peso al nacer, mortalidad neonatal y menor desarrollo físico e intelectual. (Vargas *et al.*, 1989).

Un análisis efectuado por las Naciones Unidas (1994) en nueve países de América Latina y el Caribe, en la segunda mitad de la década de 1980, demostró que, tomando como grupo de referencia un intervalo intergenésico de 24 a 47 meses, el mayor riesgo de mortalidad antes de los 5 años de niños nacidos con un intervalo menor a los 18 meses oscilaba entre un 95 y un 164%. Dicho mayor riesgo descende a un rango que va de un 5 a un 48% cuando el intervalo intergenésico había sido de 18 a 23 meses. También Omran y Solís (1992) detectaron en once países de América Latina y El Caribe que la mortalidad de los menores de 5 años era notoriamente mayor cuando el intervalo intergenésico fue inferior a 2 años. En Perú se advirtió que la tasa de mortalidad infantil de niños que nacieron con menos de 2 años de diferencia con el hermano anterior era el doble de la de niños nacidos con un intervalo de 2 a 3 años y 3.5 veces mayor que la de los con intervalos de 4 y más años (INEI, 1995).

El estudio de Vargas *et al.* (1989) en dos maternidades de Santiago mostró que, entre los no primogénitos, el menor peso promedio al nacer lo tuvieron aquellos con un intervalo genésico con su hermano anterior de menos de 2 años, y que el 11% de ellos tuvo un bajo peso al nacer (menos de 2.5 kilos) en 1984-1985, el que llegó al 7% en 1988. La mayor diferencia se encontró entre estos niños y los nacidos con un intervalo de 3 a 4 años, entre los que sólo un 3% tuvo bajo peso al nacer.

1. El intervalo protogenésico real

En las tablas 1 y 2 se verá que la diferencia entre la edad media o mediana de entrada a la unión y la edad al tener el primer hijo oscila entre 0.5 años en Costa Rica y México y 3.4 años en Jamaica. En Chile, la mediana de edad al tener el primer hijo es menor que la edad a la primera unión.

La información entregada por siete estudios que abordan la estimación del intervalo protogenésico indica que este oscila, en promedio, entre 1 año y 1.5 años. En Costa Rica (Vega, 1994) se presenta el menor intervalo (1 año) y en Uruguay (Ministerio de Salud Pública, 1990), el mayor (1.5 años). Algunos estudios han estimado también el intervalo protogenésico excluyendo a las mujeres que tuvieron hijos antes de la unión, el que se eleva a un rango que va de 20 a 23 meses. Los estudios muestran que en los países ha existido una leve tendencia al aumento del intervalo

protogenésico. Así al menos se ha detectado en Brasil (CEPAL, 1993), Panamá (Araica, 1989) y Uruguay. Sin embargo, en otros parece haberse mantenido estable en el tiempo, como en Colombia (Flórez, 1989), o haber disminuido, como en Cuba (Catasús *et al.*, 1988).

a) *Concepción antes de la unión*

La concepción previa a la unión es frecuente en los países de la región, pero hay diferencias entre ellos. Cinco estudios entregan información. En el extremo inferior se encontrarían El Salvador (ADS, 1987) y Brasil, donde llega al 12.5 y 15%, respectivamente, de las mujeres unidas. En el otro extremo podrían mencionarse países como Guatemala (Arias de Blois, 1990), Costa Rica y Cuba (Comité Estatal de Estadísticas, 1988), donde dicha concepción alcanza al 20, 25 y 26%, respectivamente. Si se considera a las mujeres que no sólo concibieron sino que además tuvieron su hijo antes de la unión, se agrega alguna información. Este porcentaje es pequeño en ciertos países, como El Salvador, donde sólo se registra un 5% de mujeres unidas que tuvieron su hijo antes de contraer la unión, pero en la mayoría es mayor. En algunos países el porcentaje oscila entre un 10 y un 15%, como en Costa Rica, Chile (CEPAL, 1993), Ecuador (CEPAR y MSP, 1990), México (Ojeda, 1989) y Perú (Quilodrán, 1992), y en algunos llega al 19% (Cuba).

La concepción prematrimonial parece ser diferencial según algunas características contextuales. Así, en Brasil el porcentaje es menor entre las mujeres de raza blanca (14%) y mayor entre las de raza negra (19%) y en Guatemala es menor en la población indígena. Por otro lado, en México ésta es menor entre los campesinos y trabajadores agrícolas (9%) que entre el proletariado urbano (16%).

Sin embargo, como bien lo señala Ojeda (1989) para el caso de México, la causa está más bien en el hecho que, en todos los ejemplos anteriores, las mujeres con menor concepción prematrimonial se unen a edades más tempranas, con menor probabilidad de tener hijos antes de producirse la unión.

b) *Diferenciales del intervalo protogenésico*

□ *Áreas urbana y rural*

Los diferenciales según área de residencia encontrados en tres estudios no permiten desprender conclusiones. Mientras en Cuba el intervalo protogenésico es mayor mientras más urbanizada es la localidad (Catasús *et al.*, 1988), en Guatemala y Panamá sucede lo contrario.

□ *Nivel de instrucción*

El nivel de instrucción no muestra un efecto sistemático en los países. El estudio efectuado en Cuba por Catasús *et al.* (1988) constató que la instrucción sólo marca diferencias del intervalo protogenésico en el área urbana y no en las semiurbanas o rurales, en cuanto que sólo las mujeres

urbanas más instruidas muestran un intervalo mayor que las menos educadas. Un estudio realizado en Venezuela muestra que no discrimina (Freitez y Romero, 1991). En el otro extremo, están Chile (Muñoz *et al.*, 1991) y Panamá, con intervalos protogenésicos mayores en las con menor educación.

□ *Estrato socioeconómico*

El estudio de México muestra que el intervalo protogenésico es mayor mientras más alto es el estrato socioeconómico, y va de 1.4 años entre las campesinas y las asalariadas agrícola a 2.5 en la burguesía.

□ *Actividad económica de la mujer*

La actividad económica parece marcar algunas diferencias en algunos países, pero en otros no es así. En México, Welti y Grajales (1989) concluyen que cuando la mujer trabaja antes de unirse posterga el nacimiento de su primer hijo en 2.3 años y el intervalo protogenésico en 1.8 años. En Cuba no existe un diferencial ni por actividad ni por categoría ocupacional (Catasús *et al.*, 1988).

□ *Grupo étnico*

El estudio efectuado en Brasil (CEPAL, 1993) muestra que el intervalo protogenésico es de 14 meses entre las mujeres de raza negra y mulatas y de 14.8 meses entre las de raza blanca, y el de Guatemala (Arias de Blois, 1990) revela que las mujeres indígenas tienen un intervalo mayor que las ladinas.

□ *Edad de entrada a la unión*

De los estudios revisados, sólo el efectuado en Venezuela (Freitez y Romero, 1991) concluye que la relación entre el intervalo protogenésico y la edad de entrada en unión es inversa. En ese país las mujeres que ingresaron al matrimonio antes de los 16 años muestran un intervalo protogenésico promedio de 15 meses y, al aumentar la edad al casarse, la duración de dicho intervalo tiende a ser menor, hasta llegar a un promedio de 13 meses entre las que se unieron a los 20 o más años.

□ *Tipo de unión*

El citado estudio sobre Venezuela analiza el intervalo protogenésico según tipo de unión y constata que las casadas legalmente muestran un intervalo levemente menor que las unidas consensualmente.

c) *Intervalo protogenésico y fecundidad*

Entre los estudios revisados, dos de ellos muestran que el intervalo protogenésico tiene una relación inversa con la fecundidad. Uno de ellos, el efectuado en Cuba por Catasús *et al.* (1988), señala que las mujeres con menor fecundidad tienen un intervalo mayor. El otro, realizado por St. Bernard

(1989), observó, tanto en Guyana como en Trinidad y Tabago, que el intervalo protogenésico influye en la cantidad de hijos que llega a tener una mujer, pero más sistemáticamente entre las mujeres de origen africano. En la década de 1970, en Guyana el número de hijos de estas mujeres oscilaba entre 5.6, cuando el intervalo había sido inferior a los 12 meses, y 2.6, cuando había sido de 3 o más años; y en Trinidad y Tabago, de 5 y 2.1 hijos, respectivamente. Sin embargo, entre las mujeres descendientes de quienes provinieron de la India no cambiaba mucho la paridez cuando los intervalos habían sido menores de 3 años, pero sí cuando el intervalo había sido de 3 años o más.

2. El intervalo protogenésico ideal

Sólo se encontraron dos estudios que abordan el tema del intervalo protogenésico *ideal* de las mujeres, ambos realizados en Cuba. Según los mismos, ese intervalo promedio es 6 meses mayor al real, tanto en las áreas urbanas como rurales (Catasús *et al.*, 1988), y son las mujeres unidas o las de mayor edad las que tienen un intervalo ideal algo mayor que las solteras o de menor edad (Alvarez y Catasús, 1988). Al igual que respecto del intervalo real, en Cuba no hay diferencias en el intervalo ideal por nivel de instrucción o actividad de la mujer, pero sí se aprecia una diferencia mayor entre los intervalos ideal y real en las mujeres con mayor instrucción del área urbana.

3. Los intervalos intergenésicos

La información de once estudios revisados muestra que en América Latina el primer intervalo intergenésico (entre el nacimiento del primer y segundo hijo) oscila entre los 1.8 y los 3.6 años, pudiendo situarse el promedio en 2.5 años. Brasil y Venezuela son ejemplos de países donde este intervalo es menor (1.8 años); en Bolivia (INE, 1994), Colombia (PROFAMILIA, 1991), México (Reséndiz y Ruiz, 1988), Panamá, Paraguay (CEPEP, 1991), Perú (INEI y Asociación Benéfica PRISMA, 1992) y República Dominicana (IEDP y Oficina Nacional de Planificación, 1992) está en el rango de 2.3 a 2.9 años. Costa Rica (Achío y Gómez, 1994) y Chile (Muñoz *et al.*, 1991) podrían ser ejemplos de países con intervalos más prolongados (algo más de 3 años). El segundo intervalo (entre el nacimiento del segundo y tercer hijo) es similar al primero en la mayoría de los países, salvo en México y Panamá, donde es menor, y en Costa Rica, donde es mayor.

a) Cambio en las últimas décadas

Con la información de las encuestas mundiales de fecundidad y de las encuestas de demografía y salud de las décadas de 1970 y 1980, Rodríguez (1992) desarrolló índices de espaciamiento de los nacimientos para seis países de América Latina y el Caribe (Colombia, Ecuador, México, Perú, República Dominicana y Trinidad y Tabago). Salvo en República Dominicana y Trinidad y Tabago (en este país el índice es altísimo), estos índices han aumentado en el período. Parte de la explicación del aumento radica, al parecer, en el incremento del período de lactancia, pero es posible que el papel más importante lo juegue la anticoncepción con un propósito de espaciamiento. Respecto del

alto índice en Trinidad y Tabago, Rodríguez sugiere que el tipo de unión más frecuente (*de visita*) puede producir una menor exposición al riesgo de embarazo. También en Bolivia (Guzmán, 1988; SIAP, 1989a), Costa Rica y Chile ha aumentado el intervalo intergenésico. En Costa Rica, por ejemplo, mientras las mujeres que tuvieron su segundo hijo en el segundo quinquenio de la década de los 1970 presentaron una mediana intergenésica de casi 36 meses respecto de su primer hijo, las que lo tuvieron una década después mostraron una mediana intergenésica de casi 40 meses (Achío y Gómez, 1994). Y el estudio realizado por Vargas *et al.* (1989) en dos maternidades de Santiago muestra que entre 1985 y 1988 (sólo 3 años de diferencia) la mediana del intervalo intergenésico aumentó de 3.7 a 3.9 años.

b) *Diferenciales de los intervalos intergenésicos*

□ *Edad de la mujer*

Se constata que el primer y segundo intervalo intergenésico son menores mientras menor es la edad de la mujer. Así sucede en Bolivia, Colombia, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela. En Perú, mientras las adolescentes tienen un intervalo mediano de 1.8 años, el de las mujeres de 30 a 39 años es de 2.9 años, y en Bolivia los valores son de 1.8 y 2.6 años, respectivamente.

□ *Áreas urbana y rural*

El intervalo es mayor en las áreas urbanas que en las rurales. Así, al menos, se constató en todos los países para los que se contó con la información (Bolivia, Colombia, Cuba, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela).

En algunos países (Bolivia, Panamá, Perú y República Dominicana) la diferencia es pequeña, variando entre 2 y 4 meses. Pero, si se considera la ciudad capital en Perú, esta diferencia llega a ser de 11 meses. En otros países la diferencia es mayor, como en Colombia (6 meses) y Cuba (8 meses).

□ *Nivel de instrucción*

El nivel de instrucción de la mujer no presenta una relación sistemática con el intervalo intergenésico. En algunos países se evidencia un menor intervalo a menor nivel de instrucción: Colombia, Cuba (Catasús *et al.*, 1988), Paraguay, Perú y Venezuela. En Perú (INEI y Asociación Benéfica PRISMA, 1992) y Colombia (CCRP y MINSALUD, 1988), por ejemplo, las mujeres sin instrucción tienen un intervalo promedio de 2.4 y 2.3 años entre el nacimiento del primer y segundo hijo, respectivamente, y en aquellas con educación superior, el intervalo es de 3.2 y 3.9 años entre uno y otro, respectivamente.

En otros países, sin embargo, existe una relación contraria o una independencia de ambos factores. Es el caso de República Dominicana, donde no se aprecia un diferencial del intervalo intergenésico promedio (2.4 años) entre las mujeres con diferente nivel educacional, salvo uno leve respecto de aquellas con educación superior (2.8 años). En Panamá, la relación es a la inversa en las áreas urbanas, por cuanto las mujeres sin instrucción tienen en promedio un intervalo intergenésico mayor entre el primer y segundo hijo (5.5 años) respecto del resto de las mujeres. En las áreas rurales la relación no es clara ni sistemática. Tampoco lo es respecto del intervalo que se produce entre el nacimiento del segundo y tercer hijo. En Bolivia la relación también es inversa, salvo entre las mujeres con educación media o superior, que vuelven a mostrar un intervalo mayor (INE, 1994).

□ *Nivel socioeconómico*

De los estudios revisados, el único que estima el intervalo intergenésico según estrato socioeconómico es uno referente a República Dominicana (CELADE, 1989). Allí se evalúa el método del hijo previo y se estima el intervalo intergenésico medio en mujeres que tuvieron hijos en cinco hospitales de la capital entre 1983-1988, que es de 3.3 años en los estratos más altos y de 2.5 en los más bajos.

□ *Actividad económica de la mujer*

Dos estudios se refieren a los intervalos intergenésicos según actividad económica de la mujer. Uno, realizado en Chile, estima que el intervalo intergenésico entre el primer y segundo hijo es mayor entre las inactivas, tanto en 1982 como en 1988. Así, mientras las activas tenían un intervalo de 2.6 y 2.9 años, respectivamente, las inactivas esperaban en promedio 3.6 años para tener su segundo hijo. Sin embargo, no hay diferencia entre ambas en el segundo intervalo (Muñoz *et al.*, 1991).

El otro estudio fue realizado en Cuba (Catasús *et al.*, 1988) y analiza la categoría ocupacional de las mujeres activas, reportando que existe una relación entre dicha categoría y el intervalo intergenésico, de manera que el lapso es mayor a medida que la categoría ocupacional es más alta, tanto en áreas urbanas como rurales.

□ *Grupo étnico*

Por último, los diferenciales por grupo étnico han sido estudiados en Brasil y Perú. En el primer país el intervalo intergenésico entre el primer y segundo hijo es similar en mujeres de raza blanca y negra (1.8 años). En cambio, el intervalo entre el segundo y tercer hijo es mayor entre las primeras, de tal manera que las de raza negra tienen más hijos y en un menor tiempo (CEPAL, 1993).

En ciertas tribus amazónicas del Perú el intervalo mediano entre el primer hijo y el segundo es similar al de las mujeres que viven en áreas rurales (2.4 años), bajando levemente en nacimientos de órdenes mayores (INEI y Asociación Benéfica PRISMA, 1992).

4. Los intervalos intergenésicos ideales

Los intervalos intergenésicos *ideales* de las mujeres oscilan entre 1.3 años en Bolivia y 3.1 años en Jamaica, aun cuando la mayoría de las mujeres de los países de América Latina tiene un ideal de intervalo entre 2 y 2.5 años.

En algunos países existe una diferencia entre los intervalos declarados como ideales y los que realmente se producen. Sin embargo, el ideal no es siempre mayor al real, como podría esperarse. Aunque en Cuba esto es así (Catasús *et al.*, 1988), en otros países los intervalos reales parecen ser muy similares a los ideales, como en México (CONAPO, 1988, 1993) y Perú (Chávez, 1991), y en algunos incluso son menores a los reales: tal es el caso de Bolivia (SIAP, 1989b) y Colombia (CCRP y MINSALUD, 1988).

Algunos estudios han analizado las preferencias de las mujeres según algunas de sus características o del contexto. A continuación se ilustran estas consideraciones.

a) *Edad de la mujer*

En Jamaica existe una relación inversa entre la duración del intervalo y la edad de la mujer, de manera que las mujeres más jóvenes prefieren intervalos mayores que las de mayor edad (McFarlane y Warren, 1989).

b) *Áreas urbana y rural*

Los estudios no reportan una clara asociación entre el intervalo ideal y el tipo de área de residencia. Por ejemplo, en Cuba el intervalo intergenésico ideal entre el primer y segundo hijo aumenta con el grado de ruralidad del área de residencia de las mujeres, siendo 2.3 años en el área urbana, 2.7 en la semiurbana y 2.9 en la rural. En el área urbana, los intervalos ideal y real son muy parecidos, en cambio, el diferencial aumenta en las áreas rurales. En Jamaica, a la inversa, las residentes de áreas urbanas tienen un intervalo ideal un poco mayor (3.3 años) que las que residen en áreas rurales (3 años). Y en Ecuador las preferencias de duración de los intervalos son similares en los distintos tipos de área (CEPAR e ININMS, 1988).

c) *Nivel de instrucción*

El nivel de instrucción de la mujer tampoco juega un papel decisivo en las preferencias. En Cuba, a diferencia del efecto directo que tiene respecto del intervalo intergenésico real, ejerce una influencia inversa sobre el intervalo ideal en las áreas más urbanizadas, de manera que tiende a ser mayor mientras más bajo es el nivel educacional. En Ecuador, excluidas las mujeres sin instrucción —de las cuales el 20% no tiene una preferencia— las diferencias de los intervalos no son muy marcadas

en los otros niveles. Por último, en Jamaica no hay una relación sistemática clara con la educación, pues, mientras el intervalo mediano ideal de las mujeres con educación primaria es de 3 años, el de las con educación secundaria es de 3.3 años y el de las con educación superior es de 2.6.

d) Actividad económica de la mujer

La actividad económica de la mujer, por su parte, parece no influir en el ideal de intervalo que tiene la mujer. Así, al menos, se detectó en Cuba.

e) Tipo de unión

En Jamaica se ha encontrado una diferencia en la preferencia del intervalo intergenésico según tipo de unión. Las casadas legalmente tienen un intervalo mediano ideal menor (2.7 años) que las en unión consensual (3.3 años) y en uniones de visita (3.5 años).

5. Referencias bibliográficas

- Achío, M. y Gómez, V. M. (1994), La fecundidad. En Caja Costarricense de Seguro Social, *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Fecundidad y formación de la familia*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- ADS (Asociación Demográfica Salvadoreña) (1987), *Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL-85*. San Salvador: ADS.
- Alvarez, L. y Catasús, S. (1988), *Encuesta de Fecundidad y Prevalencia de Métodos Anticonceptivos. Las Tunas, 1985. Informe general*. La Habana: Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana.
- Araica, H. (1989), *Algunos aspectos diferenciales de la fecundidad en Panamá*. Panamá: CELA.
- Arias de Blois, J. (1990), *Edad de la mujer al primer matrimonio y al nacimiento del primer hijo*. Guatemala: Instituto de Investigaciones, Universidad del Valle de Guatemala.
- Bolivia, INE (Instituto Nacional de Estadística) (1994), *Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994*. La Paz: INE.
- Catasús, S., Farnós, A., González, F., Grove, R., Hernández, R. y Morejón, B. (1988), Cuban women: Changing roles and population trends. *Women, Work and Development*, 17. Geneva: International Labour Office.
- CCRP (Corporación Centro Regional de Población) y MINSALUD (Ministerio de Salud) (1988), *Colombia: Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud 1986*. Bogotá: CCRP/MINSALUD.
- CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) (1989), *República Dominicana: la mortalidad infantil en Santo Domingo en la década de los años 80*. Serie OI N° 1005. Santo Domingo: CELADE.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1993), *Cambios en el perfil de las familias: la experiencia regional*. Santiago: CEPAL.
- CEPAR (Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable) e ININMS (Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales) (1988), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1987*. Quito: CEPAR/ININMS.
- CEPAR (Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable) y MSP (Ministerio de Salud Pública) (1990), *Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. ENDEMAIN-89*. Quito: CEPAR/MSP.
- CEPEP (Centro Paraguayo de Estudios de Población) (1991), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990*. Asunción: CEPEP.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (1988), *Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior, 1988*. México: CONAPO.
- ____ (1993), *Conclusiones de la Encuesta a Parejas Próximas a Contraer Matrimonio*. México: CONAPO.
- Cuba, Comité Estatal de Estadísticas (1988), *Encuesta Nacional de Fecundidad 1987: resumen de indicadores seleccionados*. La Habana: Comité Estatal de Estadísticas.
- Chávez, L. (1991), *La fecundidad en la sierra peruana*. Santiago: CELADE.
- Flórez, C. E. (1989), *La transición demográfica: efectos en la formación de la familia*. Bogotá: Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico, Universidad de Los Andes.
- Freitez, A. y Romero, D. (1991), *Estudio de los patrones de nupcialidad y fecundidad en Venezuela a partir de la Encuesta Nacional de Fecundidad 1977*. Caracas: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, Universidad Católica Andrés Bello.
- Guzmán, J. M. (1988), *El procedimiento del hijo previo: la experiencia latinoamericana*. Santiago: CELADE.
- IEPD (Instituto de Estudios de Población y Desarrollo) y Oficina Nacional de Planificación (1992), *Encuesta Demográfica y de Salud 1991*. Santo Domingo: IEPD/Oficina Nacional de Planificación.
- McFarlane, C. y Warren, C. (1989), *1989 Jamaica Contraceptive Prevalence Survey. Final report*. Kingston: National Family Planning Board.
- Muñoz, M., Reyes, C., Covarrubias, P. y Osorio, E. (1991), *Chile en familia: un análisis sociodemográfico*. Santiago: UNICEF.
- Naciones Unidas (1994), *The health rationale for family planning: Timing of births and child survival*. ST/ESA/SER.A/141. New York: United Nations.
- Ojeda, N. (1989), *El curso de la vida familiar de las mujeres mexicanas: un análisis sociodemográfico*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Omran, A. R. y Solís, J. A. (1992), Planificación familiar y salud en las Américas. En G. López, J. Yunes, J. A. Solís y A. R. Omran (Eds.), *Salud reproductiva en las Américas* (pp. 58-79). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Perú, INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) (1995), *Implicancias socio-económicas del crecimiento de la población 1995-2015*. La Paz: INEI/UNFPA.
- Perú, INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) y Asociación Benéfica PRISMA (1992), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991/1992*. Lima: INEI/PRISMA.

- PROFAMILIA (Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana) (1991), *Colombia: Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud 1990*. Bogotá: PROFAMILIA.
- Quilodrán, J. (1992), La vida conyugal en América Latina: contrastes y semejanzas. En IUSSP (Ed.), *El poblamiento de las Américas*, 3, 245-264. Veracruz: IUSSP.
- Reséndiz, N. y Ruiz, M. T. (1988), *Madres e hijas: exploraciones sobre el comportamiento reproductivo*. México: Universidad Iberoamericana.
- Rodríguez, G. (1992), Los componentes de espaciamiento y limitación de la transición de la fecundidad en América Latina. En CELADE, *Notas de Población*, 56, 57-86.
- SIAP (Servicios de Investigación y Acción en Población) (1989a), *Estudio sobre relaciones entre fecundidad y mortalidad infantil en maternidades de las ciudades de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Bolivia - 1987-1988*. La Paz: SIAP.
- ____ (1989b), *Mujer urbana: realidad y deseos respecto al comportamiento reproductivo*. La Paz: SIAP.
- St. Bernard, G. C. (1989), *Correlates of fertility in Guyana and Trinidad and Tobago: A comparative study of Indians and non-Indians*. Ontario: The University of Western Ontario.
- Uruguay, Ministerio de Salud Pública (1990), *Factores determinantes directos de la fecundidad y sus implicancias en salud*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- Vargas, N., Valenzuela, S., Larrea, B., Mackenney, J., Valverde, C. y Valencia, C. (1989), Tendencias demográficas: intervalo intergenésico. *Revista Médica de Chile*, 117, 468-471.
- Vega, I. (1994), Diversidad familiar en Costa Rica: un análisis tipológico en la Región Metropolitana. *Actualidades en Psicología*, 9, 79. San José: Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica.
- Welti, C. y Grajales, A. (1989), *Cambios recientes en la fecundidad en México: tendencias recientes y evaluación programática*. México: Consejo Nacional de Población.

V. TÉRMINO DE LA EXPANSIÓN DE LA FAMILIA

Son dos los conceptos considerados para referirse al término de la expansión de la familia: la edad de las mujeres al tener su último hijo y la duración del período genésico, entendido como el lapso que transcurre entre el nacimiento del primer hijo y el del último. Es muy poca la literatura que se refiere al período de expansión de la familia. Sólo se han encontrado referencias bibliográficas sobre tres países de América Latina (Chile, México y Panamá).

1. Edad al momento de tener el último hijo

La edad mediana de la mujer al tener su último hijo es de 32.4 años en Chile, de 35 años en Panamá y de 35.6 en México. En este país la edad al último hijo ha disminuido con el tiempo y en Chile ha sucedido lo contrario, pues las mujeres han aumentado la edad al tener su último hijo, de 31.9 años en 1982 a 32.4 años en 1988, pero también han ido iniciando más tarde la procreación y aumentando el intervalo entre el primer y segundo hijo, en tanto disminuyen levemente los intervalos de nacimientos posteriores. Así, el intervalo total en el que las mujeres tienen sus hijos es de 10 años.

Contrariamente a lo sucedido en Chile, las mujeres mexicanas han venido disminuyendo con el tiempo la edad al tener el último hijo, acortando de este modo su período genésico. Tres estudios reportan esta situación. Al comparar dos generaciones de mujeres, Mier y Terán (1990, 1992) muestran que las de la primera generación tuvieron su último hijo a los 37 años en promedio, con una media de 7 hijos en el lapso de 16 años; en cambio, la generación más joven disminuye su descendencia en 1.4 hijos y reduce en 3 años la edad al nacimiento del último hijo, acortándose en un tercio el intervalo entre el primer y último hijo. En base a información del año 1982, otro estudio (Ojeda, 1989) estima que la mediana de edad de las mujeres de 45-49 años al tener su último hijo fue de 36.6 años, transcurriendo 15.1 años entre el primer y último hijo. Y un tercero (Naciones Unidas, 1993) reporta que la edad mediana al nacimiento del último hijo para las mujeres de 40-44 años fue de 37.3 en 1976, para bajar a 35.6 en 1987. En general, se trata de un período de expansión de la familia de larga duración, pues se refiere a edades medianas. El estudio detecta que en 1976 el 33% de las mujeres de 35-39 años ya había dejado de tener hijos y que en 1987 esa proporción había subido al 59%.

2. Diferenciales según algunas características

a) *Áreas urbana y rural*

En general la edad al tener el último hijo y el intervalo de expansión de la familia son mayores en las áreas rurales, dado que también el inicio de la procreación es más temprano.

En Panamá, en 1980, la edad mediana de la mujer al tener su último hijo era de 32 años en el área urbana y de 37 en la rural (Araica, 1989). En 1987, en México era de 33.1 años en Ciudad de México, 34.4 años en otras áreas urbanas y de 36.9 años en las áreas rurales; de tal manera, mientras en las áreas urbanas el 66% de las mujeres de 35-39 años ya había dejado de tener hijos, en las rurales dicho porcentaje llegaba a 42% (Naciones Unidas, 1993). En ambas áreas se produce una disminución de la edad al último hijo, pero es más marcada en las áreas urbanas y, sobre todo, en la metrópoli: en 1976 la edad mediana al tener el último hijo era de 35.9 en Ciudad de México, de 36.9 en las demás áreas urbanas y de 38.3 en las áreas rurales; el porcentaje de mujeres de 35-39 años que había dejado de tener hijos era de un 49, un 38 y un 21%, respectivamente.

b) Nivel de instrucción

Cuando se compara a las mujeres con ningún o un bajo nivel de instrucción con las que tienen entre 7 y 12 años de instrucción, es clara la relación entre esta característica y la edad al tener el último hijo, en cuanto a que las mujeres más educadas tienen en promedio su último hijo a una edad menor que las con menos instrucción. Por ejemplo, en Chile las mujeres con educación primaria y secundaria tienen su último hijo a una edad menor que las mujeres sin instrucción (Muñoz *et al.*, 1991). En México, en 1987, las mujeres con educación primaria completa tenían su último hijo a los 31.5 años, en cambio, las con menos instrucción lo tenían a los 36 años. Los porcentajes de mujeres de 35-39 años que habían dejado de procrear eran de 64 y 55%, respectivamente. En Panamá, por último, las mujeres con educación secundaria tenían en 1980 una edad mediana al tener su último hijo de 31 años, la que llegaba a los 37 años en el caso de las sin educación formal.

Sin embargo, la relación deja de ser tan clara cuando se considera a las mujeres con educación superior. En este grupo no siempre la edad al último hijo es menor que en los restantes grupos. En Chile, por ejemplo, estas mujeres tienen su último hijo a una edad similar a las sin instrucción y en Panamá, a una edad intermedia entre las sin instrucción y con educación secundaria (33 años). Al controlar el área de residencia en este último país, Araica (1989) encontró que la relación con la educación se aprecia más acentuada en el área rural. Así, mientras las mujeres rurales sin instrucción tienen su último hijo a los 38 años, las mujeres con educación secundaria y superior lo tienen a los 32. En cambio, en el área urbana las sin instrucción lo tienen a los 35 y las con educación superior a los 33, es decir, a una mayor edad que las con educación primaria (32) y secundaria (31).

A pesar de la situación inesperada encontrada en Chile, el intervalo entre el primer y último hijo se prolonga más cuanto menor es el nivel de instrucción. Así, las mujeres sin educación tenían un período genésico de 12 años en 1982, que baja a 11.5 años en 1988, mientras que en las con educación superior ese período era de 7 y 9 años, respectivamente. Contrariamente a lo esperado, se aprecia que entre 1982 y 1988 fueron las mujeres sin instrucción las que más postergaron la edad al tener su primer hijo y acortaron su período genésico; en cambio, las mujeres con educación superior han venido iniciando antes la procreación y alargando dicho período.

c) *Estrato socioeconómico*

El único estudio que analiza la edad al último hijo por estrato socioeconómico es el de Ojeda (1989), donde se señala que el rango de edad mediana al tener el último hijo oscila entre 34.5 años en la burguesía y 38.1 años en el campesinado y asalariados agrícolas (menos de 4 años de diferencia). La brecha, sin embargo, es mayor si se considera el período de expansión de la familia, el que —dado el inicio diferencial de la procreación en los distintos estratos— oscila entre 10.4 años en la burguesía y 17.4 años en los campesinos y los asalariados agrícolas (7 años de diferencia).

d) *Actividad económica de la mujer*

En Chile, la actividad económica de la mujer marca algunas diferencias: entre las activas la edad al tener el último hijo es superior que entre las inactivas (34 y 30 años, respectivamente, en 1982 y 35 y 32 años en 1988). Sin embargo, tanto entre las activas como entre las inactivas el período genésico ha aumentado: entre las activas de 7.8 a 8.2 años y entre las inactivas de 8.8 a 10.3 años (Muñoz *et al.*, 1991).

e) *Jefatura del hogar*

En Panamá, Araica (1989) detectó que las jefas de hogar tienen una edad menor (32 años) que las cónyuges o compañeras (34) al tener su último hijo, diferencia que es mayor en el área urbana (de 2 años) que en el área rural (de 1 año). Es posible que la mayoría de las jefas de hogar sean mujeres que terminaron su relación de pareja o que tuvieron su hijo sin llegar a unirse.

3. Referencias bibliográficas

- Araica, H. (1989), *Algunos aspectos diferenciales de la fecundidad en Panamá*. Panamá: CELA.
- Mier y Terán, M. (1990), *Implicaciones del descenso de la fecundidad en la participación laboral femenina: el caso de México*. México: Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.
- ____ (1992), Descenso de la fecundidad y participación laboral femenina en México. En CELADE, *Notas de Población*, 56, 143-171.
- Muñoz, M., Reyes, C., Covarrubias, P. y Osorio, E. (1991), *Chile en familia: un análisis sociodemográfico*. Santiago: UNICEF.
- Naciones Unidas (1993), *Fertility transition and women's life course in Mexico*. ST/ESA/SER.R/136. New York: United Nations.
- Ojeda, N. (1989), *El curso de la vida familiar de las mujeres mexicanas: un análisis sociodemográfico*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.

VI. LAS RUPTURAS MATRIMONIALES

La disolución de la unión puede obedecer a diversas razones: por separación, por divorcio o abandono y por viudez.

En los países de América Latina y el Caribe, las cifras sobre separados o divorciados oscilan entre un 2 y un 6%, pero existe un indudable consenso en que son parciales y deficientes. Además, ellas revelan la situación actual de las personas en el momento de la recolección de la información y, en general, se refieren a rupturas de uniones legales. Como las segundas nupcias son comunes, principalmente entre los hombres, estas cifras no dan cuenta de la real situación de ruptura de las uniones conyugales.

1. Cambios en las últimas décadas

Pese a la deficiente información existente sobre divorcios y separaciones —y a su subestimación—, todos los estudios reportan que en las últimas décadas es posible apreciar una tendencia clara a su aumento.

Ya sea si se considera la tasa bruta de divorcios (cantidad de divorcios en relación a la población total), la tasa de divorcios en relación a los matrimonios realizados, la tasa de separaciones de matrimonios legales o el porcentaje de parejas divorciadas, la información disponible para algunos países muestra un aumento de los divorcios y las separaciones en el período comprendido en las décadas de 1970 a 1990.

El aumento de la esperanza de vida ha hecho que la duración del matrimonio sea potencialmente mayor. A comienzos del siglo muchos matrimonios terminaban por viudez; ahora muchos terminan por separación, porque los cónyuges sobreviven más tiempo y tienen que enfrentar un replanteamiento de la relación de pareja en el momento en que los hijos abandonan el hogar y las actividades laborales disminuyen, situaciones que contribuyen a aumentar las probabilidades de separación.

Si se toma en cuenta la tasa bruta de divorcios, algunos datos para Cuba, por ejemplo, muestran que dicha tasa subió de 2.5 por mil habitantes en 1981 a 3.5 por mil en 1990 (Puñales, 1992) y a 6 por mil en 1993 (Instituto de Investigaciones Estadísticas, 1994); en Panamá, aumentó de 4.8 por mil parejas en 1970 a 7.4 en 1990 (De la Cruz, 1994) y en Uruguay la tasa aumentó en un 13% entre 1970 y 1980 y en un 41% entre 1980 y 1988, llegando a representar en 1988 al 6% de la población (CEPAL, 1993).

La tasa bruta de divorcios, sin embargo, no constituye un indicador muy ajustado a la realidad, por cuanto no considera la tasa de matrimonios. Si se considera la tasa de divorcios en relación al

total de matrimonios realizados, se aprecia un aumento mayor de las rupturas. En el caso de Ecuador, dicha tasa ha aumentado desde un 4% de los matrimonios en el año 1979 a un 7% en 1988 (CEPAL, 1993). En Nicaragua, el aumento ha sido mayor, y ha subido desde un 8% de los matrimonios legalmente constituidos en 1975 a un 20% en 1989 (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1994) y en Cuba, que ya presentaba tasas altas al comienzo de la década de los años ochenta, éstas han seguido aumentando, pasando de un 38% de los matrimonios en 1981 a un 44% en 1989 (Catasús, 1992).

Aun cuando la tasa de divorcios en relación a los matrimonios efectuados parece ser una mejor medida que la tasa bruta de divorcios, tampoco es muy ajustada a la realidad, por cuanto no toma en cuenta las separaciones, en las que se pueden apreciar incrementos todavía más elevados. En Colombia, la tasa de separaciones ha subido de 38 por mil habitantes en el año 1964 a 237 por mil en 1980 (Consejería Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia, 1993). Otra información revela, sin embargo, que en las generaciones nacidas entre 1940 y 1945 la tasa de separación alcanzó a 258 por mil, aumentando a 325 por mil en las generaciones posteriores (Zamudio y Rubiano, 1994). En Brasil las separaciones aumentaron, desde una tasa de 1.75 por cada diez mil personas en 1970 a 13.11 en el año 1985 (Oliveira y Berquó, 1990).

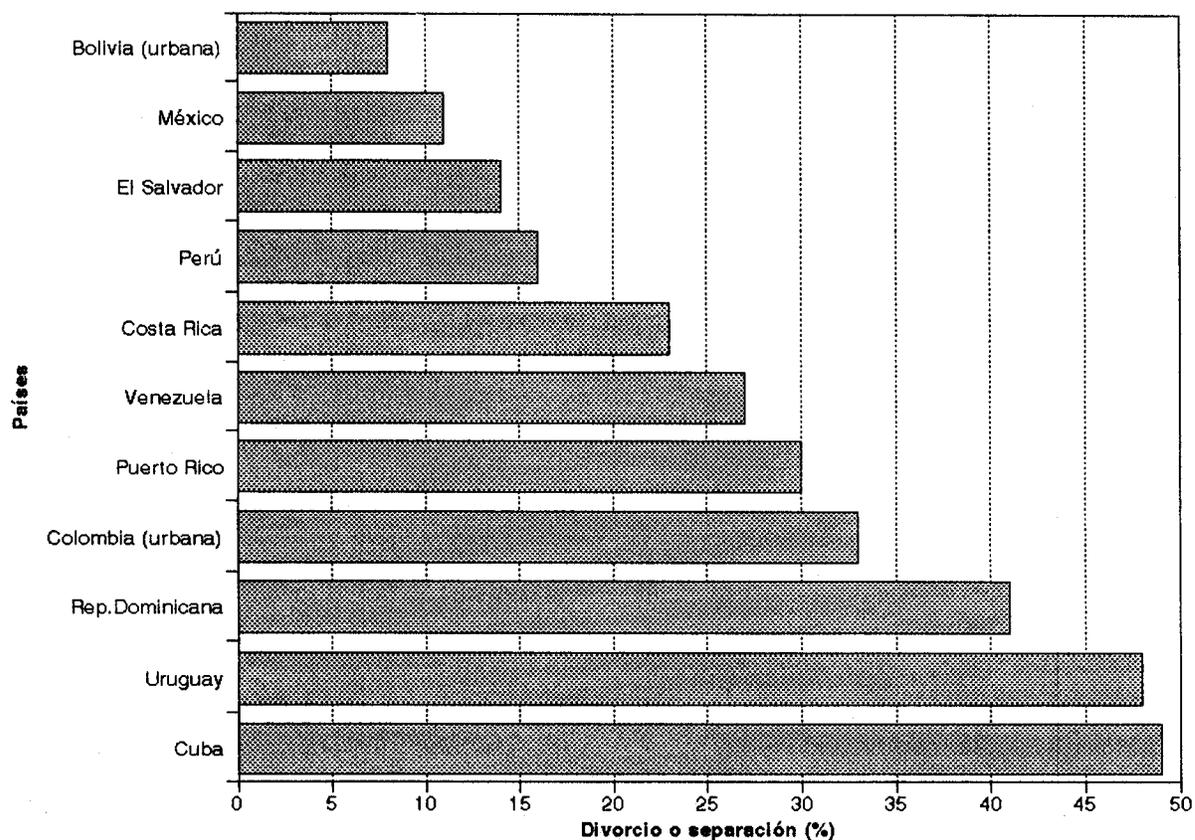
En Perú, la tasa de divorcios y separaciones aumentó de un 3.6% en 1972 a un 4.2% en 1981 y en Chile las mujeres que se han separado o anulado su matrimonio legal ascendieron de un 5% en 1970 a un 7% en 1982 (Muñoz *et al.*, 1991).

Por último, el indicador anterior tampoco capta toda la realidad de la ruptura conyugal, ya que es sabido que no toma en consideración las separaciones de uniones consensuales. En México, por ejemplo, se ha estimado que en el año 1976 sólo un 14% de las disoluciones estaban constituidas por divorcios, cifra que sube a no más del 16% en 1982; el resto son separaciones de hecho o disolución por viudez (CEPAL, 1993).

Si se toman en cuenta todas las uniones —tanto las legales como las consensuales—, el nivel de disolución por divorcio o separación sube muchísimo.

Como se puede apreciar en la tabla 6 y en el correspondiente gráfico 6, la información existente para once países de la región revela que, de aquellas mujeres que alguna vez han estado unidas consensualmente o casadas legalmente, entre un 8% de las residentes en tres ciudades de Bolivia a un 49% de las mujeres de Cuba han disuelto su primera unión por divorcio o separación. Entre los países con tasas altas se encontrarían Cuba, Uruguay, República Dominicana, Colombia y Puerto Rico, donde un 30% o más de las mujeres ha disuelto su primera unión ya sea por divorcio o por separación.

Gráfico 6
**MUJERES QUE HAN DISUELTO SU PRIMERA
 UNIÓN POR DIVORCIO O SEPARACIÓN**



Fuente: Tabla 6

2. Edad de la mujer a la ruptura

En general, las mujeres disuelven su unión con mayor frecuencia cuando tienen entre 20 y 30 años de edad. En Cuba, por ejemplo, el 25% de los divorcios se produce cuando la mujer tiene entre 25 y 29 años de edad; a este grupo le siguen las mujeres de 20 a 24 años (Puñales, 1992). En Brasil también la disolución es mayor entre las mujeres de 20 a 29 años, independientemente de la edad a la que se unieron (Alan Guttmacher Institute, 1988). En Costa Rica, en cambio, parece que la concentración de los divorcios se da algo más tardíamente, puesto que el 31% de las parejas se divorcia entre los 27 y 32 años, pero también un porcentaje no despreciable (21%) lo hace entre los 21 y 26 años (Vega, 1994).

En República Dominicana, Duarte *et al.* (1988) analizan la edad prioritaria de la mujer al producirse la ruptura diferenciando las uniones consensuales de las legales. Cuando la ruptura es de una unión consensual, se produce cuando la mujer tiene entre 15 y 30 años, dándose una mayor intensidad (21%) entre las mujeres de 20 a 25 años, para luego estabilizarse en alrededor de un 10% a partir de los 35 años. Las mujeres casadas legalmente rompen su unión más tardíamente, con una mayor intensidad a partir de los 25 años.

En Chile, donde no hay ley de divorcio y las parejas deben recurrir a la anulación de su matrimonio, la mitad de las mujeres lo hacía a partir de los 34 años en 1982 y de los 35 años en 1987 (CEPAL, 1993). Esta información, sumada a la de República Dominicana, permite postular que las rupturas de uniones legales se producen más tardíamente que la de las uniones consensuales. Concordando con Zamudio y Rubiano (1991a), parece ser que el temor de la pareja por la repartición de bienes y por las obligaciones económicas reguladas legalmente son un freno a la decisión de divorciarse.

Otra situación, analizada por Wright (1989) en Jamaica, es la que dice relación con la disolución de las uniones de visita (sin convivencia). En esa nación, estas uniones terminan cuando la mujer tiene un promedio de 20.3 años, ya sea para pasar a otro tipo de unión o por ruptura propiamente tal.

3. Diferenciales en la inestabilidad de la unión

a) *Áreas urbana y rural*

Existen importantes diferencias en las tasas de separación y divorcio según se trate de áreas urbanas o rurales y de regiones dentro de un mismo país. Así se ha detectado en Brasil (Alan Guttmacher Institute, 1988), Costa Rica (Ramírez, 1994), Haití (Chahnazarian, 1992), México (Quilodrán 1991; Ojeda, 1991), Puerto Rico (Price y Teachman, 1993), República Dominicana (Duarte *et al.*, 1988; Caram, 1992), Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Perú y Trinidad y Tabago (Wulf y Singh, 1991), en cuyas áreas urbanas las tasas son mayores que en las rurales.

En República Dominicana en 1980, por ejemplo, mientras el 47% de las uniones consensuales y el 11% de las legales habían terminado en ruptura en las zonas rurales, en las urbanas las cifras llegaban al 62 y 22%, respectivamente (Duarte *et al.*, 1988). Y en Haití en 1987, mientras el 25% de las mujeres de 45 a 49 años que vivían en áreas rurales había disuelto su unión por viudez, separación o divorcio, en la capital del país la cifra se elevaba al 54% (Chahnazarian, 1992). También Canabal (1990) observó que en las áreas metropolitanas de Puerto Rico la disolución de las uniones es mayor que en otras áreas urbanas.

También se observan diferencias por regiones dentro de un mismo país. Así, en México se constata que en la región norte del país —con un mayor desarrollo relativo que el resto de las regiones— en el período 1976-1982 la tasa fue de 18 divorciadas o separadas al año por cada mil mujeres en una primera unión, en tanto que en el resto del país en su conjunto era de 3 por mil. La información para Ecuador también muestra que en la costa y la sierra la tasa de divorcio en 1988 alcanzaba al 7% de los matrimonios legales, y en el oriente del país era de un 3%. Y en Costa Rica las mujeres del Área Metropolitana han disuelto su unión en un 28% y en el resto urbano en un 30%, mientras que las que del área rural del Valle Central sólo lo han hecho en un 17% y en el resto rural, en un 20% (Ramírez, 1994). En Uruguay, en cambio, a diferencia de la tendencia general encontrada, se aprecia una tasa más alta de divorcio y un mayor aumento de ésta en el interior del país, con una tasa que en 1988 era un 24% superior a la de la ciudad capital (CEPAL, 1993).

b) Edad a la unión

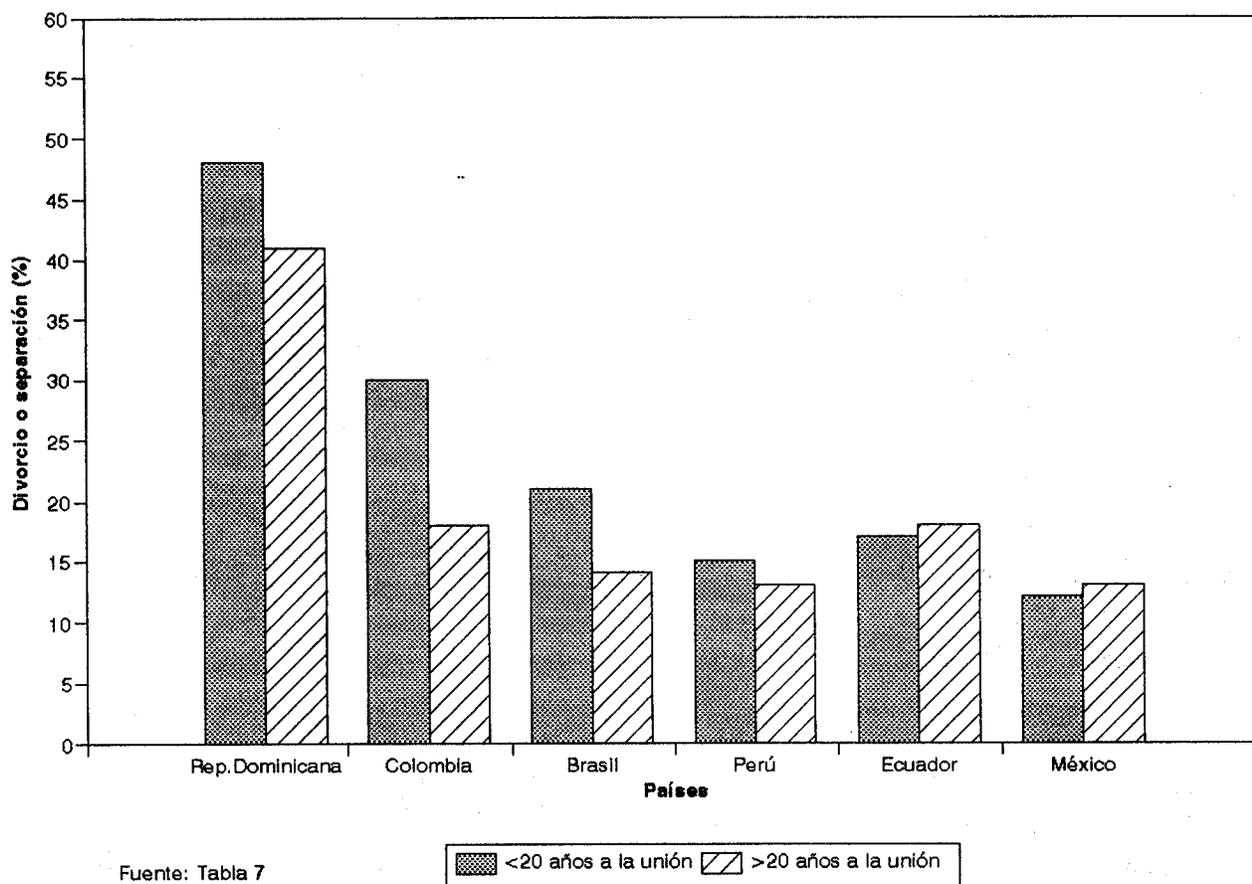
La edad a la que la mujer contrae sus primeras nupcias parece constituir un factor que afecta la estabilidad de la unión. Según información proveniente de trece países, las mujeres que se unen a muy temprana edad tienen mayores probabilidades de separarse. En el gráfico 7 y en la tabla 7 puede apreciarse que en Cuba, El Salvador, República Dominicana y Trinidad y Tabago se producen grandes diferencias; en cambio, esas diferencias son pequeñas en Guatemala, México y Perú.

Según Wulf y Singh (1991), la relación inversa entre separación y edad a la unión es particularmente fuerte en aquellos países donde existe una gran cantidad de uniones consensuales. La situación en varios países podría darles la razón. En Cuba, por ejemplo, el 39% de las mujeres que se unieron a los 20 años o más están desunidas, elevándose esa cifra al 54% entre las que se unieron en la adolescencia (Catasús, 1992). En Trinidad y Tabago se observa una diferencia similar entre las mujeres de 20 a 29 años de edad (Singh y Wulf, 1990), donde el 26% de las mujeres están unidas consensualmente (Naciones Unidas, 1990). Y en Venezuela (con un 33% de uniones consensuales), cerca del 60% de las primeras uniones disueltas corresponde a mujeres que se casaron antes de cumplir los 18 años. Un estudio de Freitez y Romero (1991) agrega que —entre las mujeres venezolanas unidas antes de los 21 años— existe una relación inversa entre la edad a la unión y la de disolución, en el sentido de que las mujeres que ingresaron a la unión más jóvenes reportan un mayor porcentaje de ruptura. En contraste, en México, donde la mayoría de las uniones son legales, las cifras llegan a un 11% de ruptura entre las mujeres que se unieron después de los 19 años y a un 13% entre las que lo hicieron siendo adolescentes, diferencia poco significativa (Quilodrán, 1991).

En Chile y Puerto Rico, países en los que la unión legal sobrepasa por mucho a la consensual, también se constata una mayor separación de mujeres que se han unido a temprana edad, independientemente del tipo de unión (CEPAL, 1993; Price y Teachman, 1993).

Gráfico 7

**MUJERES QUE HAN DISUELTO SU PRIMERA
UNIÓN, SEGÚN EDAD A LA UNIÓN. 30-39 AÑOS**



Un artículo referido al Brasil (Alan Guttmacher Institute, 1988) analiza las disoluciones según la edad a la unión en las áreas urbana y rural. La relación inversa entre ambas variables es particularmente fuerte en el área urbana. Mientras en el área rural el porcentaje de uniones disueltas entre las mujeres de 20 a 29 años de edad alguna vez casadas es de un 14% si se unieron a los 20 o más años y de un 19% si lo hicieron antes de esa edad, en el área urbana las cifras son 20 y 31%, respectivamente.

En Colombia se han realizado estudios con mayores especificaciones. En dos de ellos (Zamudio y Rubiano, 1991a, 1991b) se señala que mientras el 45% del total de mujeres separadas se unió por primera vez entre los 15 y 19 años, el 12% lo hizo entre los 25 y 29 años, y las mujeres que se unieron en este tramo de edad muestran la mayor estabilidad. En varias de las generaciones

consideradas, la edad promedio a la primera unión de las mujeres separadas es menor que la de aquellas no separadas. Si bien esta relación se aprecia en todos los estratos sociales, afecta más marcadamente al nivel medio, tal vez porque la división del trabajo entre la pareja es mucho más diferenciada y las expectativas frente a la unión son más estereotipadas, de tal suerte que las exigencias y controles sobre los miembros de la pareja y entre ellos mismos son mayores. Los estratos medios son también más dados a realizar uniones cuando existe la presión de un embarazo. A pesar de esta clara y fuerte relación inversa entre las variables, estos estudios advierten que las rupturas de parejas unidas en la adolescencia han disminuido en el área urbana, aunque este hecho se presenta mucho más lentamente en los estratos bajos.

Además, estos estudios analizan las separaciones de las segundas uniones, que también son mayores mientras menor era la mujer a la segunda unión, pero a partir del tramo siguiente (20-24 años), aun cuando debe indicarse que los diferenciales son menores que en el caso de la primera unión.

c) *Tipo de unión*

Aun cuando se ha demostrado que la edad a la unión repercute en las disoluciones de las mismas —a veces independientemente del tipo de unión— los estudios en general reportan que las uniones consensuales son más inestables que las legales, como se aprecia en el gráfico 8 y en la tabla 8.

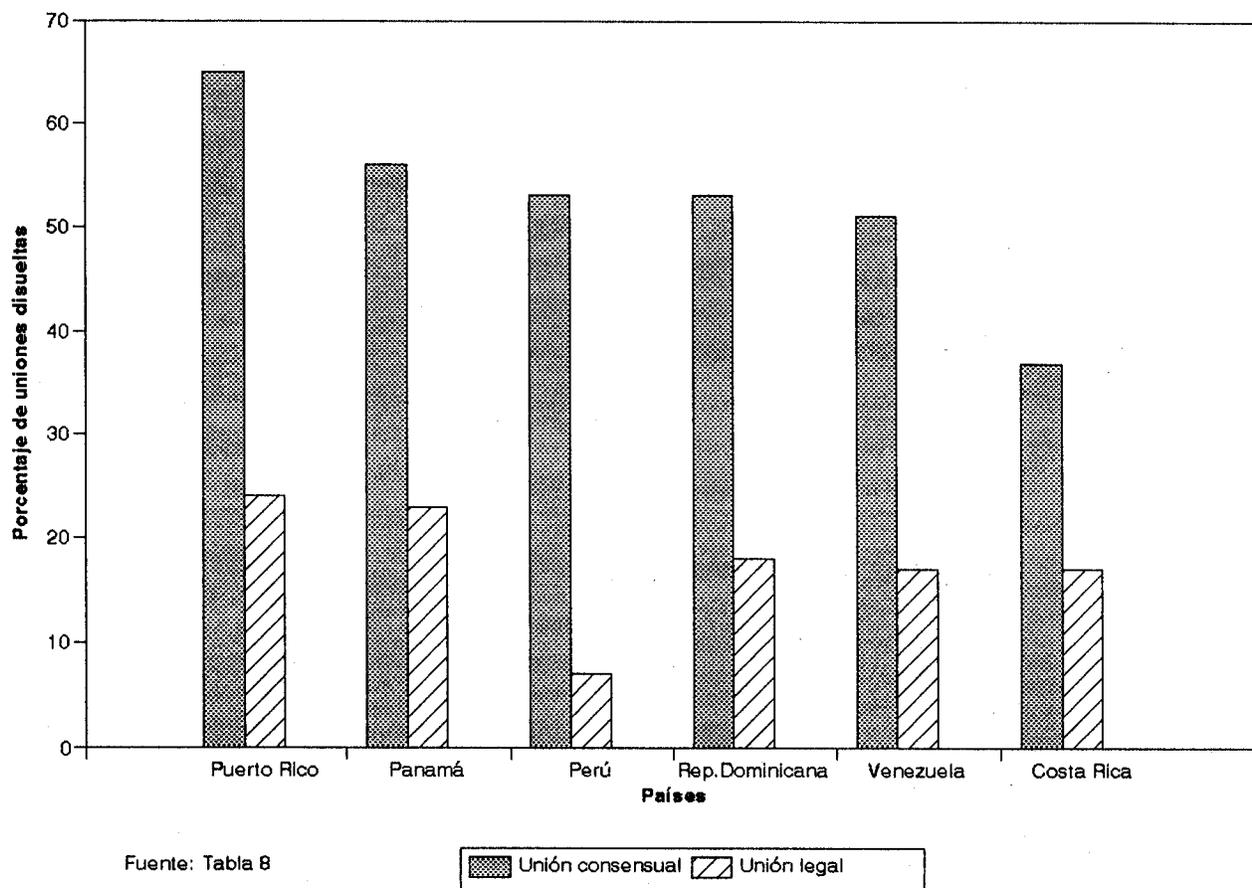
Singh y Wulf (1990), basadas en información de la década de 1970, calcularon que en Panamá, Colombia y Perú las mujeres unidas consensualmente tenían, después de veinte años de unión, 2.5, 5 y 7 veces mayores probabilidades, respectivamente, de separarse o divorciarse que las unidas legalmente.

Sin controlar la duración de la unión, otros estudios muestran la misma asociación entre ruptura y tipo de unión.

En Colombia (Zamudio y Rubiano, 1991a), Costa Rica (Ramírez, 1994), República Dominicana (Duarte *et al.*, 1988) y Venezuela (Freitez y Romero, 1991), por ejemplo, la probabilidad de ruptura de las uniones consensuales es 3 veces mayor que la de las legales, y en Puerto Rico (Price y Teachman, 1993), donde las uniones legales son más numerosas, esa probabilidad es 2.7 veces mayor.

En México, entre 1973 y 1982, anualmente 3 de cada mil mujeres se divorciaron o separaron de un primer matrimonio legal, versus 22 de cada mil unidas consensualmente. La inestabilidad de estas uniones es más patente en la región norte, donde se verifica una tasa de ruptura de 62 por cada mil mujeres que se unieron por primera vez en forma consensual (Quilodrán, 1991). También en Costa Rica y Ecuador la unión consensual es más inestable que el matrimonio legal (Vega, 1994; García y Mauro, 1992).

PAÍSES SELECCIONADOS: PORCENTAJE DE UNIONES DISUELTAS, SEGÚN TIPO DE UNIÓN



El estudio de Duarte *et al.* (1988) señala que en República Dominicana la inestabilidad de las uniones consensuales es más pronunciada en las zonas urbanas, llegando al 62% de las mismas, mientras en las áreas rurales alcanza a un 47%.

El trabajo de Zamudio y Rubiano (1991a) informa que, aun cuando en Colombia los matrimonios católicos presentan una proporción menor de separados con respecto a la unión libre, el aumento de sus separaciones ha sido más rápido (3.6% anual en 50 años); en cambio, la ruptura de las uniones consensuales ha experimentado un decrecimiento de 0.3% anual. Señala que la incidencia de la separación de matrimonios católicos es mayor en los estratos bajos y disminuye progresivamente al elevarse el estrato social. Los matrimonios legales católicos tienen restricciones de diversa índole que frenan la separación; además de las restricciones de orden afectivo frente a los hijos, hay otras de orden legal en relación con los aspectos económicos y de orden cultural y social muy complejas. La red social, sobre todo en los sectores medios, se teje en torno a la pareja y no al individuo y, por lo

tanto, una ruptura significa aislarse de la red de relaciones. Cabe indicar también que, en algunos sectores sociales la unión no se deshace porque tiene un carácter de estrategia de supervivencia. Además, parece que en el matrimonio católico se preserva la formalidad de la unión, aun cuando es frecuente que exista en ellos una separación dentro del mismo hogar.

d) *Nivel de instrucción*

Según los estudios revisados, el efecto del nivel de instrucción de la mujer sobre las rupturas no es tan claro. Por un lado, Wulf y Singh (1991), al analizar las probabilidades de ruptura por edad al inicio de la unión en nueve países, reportan que, aun cuando las diferencias que se observan entre las mujeres que se casaron en la adolescencia y entre las que postergaron un poco su entrada a la unión se aprecian también al controlar su nivel educacional (menos de 5 y 5 o más años de educación), la probabilidad de ruptura resulta algo menor entre las más educadas. Asimismo, Wright (1989), al analizar las uniones de visita en Jamaica —a través de análisis de regresiones— muestra que la ruptura de las mismas se ve afectada por el nivel de instrucción, señalando que existe menor ruptura mientras mayor es el nivel educacional.

Por el contrario, el análisis realizado con información de Brasil (Alan Guttmacher Institute, 1988) no muestra diferencias significativas por nivel educacional.

Respecto de otros países hay discordancia entre los investigadores sobre el efecto de la educación sobre la inestabilidad conyugal. Esa es la situación que se produce en Colombia. Por una parte, un análisis efectuado por Prada *et al.*, (1988) muestra que —tanto entre las mujeres que se unieron en la adolescencia como entre las que lo hicieron después— la probabilidad de ruptura es menor para las con 4 o más años de educación que para las con un menor nivel educacional. Por otra parte, Duarte *et al.* (1988) revelan que la educación muestra una relación inversa con las rupturas sólo en las uniones consensuales pero que ello no sucede en el caso de las legales, en las que no existe una relación lineal.

Es tan poca la claridad que existe sobre el tema, que dos estudios sobre Puerto Rico, realizados con la misma información llegan a conclusiones opuestas. Por un lado, Price y Teachman (1993), al elaborar cuatro modelos log lineales, tomando intervalos de 12 meses de duración de la unión, detectaron que en ninguno de ellos el nivel de instrucción tiene algún efecto sobre las rupturas. Y, por otro, Canabal (1990), con las mismas regresiones log lineales, concluye que la educación del cónyuge no tiene una relación con la inestabilidad, pero que la de la mujer sí tiene un efecto inverso en la disolución, aunque sólo en los primeros cinco años de unión. Es más, al controlar la edad a la unión y la participación económica de la mujer, con el fin de ver el efecto neto de la educación de la mujer, sus resultados muestran que la mencionada variable tiene un efecto directo sobre la estabilidad.

e) *Estrato socioeconómico*

Se ha señalado que el divorcio aumenta con un mayor desarrollo y con la mayor participación social de la mujer. Sin embargo, los estudios no son concluyentes. En Colombia, por ejemplo, las separaciones son más frecuentes mientras menor es el estrato socioeconómico, tendencia que es más marcada entre las mujeres. Así, mientras en el estrato alto el 16% de las mujeres unidas por primera vez se ha separado, en el estrato bajo lo ha hecho el 48% (Zamudio y Rubiano, 1991a, 1991b). Otro ejemplo lo constituye México, donde la disolución voluntaria es mayor entre los trabajadores no asalariados (13%) y entre los campesinos y trabajadores agrícolas (12%) y menor en la burguesía (10%) (Ojeda, 1989), lo que contradiría que las disoluciones son menores en las áreas rurales.

En otros países, en cambio, el porcentaje de separación o divorcio es mayor mientras más alto es el estrato socioeconómico. Según reportan Zamudio y Rubiano (1991a), en Chile la ruptura es más frecuente en los estratos socioeconómicos más altos, con porcentajes que van desde un 9.5% de separaciones de uniones legales en el estrato bajo hasta un 17.5% en el alto.

En República Dominicana, la situación varía según el tipo de unión. Entre las casadas legalmente, el mayor porcentaje de rupturas se da en la burguesía urbana (alrededor de un 30%), seguida de los obreros no agrícolas y los marginales (21%). Entre las mujeres unidas consensualmente, en cambio, las rupturas son más frecuentes en la clase media y en la burguesía urbana (más del 70%), seguidas de los obreros no agrícolas y de los marginales (entre 53 y 57%). Las clases rurales muestran la mayor estabilidad, especialmente las casadas legalmente (Duarte *et al.*, 1988).

f) *Actividad económica de la mujer*

Se ha postulado que la actividad económica de la mujer está, en alguna medida, relacionada causalmente con la estabilidad familiar. Sin embargo, todavía no están claros los mecanismos mediante los cuales opera esta relación causal. En la literatura se postula que la independencia económica que obtiene la mujer al trabajar las hace más propensas a disolver su unión. Pero también podría argüirse que puede tener el efecto contrario, pues conjuntamente con aumentar el ingreso disminuiría el estrés familiar.

Varios de los análisis revisados pueden adolecer de bastante espureidad, por cuanto la información que utilizan no permite sacar conclusiones válidas. Por lo general, aquella es recabada en un solo momento del tiempo, sin averiguar si la mujer trabajaba antes de la ruptura o si tuvo que hacerlo después para su sostén y el de sus hijos.

Ramírez (1994) señala que en Costa Rica, por ejemplo, entre las mujeres que trabajan existe un 36% de disoluciones, porcentaje que desciende a un 17% entre las que no trabajan. En Cuba, Catasús

et al. (1988) también detectaron que las mujeres que trabajan muestran una proporción mayor de separaciones y divorcios que las inactivas —tanto en el área urbana como en la rural— no apreciándose esta diferencia en el área semiurbana. Al considerar la categoría ocupacional, las mujeres empresarias, profesionales y técnicas muestran una mayor estabilidad. También en Chile se ha constatado que las mujeres que trabajan y aquellas cuyo ingreso es igual o mayor al de su cónyuge se separan más que las que no lo hacen o tienen ingresos más bajos que el cónyuge (CEPAL, 1993). Corresponde señalar que en todos estos estudios el análisis de la actividad o inactividad económica de la mujer tuvo lugar una vez producida la ruptura.

Price y Teachman (1993), con información sobre Puerto Rico, trataron de resolver la espureidad del planteamiento. Primero desarrollaron modelos log lineales para contrastar la hipótesis de que las mujeres que trabajan por un salario están en mayor riesgo de disolver su unión que las que no trabajan, las familiares no remuneradas o las que trabajan en su casa. El supuesto fue que las primeras ganan más que las que trabajan como familiar remunerada o en la casa. Los modelos confirmaron esta hipótesis. Pero también plantearon una segunda hipótesis: que el efecto del trabajo asalariado en la disolución de la unión es menos negativo para las mujeres que tenían tales trabajos antes de la unión. Los modelos también confirmaron la hipótesis, de manera que el riesgo de disolución de las uniones por parte de las mujeres que trabajaron antes de la unión y siguen trabajando en un trabajo asalariado es el mismo que para las mujeres que nunca han trabajado. Otros modelos log lineales elaborados por Canabal (1990), con información para dicho país, mostraron que los ingresos potenciales de la mujer están relacionados directamente con la probabilidad de ruptura matrimonial, pero sólo en los primeros cinco años de matrimonio. Sin embargo, sus hallazgos respecto del trabajo antes de la unión contradicen a los de Price y Teachman, por cuanto encontró que el trabajo —tanto antes como durante la unión— tiene un efecto directo sobre la probabilidad de disolución.

g) Religión

En la década de los años noventa, en Costa Rica se comprueba una relación entre religión y rupturas matrimoniales. Mientras que el 22% de las mujeres alguna vez unidas que declaran profesar una religión ha roto su unión, el 43% de las que no profesan ninguna disolvió su unión (Ramírez, 1994).

En Puerto Rico, Canabal (1990) concluyó que lo que afecta a la estabilidad de la unión no es la afiliación a una religión sino, más bien, la participación en ella —que implica, además, una presión social—, de tal manera que las mujeres que participan regularmente muestran una mayor estabilidad matrimonial (en todos los intervalos de duración de la unión que consideró), siendo el efecto más fuerte mientras menos duración tiene la unión. Price y Teachman (1993) obtuvieron resultados en el mismo sentido. Sin embargo, encontraron que el hecho que la mujer sea católica no tiene un efecto significativo en todo tipo de unión sino que sólo lo tiene en los matrimonios que se iniciaron legalmente.

Analizando las "uniones de visita" (*visiting union*) en Jamaica, Wright (1989) observó que la transición de una unión de visita a una unión consensual o matrimonio legal se ve afectada por la religión. Las mujeres católicas tienen, respecto de las protestantes, sólo el 65% de probabilidad de pasar a una unión consensual; en cambio, presentan el doble de probabilidades que las protestantes de pasar a un matrimonio legal.

h) Embarazo prematrimonial

Según el estudio efectuado por Canabal (1990) con información de Puerto Rico, un embarazo premarital aumenta la probabilidad de disolución de la unión dentro de los primeros cinco años pero, si el matrimonio sobrevive a ese tiempo, la variable no es significativa, contribuyendo incluso a la estabilidad después de los diez años de matrimonio. Price y Teachman (1993) también estudiaron esta variable, señalando que no en todas las uniones se da la relación sino que sólo existe en las legales. Al igual que Canabal, encontraron que la relación es relativa a la duración de la unión y que se transforma en inversa con los años, pero fijan el punto de inflexión en seis años de unión.

i) Nacimiento de hijos durante la unión

También Canabal (1990) señala que, en Puerto Rico, la existencia de hijos menores de 6 años disminuye la probabilidad de disolución de la unión. Sin embargo, Price y Teachman (1993) especifican que la influencia de un nacimiento concebido durante la unión depende de la duración de la misma, por cuanto durante el primer año un hijo incrementa el riesgo de ruptura, para decrecer en duraciones más extensas.

Wright (1989) detectó que, en Jamaica, la transición desde una "unión de visita" a una consensual o legal se ve afectada por el nacimiento de un hijo, en cuanto a que las mujeres que han tenido un hijo tienen sólo el 30% de la probabilidad de la de aquellas que no lo han tenido de pasar a una unión consensual, pasando, más bien, a uniones legales. También concluyó que cuando existe un hijo es menos probable que la unión de visita termine por ruptura.

j) Género de los hijos

Utilizando datos de fines de la década de 1970 para Colombia y Venezuela, Merrill y Casterline (1989) hacen un análisis sobre el efecto del género de los hijos en la disolución del matrimonio. Consideraron dos períodos de duración de la unión (menos de 3 años y entre 3 y 15 años). En el período de corta duración se establecieron tres estados: sin hijos; un hijo hombre; una hija mujer. En el período de larga duración se establecieron nueve estados: sin hijos; un hijo hombre; una hija mujer; dos hijos hombres; dos hijas mujeres; un hijo hombre y una hija mujer; tres hijos hombres; tres hijas mujeres; y cualquier otra situación.

Los resultados mostraron que en los matrimonios jóvenes (menos de 3 años de unión) colombianos, el hecho de tener un hijo varón (sexo preferido) disminuye en un 44% la probabilidad de ruptura de las parejas, en relación a las que tienen una hija. En Venezuela, en cambio, son las hijas mujeres (sexo preferido) las que disminuyen la probabilidad de ruptura, pues el tener un hijo varón en vez de una hija aumenta en un 23% la probabilidad de ruptura en los tres primeros años de matrimonio, aunque la relación no es estadísticamente significativa. En los matrimonios de mayor duración (3 a 10 años), en cambio, tener un hijo varón disminuye la probabilidad de ruptura, excepto para las uniones con tres hijos varones.

4. Duración de las uniones

La información revisada muestra que, en general, la disolución es más frecuente en los primeros años de la unión. Algunos ejemplos ilustran la situación.

En República Dominicana cerca del 40% de los matrimonios legales o de hecho se disuelven antes de los 10 años (Caram, 1992).

En Colombia urbana el 41% de las separaciones se produce antes de los 4 años, el 31% entre el primero y cuarto año de unión (es decir, el 10% tiene lugar antes del primer año) y el 23% entre el quinto y el noveno. Todos estos hechos se expresan en un promedio de duración de la unión de 9.2 años.

En México la mitad de las parejas que se separan o divorcian lo hace dentro de los 6 años de celebrada la unión (Quilodrán, 1991) y el 19% antes de nacer el primer hijo (Ojeda, 1989). Según la experiencia de las mujeres de 45-49 años, las mujeres permanecerían unidas durante el 90% de su período reproductivo (Quilodrán, 1991).

En Venezuela, el 48% de las disoluciones de uniones se produce antes de los 4 años de unión (Freitez y Romero, 1991).

El caso extremo parece ser Cuba, por cuanto más del 50% de los divorcios de las personas menores de 30 años y el 47% de todas las uniones se producen al cabo de 2 años de unión (Reca, Martín, Catasús, Díaz y Alvarez, 1989; Puñales, 1992), estimándose la duración promedio del primer matrimonio o unión en 5.5 años en 1987 (Puñales 1992) y en 6 años en 1993 (Instituto de Investigaciones Estadísticas, 1994). Del total de las primeras uniones disueltas, el 30% tiene un año o menos, mientras que algo más del 50% no va más allá de los 4 años (Catasús, 1992).

En Chile, Puerto Rico y Costa Rica, por último, las uniones parecen durar un poco más, ya que la mitad de los matrimonios disueltos han pasado los 11 años de unión en Chile (CEPAL, 1993); y el 25% de las uniones se han disuelto antes de los 10 años de unión y el 38% a los 20 años en Puerto

Rico (Price y Teachman, 1993). En Costa Rica, en 1993, el 13% de las parejas se había separado antes del quinto año de unión y el 23% antes del décimo; esta cifra era, en 1976, de un 9 y un 15%, respectivamente. En 1993, entre las mujeres que se habían casado treinta o más años antes, un 45% ya no vivía con su primer cónyuge (por separación, divorcio o viudez) cifra que era de un 38% en 1976. Estandarizando la duración de las primeras nupcias en Costa Rica, Ramírez (1994) calcula, en base a información correspondiente a 1993, que durante los 25 años que siguen al matrimonio se espera que una mujer viva 19.9 años con el primer esposo, cifra que en el año 1976 llegaba a los 20.4 años.

En base a la escasa información relativa a los diferenciales que se producen en la duración de las uniones, podrían señalarse algunas tendencias:

Aparentemente, la duración de las uniones es algo mayor en las áreas rurales. Así se ha mostrado en México, donde es dos años mayor (Quilodrán, 1991), aun cuando Ojeda (1989) señala que hay más separaciones en dichas áreas.

La edad a la primera unión parece no influir en la duración de la unión de las mujeres que se han separado. Al menos así se ha detectado en Colombia urbana (Zamudio y Rubiano, 1991a, 1991b).

A juzgar por lo que sucede en ese mismo país, la duración parece ser menor en las uniones de los estratos altos (mediana de 4.3 años). En Colombia urbana, al menos, no se han encontrado diferencias entre los otros niveles sociales. En el primer año de unión, la mayor concentración de separaciones se da en los estratos altos; entre el segundo y cuarto, en los estratos medios; y entre los cinco y nueve años, en los estratos bajos.

El tipo de unión marca una diferencia en su duración. Así se ha visto en Colombia, México y Jamaica. En Colombia, los matrimonios católicos duran en promedio 12.4 años, los civiles duran 7.5 años y las uniones consensuales, 6.3 años.

Al controlar el tipo de unión, el matrimonio católico es el de más larga duración en todos los estratos sociales pero principalmente en los estratos medio-alto y alto, seguido por el civil, salvo en el estrato bajo-bajo donde la unión libre es la que tiene una mayor duración. En México, la duración de las uniones es dos años mayor en los matrimonios civiles y religiosos (Quilodrán, 1991). En Jamaica, las "uniones de visita" tienen una mediana de 2 años, las uniones consensuales duran 7 años y los matrimonios legales 28 años (Wright, 1989).

5. Referencias bibliográficas

- Alan Guttmacher Institute (1988), *Adolescents of today, parents of tomorrow: Brasil*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- ____ (1989), Las salvadoreñas adoptan la P.F. tarde; esterilización es el método más común. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, Número Especial de 1989*, 36-37.
- Canabal, M. E. (1990), An economic approach to marital dissolution in Puerto Rico. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 515-530.
- Caram, M. (1992), *Crisis de la familia dominicana: pasado, presente y perspectivas*. Ponencia presentada en el Seminario "500 Años de Población y Desarrollo en la República Dominicana: Reflexiones y Retos para un Nuevo Siglo". Santo Domingo.
- Catasús, S. I. (1992), La nupcialidad de la década de los ochenta en Cuba. En CEDEM, *La demografía cubana ante el V centenario*. Veracruz: CEDEM.
- Catasús, S., Farnós, A., González, F., Grove, R., Hernández, R. y Morejón, B. (1988), Cuban women: Changing roles and population trends. *Women, Work and Development*, 17. Geneva: International Labour Office.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1993), *Cambios en el perfil de las familias: la experiencia regional*. Santiago: CEPAL.
- Colombia, Consejería Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia (1993), *Política integral para las mujeres colombianas*. Bogotá: Consejería Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia.
- Cuba, Comité Estatal de Estadísticas (1988), *Encuesta Nacional de Fecundidad 1987: resumen de indicadores seleccionados*. La Habana: Comité Estatal de Estadísticas.
- Cuba, Instituto de Investigaciones Estadísticas (1994), *Anuario Demográfico 1993*. La Habana: Instituto de Investigaciones Estadísticas.
- Chahnazarian, A. (1992), Hausse récente de la fécondité en Haïti: Un nouvel engouement pour la vie en union? *Population* 3, 583-607.
- De la Cruz, R. E. (1994), Panorama de la situación demográfica y socioeconómica de la familia panameña. En N. Atencio, F. Beens, E. Davis, C. Leiro, U. Pitti y R. E. De la Cruz, *La familia en Panamá. Situación actual y perspectivas. Aportes para el Año Internacional de la Familia*. Panamá: Ministerio de Planificación y Política Económica.
- Duarte, I., Báez, C., Gómez, C. J. y Ariza, M. (1988), *Población y condición de la mujer en República Dominicana*. Santo Domingo: IEPD.
- Freitez, A. y Romero, D. (1991), *Estudio de los patrones de nupcialidad y fecundidad en Venezuela a partir de la Encuesta Nacional de Fecundidad 1977*. Caracas: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, Universidad Católica Andrés Bello.
- García, M. y Mauro, A. (1992), *El orden de adentro y el orden de afuera*. Quito: CEPLAES.
- Instituto de la Mujer de España y FLACSO (1994), *Mujeres latinoamericanas en cifras: Nicaragua*. Santiago: Instituto de la Mujer de España/FLACSO.
- Merrill, D. y Casterline, J. (1989), *Children's gender and marital dissolution: Evidence from developing countries*. Baltimore: Brown University.
- Muñoz, M., Reyes, C., Covarrubias, P. y Osorio, E. (1991), *Chile en familia: un análisis sociodemográfico*. Santiago: UNICEF.
- Naciones Unidas (1990), *Patterns of first marriage. Timing and prevalence*. ST/ESA/SER.R/111. New York: United Nations.
- Ojeda, N. (1989), *El curso de la vida familiar de las mujeres mexicanas: un análisis sociodemográfico*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- ____ (1991), El aumento del divorcio y la separación. *DEMOS 1991*, 15-16.
- Oliveira, M. C. y Berquó, E. (1990), A família no Brasil: Análise demográfica e tendências recentes. *Anais do XIII Encontro Anual*. São Paulo: ANPOCS/Vértice.
- Perú, INE (Instituto Nacional de Estadística) y CONAPO (Consejo Nacional de Población) (1986), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)*. Lima: INE.
- Prada, E., Singh, S. y Wulf, D. (1988), *Adolescentes de hoy, padres del mañana: Colombia*. Bogotá: Alan Guttmacher Institute.
- Price, K. y Teachman, J. D. (1993), Female employment and first union dissolution in Puerto Rico. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 686-698.
- Puñales, A. V. (1992), *Relación de pareja y divorcio: algunos resultados de investigación*. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociales.
- Quilodrán, J. (1991), *Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México*. México: El Colegio de México.
- Ramírez, H. (1994), Nupcialidad: formación y disolución de las uniones. En Caja Costarricense de Seguro Social, *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Fecundidad y formación de la familia*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.

- Reca, I. C., Martín, C., Catasús, S., Díaz, M. y Alvarez, M. (1989), *Caracterización de algunas tendencias de la formación de parejas y familias en la población joven*. La Habana: CIPS-ACC/CEDEM-UH.
- Rodríguez, H., Gutiérrez, J. y Hernández, O. (1992) *Características demográficas, de empleo y de composición familiar en Puerto Rico*. LC/R. 1083 LC/DEM/R.138 Serie A, N° 234. Santiago: CEPAL.
- Singh, S. y Wulf, D. (1990), *Adolescentes de hoy, padres del mañana: un perfil de las Américas*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Uruguay (1993), *Informe nacional sobre población. Uruguay-1993. Documento para la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994*. Montevideo: Uruguay.
- Vargas, M. (1988), Las características de la nupcialidad. En Consejo Nacional de Población, *Mujer, trabajo y reproducción humana en tres contextos urbanos de Bolivia 1986-1987* (pp. 63-78). La Paz: CONAPO/The Pathfinder Fund.
- Vega, I. (1994), Diversidad familiar en Costa Rica: un análisis tipológico en la Región Metropolitana. *Actualidades en Psicología*, 9, 79. San José: Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica.
- Wright, R. E. (1989), The impact of fertility on sexual union transitions in Jamaica: An event history analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 353-361.
- Wulf, D. y Singh, S. (1991), Sexual activity, union and childbearing among adolescent women in the Americas. *International Family Planning Perspectives*, 17 (4), 137-144.
- Zamudio, L. y Rubiano, N. (1991a), *Las separaciones conyugales en Colombia*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- ____ (1991b), *La nupcialidad en Colombia*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- ____ (1994), La familia en Colombia. En Consejería Presidencial para la Política Social e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, *Las familias de hoy en Colombia. Tomo I* (pp. 5-116). Bogotá: Consejería Presidencial para la Política Social/Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

VII. LAS SEGUNDAS NUPCIAS

Es frecuente que después de la separación o divorcio se produzca una segunda unión, especialmente en el caso de los hombres. Este hecho tiene impactos importantes en los nuevos arreglos familiares, pues tiene un efecto decisivo en la socialización de los niños y en la redefinición de responsabilidades al interior de la familia.

Cuando se trata de la disolución de la familia por viudez, la mayor longevidad de las mujeres y las menores probabilidades de que ellas contraigan un segundo matrimonio —en comparación con los hombres— tienen su efecto en el tipo de familia que se produce. Así, las mujeres forman, en mayor proporción que los hombres, unidades unipersonales, particularmente las viudas de 60 años y más.

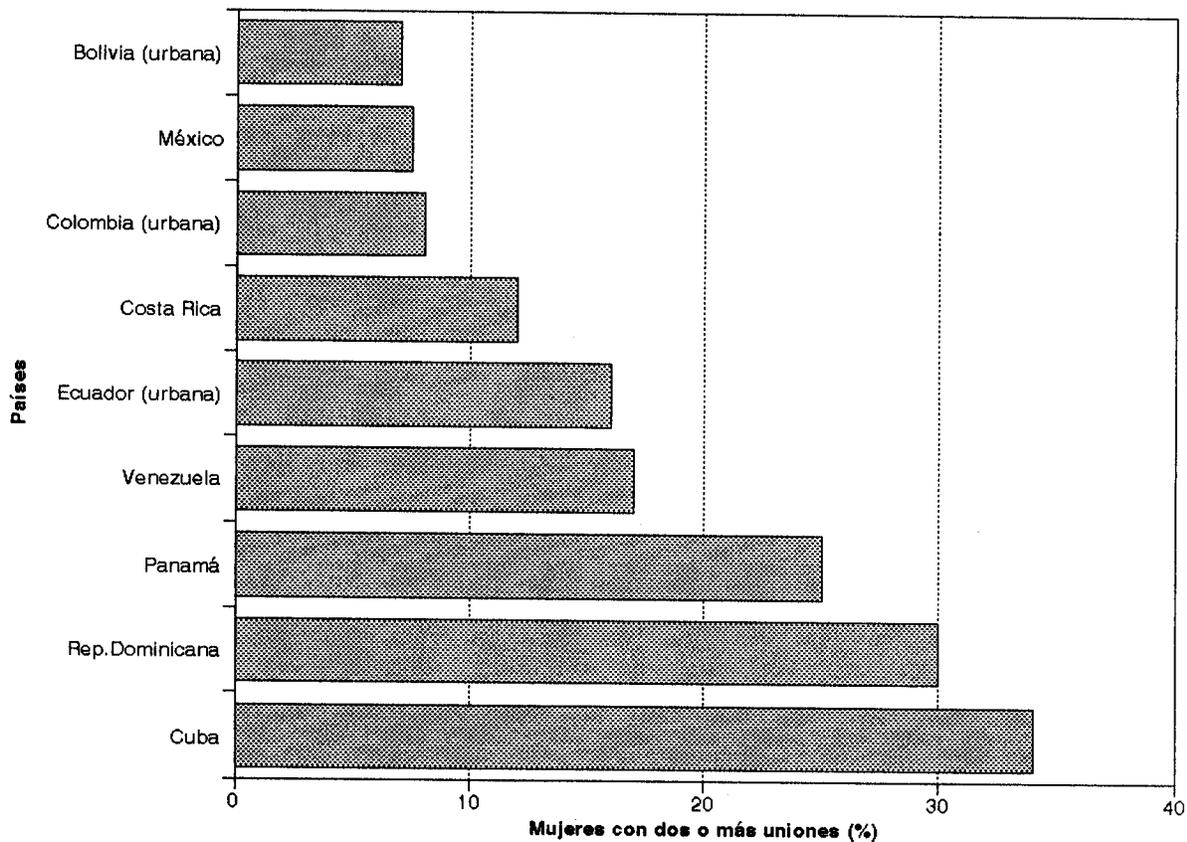
Si se considera el total de mujeres no solteras en los países para los que se contó con información sobre segundas uniones, existe un grupo donde estas uniones no son muy frecuentes entre las mujeres. Se trata de Bolivia, Colombia, Costa Rica y México, en los que menos del 12% de las mujeres no solteras se une por más de una vez. Un grupo intermedio lo forman Ecuador y Venezuela, donde algo más del 15% de las mujeres se casan más de una vez. Por último, existen países donde las segundas nupcias son bastantes frecuentes y sobrepasan el 25%. Es el caso de Cuba, Jamaica, Panamá y República Dominicana (véase el gráfico 9 y la tabla 9). Estudios realizados en Cuba, por ejemplo, indican que el 27% de las mujeres en edad fértil no solteras se ha casado o unido en dos oportunidades, y el 7% lo ha hecho tres o más veces (Catasús, 1992), y en una provincia se detectó que casi la mitad de las mujeres declaró haberse casado o unido más de una vez (Alvarez y Catasús, 1988). En República Dominicana el 30% de las mujeres vuelve a casarse, siendo el promedio de cónyuges por mujer de 1.4 a nivel del país (Duarte *et al.*, 1988). Y en Jamaica, al final de su vida reproductiva, las mujeres han estado involucradas, en promedio, en casi tres uniones (Wright, 1989).

Al considerar sólo a quienes han disuelto su primera unión, los estudios revisados revela que la proporción de segundas nupcias es considerable, especialmente entre los hombres. En el área urbana de Colombia, por ejemplo, el 32% de las personas separadas de una primera unión constituyen una segunda unión, 41% de los hombres y 22% de las mujeres; estas tienen, en promedio, 28 años al iniciar la segunda unión. Cuando las personas se separan por segunda vez, también el 32% constituye una tercera unión (41% de los hombres y 25% de las mujeres) (Zamudio y Rubiano 1991a, 1991b). En Chile el 28% de los separados vuelve a unirse, especialmente los hombres (CEPAL, 1993). Las chilenas que vuelven a casarse legalmente después de anular su primer matrimonio lo hacían a una mediana de edad de 33.6 años en 1982 y de 34.3 en 1988; las viudas que volvían a casarse lo hacían a los 48.9 años en 1982 y a los 47.2 años en 1988 (Muñoz *et al.*, 1991).

En cuanto al tipo de unión contraída en segundas nupcias, la información para Colombia y Chile revela que ella es principalmente consensual. Así, por ejemplo, en Colombia el 96% de los que se han vuelto a unir lo han hecho en una unión consensual (Zamudio y Rubiano, 1991a).

Gráfico 9

**PAÍSES SELECCIONADOS DE AMÉRICA LATINA:
MUJERES QUE SE HAN UNIDO MAS DE UNA VEZ**



Fuente: Tabla 9

1. Diferenciales según algunas variables

Aun cuando la limitación de los estudios no permite sacar conclusiones sobre los diferenciales que se producen respecto de la segunda unión, existen observaciones que proporcionan algunas tendencias.

a) Áreas urbana y rural

Los pocos estudios relativos a las segundas nupcias según tipo de área no revelan un patrón sistemático en los países. En algunos pareciera que éstas son más frecuentes en las áreas rurales: así se detectó en Cuba (Catasús *et al.*, 1988) y en México (Quilodrán, 1991). En otros, como en Costa Rica, las segundas nupcias son más frecuentes en las áreas urbanas (Ramírez, 1994).

b) *Edad a la primera unión*

Un estudio efectuado en Venezuela reveló una relación inversa entre el número de uniones y la edad a la primera unión. Así, las mujeres que se unieron antes de los 15 años muestran un promedio de 1.5 uniones, mientras que las que se unieron después de los 19 años muestran un promedio de 1.1 uniones (Freitez y Romero, 1991).

c) *Tipo de la primera unión*

La naturaleza de la primera unión es uno de los factores que marca con mayor claridad una mayor o menor reincidencia matrimonial: aquellas personas cuya primera unión fue consensual contraen segundas nupcias con mayor frecuencia que las que disolvieron un primer matrimonio legal. En Costa Rica, mientras sólo el 7% de las mujeres casadas legalmente por primera vez se ha vuelto a unir, este porcentaje llega al 21% de las unidas consensualmente (Ramírez, 1994). También en sectores populares urbanos del Ecuador ocurre que mientras el 7% de los alguna vez casados legalmente tiene más de una unión, entre los unidos consensualmente la situación alcanza al 34% (García y Mauro, 1992). En República Dominicana, las cifras llegan al 11% de las mujeres casadas legalmente y al 41% de las unidas consensualmente, arrojando un promedio de cónyuges por mujer de 1.1 y 1.5, respectivamente (Duarte *et al.*, 1988). Por último, en Colombia se produce un mayor diferencial: 14% entre los que contrajeron un primer matrimonio católico y 49% entre los que tuvieron una unión consensual, porcentajes que en ambos casos son mayores entre los hombres (Zamudio y Rubiano, 1991b). También en México hay mayor cantidad de segundas uniones entre los que estuvieron unidos por primera vez en forma consensual (Quilodrán, 1991).

Zamudio y Rubiano (1991b) analizaron también las terceras nupcias, y señalan que hay una diferencia entre hombres y mujeres respecto del tipo de la segunda unión. Cuando la segunda unión fue un matrimonio católico, el 8% de las mujeres separadas se une por tercera vez, porcentaje que llega al 50% de los hombres. Cuando la segunda unión fue consensual, el 39% de los hombres y el 27% de las mujeres se unen por tercera vez. Pareciera ser que una vez que los separados de un matrimonio católico deciden contraer una segunda unión, las uniones posteriores se realizan más fácilmente, primordialmente entre los hombres. Es muy probable que la socialización de las mujeres en el marco del matrimonio católico, los trámites necesarios para garantizar las obligaciones económicas, el hecho que la duración promedio de esta forma de matrimonio sea mayor y, por lo tanto, con una mayor descendencia —de cuya tutela en general se responsabiliza la mujer—, así como la dificultad de una unión legal posterior, impiden que conformen una nueva unión.

d) *Estrato socioeconómico*

En República Dominicana se ha visto que las mujeres de los estratos sociales más desfavorecidos tienen un promedio superior de cónyuges (Duarte *et al.*, 1988).

En el área urbana de Colombia la segunda unión contraída por hombres no muestra una relación directa con el estrato social, de manera que éstos se unen con mayor frecuencia por segunda o tercera vez cuando pertenecen a los sectores extremos (bajo-bajo y medio-alto). Entre las mujeres, en cambio, sí existe una relación inversa con el sector social, uniéndose menos por segunda vez según aumenta el estrato social (Zamudio y Rubiano, 1991b).

Distinta es la situación en Chile, por cuanto la segunda unión es mayor cuanto mayor es el nivel social: el 46% de los separados de estrato alto y sólo el 25% de los de estrato bajo se unen por segunda vez (CEPAL, 1993).

e) Actividad económica de la mujer

Sólo la encuesta de salud reproductiva realizada en Costa Rica en 1993 entrega datos de segundas uniones según actividad económica de la mujer, mostrando que las mujeres que trabajan han tenido en mayor proporción (15%) segundas nupcias que las que no trabajan (10%) (Ramírez, 1994).

f) Religión

Así como las mujeres costarricenses no creyentes han disuelto en mayor proporción su primera unión que las creyentes, también las primeras se han unido por segunda vez en mayor proporción (30%) que las segundas (11%) (Ramírez, 1994).

2. Fecundidad según cantidad de uniones

Los escasos estudios que analizan la fecundidad por cantidad de uniones revelan que aquella es más alta mientras más uniones existen. Tanto en Jamaica (Wright, 1989) como en Cuba (Alvarez y Catasús, 1988) se ha detectado una asociación directa entre el número de parejas o uniones y la fecundidad acumulada. En Colombia, Zamudio y Rubiano (1991a) sugieren que el aumento de las separaciones ha contrarrestado en alguna medida la tendencia al rápido descenso de la fecundidad, puesto que los separados tienden a tener una fecundidad mayor que los no separados. Así, mientras las mujeres con una sola unión tienen un promedio de 2.9 hijos, las con dos uniones tienen 4.3 hijos y las con tres uniones, 5.9 hijos, relación que se da en todos los estratos sociales.

3. Referencias bibliográficas

- Alvarez, L. y Catasús, S. (1988), *Encuesta de Fecundidad y Prevalencia de Métodos Anticonceptivos. Las Tunas, 1985. Informe general*. La Habana: Centro de Estudios Demográficos, Universidad de La Habana.
- Catasús, S. (1992), La nupcialidad de la década de los ochenta en Cuba. En CEDEM, *La demografía cubana ante el V centenario*. Veracruz: CEDEM.
- Catasús, S., Farnós, A., González, F., Grove, R., Hernández, R. y Morejón, B. (1988), Cuban women: Changing roles and population trends. *Women, Work and Development*, 17. Geneva: International Labour Office.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1993), *Cambios en el perfil de las familias: la experiencia regional*. Santiago: CEPAL.
- Duarte, I., Báez, C., Gómez, C. J. y Ariza, M. (1988), *Población y condición de la mujer en República Dominicana*. Santo Domingo: IEPD.
- Freitez, A. y Romero, D. (1991), *Estudio de los patrones de nupcialidad y fecundidad en Venezuela a partir de la Encuesta Nacional de Fecundidad 1977*. Caracas: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, Universidad Católica Andrés Bello.
- García, M. y Mauro, A. (1992), *El orden de adentro y el orden de afuera*. Quito: CEPLAES.
- Muñoz, M., Reyes, C., Covarrubias, P. y Osorio, E. (1991), *Chile en familia: un análisis sociodemográfico*. Santiago: UNICEF.
- Quilodrán, J. (1991), *Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México*. México: El Colegio de México.
- Ramírez, H. (1994), Nupcialidad: formación y disolución de las uniones. En Caja Costarricense de Seguro Social, *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Fecundidad y formación de la familia*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Vargas, M. (1988), Las características de la nupcialidad. En Consejo Nacional de Población, *Mujer, trabajo y reproducción humana en tres contextos urbanos de Bolivia 1986-1987* (pp. 63-78). La Paz: CONAPO/The Pathfinder Fund.
- Wright, R. E. (1989), The impact of fertility on sexual union transitions in Jamaica: An event history analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 353-361.
- Zamudio, L. y Rubiano, N. (1991a), *Las separaciones conyugales en Colombia*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- ____ (1991b), *La nupcialidad en Colombia*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

VIII. PATRONES REPRODUCTIVOS

1. Número ideal de hijos

La mayoría de las veces las mujeres no logran el número ideal de hijos que manifiestan; hay muchas circunstancias no planificadas que frustran en diversos grados sus intenciones reproductivas. Según un estudio realizado en los Estados Unidos por Bongaarts (1983, en Souza, 1991), sólo el 6% de las casadas alcanza sus intenciones precisas de tamaño familiar y el 94% ha experimentado al menos un evento no planificado. La forma más frecuente de medir ese ideal es con una pregunta directa a la mujer acerca del número de hijos que quiere o hubiera deseado tener. Pero Bongaarts (Bongaarts y Lightbourne, 1992) opina que este indicador muestra un sesgo por la paridez actual de la mujer, pues aquellas con más hijos tienden a racionalizar los nacimientos no deseados. Bongaarts usa un nuevo método, que excluye a los hijos no deseados, preguntando a la mujer acerca de si *desea un hijo adicional*. Esta nueva tasa es siempre menor que la estimada con la pregunta directa.

a) *Cambios en el tiempo*

Actualmente, en los países de América Latina y el Caribe para los que se contó con información, el número promedio ideal de hijos de todas las mujeres en edad fértil oscila entre 2.4 (Cuba) y 3.9 hijos (Paraguay). Ese promedio es igual o superior a los 3 hijos en Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay y República Dominicana. Y, entre las mujeres unidas —cualquiera sea la forma de estimar este número ideal—, oscila entre 1.9 (Jamaica) y 4.4 (Paraguay); Guatemala y Paraguay son los únicos países donde las mujeres unidas tienen un promedio ideal de hijos superior a 4. El ideal ha venido disminuyendo desde la década de 1970, hecho que se aprecia claramente en el gráfico 10 y en la tabla 10. Esta disminución ha sido importante en Colombia, Jamaica, México y República Dominicana y muy leve en Perú. En Costa Rica entre 1976 y 1986 no hubo un cambio significativo en las preferencias reproductivas (Gendell, 1988); sin embargo, entre 1986 y 1993 fue considerable en las mujeres unidas (García, Gómez y Lindeboom, 1994). De acuerdo a lo que manifiesta Westoff (1991), entre las décadas de 1970 y 1980 tanto la tasa de fecundidad real como deseada disminuyeron en muchos países, pero la deseada lo hizo en menor medida.

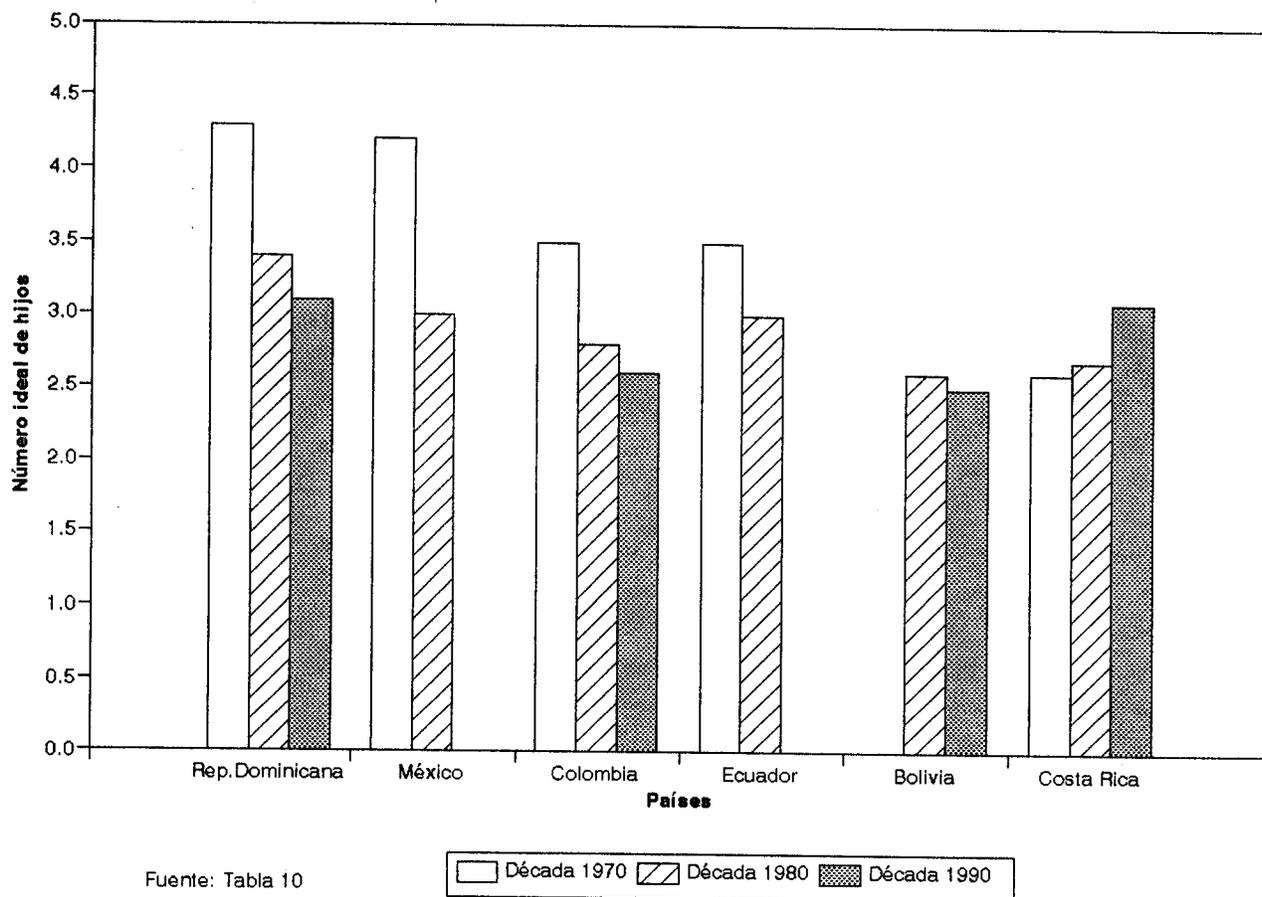
b) *Diferenciales según algunas variables*

Edad de la mujer

Otro indicador de la disminución del promedio ideal es que éste es menor mientras más joven es la mujer. Así lo reportan estudios sobre Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica (Herliman, Riley y Rosero, 1990; CCSS, 1993; García *et al.*, 1994), Cuba (Comité Estatal de Estadísticas, 1988), Chile (APROFA y CERC, 1993; Valenzuela *et al.*, 1989), Ecuador, El Salvador, Jamaica, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

Gráfico 10

NÚMERO IDEAL DE HIJOS DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL. DÉCADAS DE 1970, 1980 Y 1990

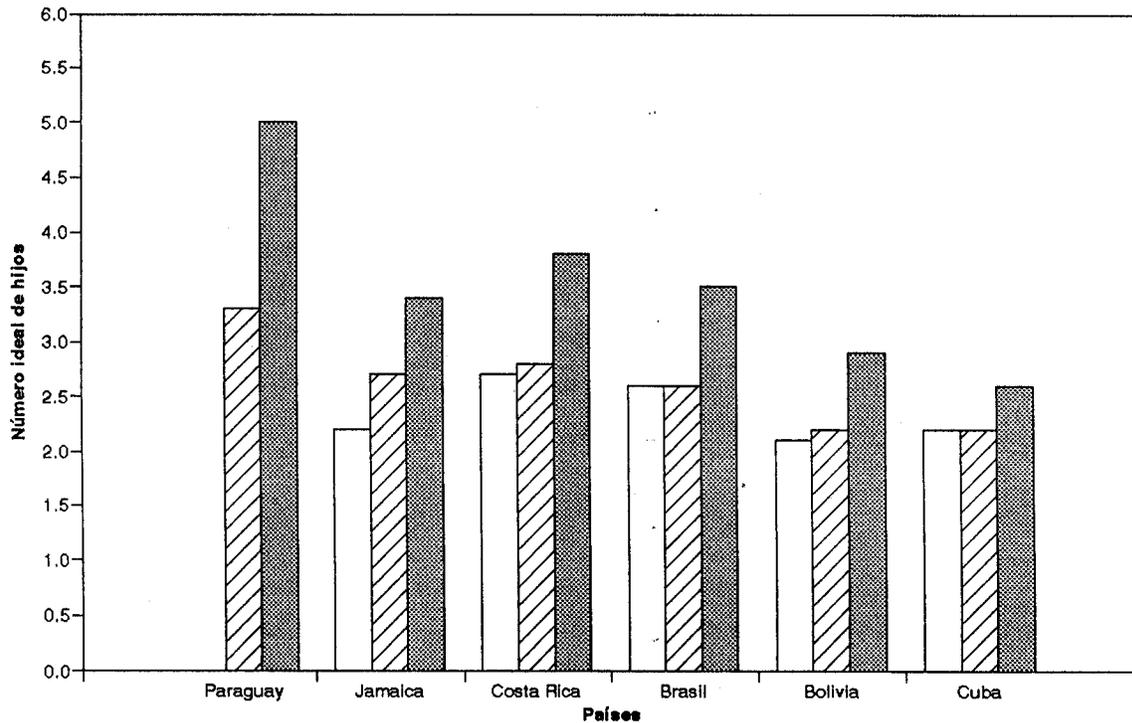


Cuando se compara el promedio ideal de hijos de las adolescentes con el de todas las mujeres en edad fértil, esa diferencia oscila entre 0.2 hijos menos en Cuba y Brasil, 0.3 en el Perú, 0.4 en Bolivia y Costa Rica y 0.6 hijos en Jamaica. Cuando se compara el ideal de las mujeres jóvenes de 20 a 24 años, éste oscila entre 0.1 hijos menos en Jamaica y 0.6 hijos menos en El Salvador y en Paraguay.

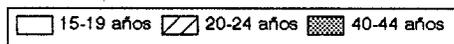
Por otro lado, y como se puede apreciar en el gráfico 11 y en la tabla 11, el número promedio ideal manifestado por las mujeres jóvenes (15-24 años) en relación con el de aquellas mujeres que están en la etapa final de su período fértil (40-49 años), esa diferencia es todavía mayor, y va desde 0.4 hijos menos en las jóvenes cubanas, respecto de las mujeres mayores (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993), hasta 1.7 hijos menos en El Salvador y Paraguay. Mientras las mujeres de 20-24 años en Paraguay declaran un número ideal promedio de 3.3 hijos, las de 40-44 años manifiestan un ideal de 5 hijos (CEPEP, 1991).

Gráfico 11

NÚMERO IDEAL DE HIJOS DE LAS MUJERES, SEGÚN GRUPOS DE EDAD



Fuente: Tabla 11

□ *Áreas urbana y rural*

Aun cuando en general el número ideal de hijos es mayor en las áreas rurales que en las urbanas, Bongaarts y Lightbourne (1992) constataron que esta relación fue menos clara en la década de los años ochenta. En la de los años setenta las diferencias en siete países estudiados iban desde 1.3 hijos más en el área rural en Perú y República Dominicana hasta 0.2 hijos más en Trinidad y Tabago. En la década de 1980, por una parte, en casi todos los países las diferencias disminuyeron, oscilando entre 0.6 hijos en Ecuador y 0.1 hijos en Jamaica. Pero, por otra, en Costa Rica la diferencia aumentó de 0.5 a 0.8 hijos y en Perú y Trinidad y Tabago la fecundidad deseada era mayor en el área urbana que en la rural (0.2 hijos más).

Un estudio realizado por Herliman *et al.* (1990) muestra que en Costa Rica la diferencia era incluso mayor al comparar San José con las áreas rurales, pasando de 1.1 hijos a 1.3 hijos entre 1981 y 1986 entre todas las mujeres y de 0.8 a 1 hijo entre las mujeres menores de 35 años. Sin embargo, en 1993 la diferencia entre todas las mujeres en edad fértil y entre las unidas era sólo de medio hijo (Caja Costarricense del Seguro Social, 1993; García *et al.*, 1994), dando la razón a Bongaarts y Lightbourne. Sin embargo, otra información para Perú (Chávez, 1991) contradice lo encontrado por Bongaarts y Lightbourne, revelando que en 1986 el número ideal de las mujeres en edad fértil era

0.5 hijos menos en las áreas urbanas. No obstante, en 1991 la diferencia había disminuido a sólo 0.3 hijos, tanto entre todas las mujeres como entre las unidas (INEI y Asociación Benéfica PRISMA, 1992; Loza y Vallenas, 1992) y las pequeñas variaciones entre las adolescentes en la década de los años ochenta (Soto y Guevara, 1988) se habían hecho nulas en la década de los años noventa (INEI y Asociación Benéfica PRISMA, 1992). También, otra información sobre Trinidad y Tabago señala que entre las mujeres unidas no hay diferencia entre zonas urbanas y rurales (Family Planning Association of Trinidad and Tobago, 1988).

Información para otros países no incluidos en el estudio de Bongaarts y Lightbourne muestra también que la asociación es poco clara. Por una parte, en varios de ellos se aprecia que el número ideal de hijos sigue siendo mayor en las áreas rurales, contradiciendo lo encontrado por esos autores. Es el caso de El Salvador, donde el promedio ideal es 1.4 hijos mayor en el área rural que en el área metropolitana, habiendo incluso una diferencia de un hijo entre las mujeres jóvenes de 20 a 24 años (ADS, 1987); Guatemala, donde las mujeres unidas que residen en áreas rurales tienen un ideal promedio de 1.1 hijos más que las residentes urbanas (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1989); Cuba, donde se produce un hijo de diferencia entre un área rural estudiada y otra urbana (Catasús *et al.*, 1988), diferencia que disminuye a sólo 0.3 hijos a nivel nacional (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993); México, donde la diferencia de 0.8 hijos que se producía en 1976 aumentó a 1.2 hijos en 1987 (Palma y Suárez, 1991; Secretaría de Salud, 1989) y Paraguay, donde en 1990 el ideal promedio es 0.9 hijos mayor en el área rural, habiendo incluso más de medio hijo de diferencia entre las jóvenes de 20 a 24 años (CEPEP, 1991).

Por otra parte, en otros países sí se aprecia la tendencia señalada por Bongaarts y Lightbourne. Es, por ejemplo, el caso de Bolivia, donde el ideal no varía según región urbana y rural para el total de las mujeres, e incluso entre las más jóvenes (20-24 años) se produce la relación contraria a la esperada, puesto que el ideal es levemente mayor en las áreas urbanas (INE, 1990, 1994). Tampoco en Chile en 1990 hay diferencia entre el área urbana y rural (APROFA y CERC, 1993), aunque en el Área Metropolitana se aprecia un ideal menor en medio hijo (APROFA, 1990a, 1990b). Por último, en Uruguay el número ideal de hijos no guarda una relación lineal con el tamaño de la localidad (Ministerio de Salud Pública, 1990).

Cualquiera sea la situación por área entre todas las mujeres, lo que sí parece estar claro es que entre las mujeres adolescentes y jóvenes las diferencias son muy pequeñas o nulas. Además de la información entregada en párrafos anteriores, se agregan los siguientes casos: Colombia, donde el pequeño diferencial que se produce entre las mujeres jóvenes en la década de los años ochenta (CCRP y MINSALUD, 1988) casi desaparece en 1990, tanto para las alguna vez unidas como para las no unidas (PROFAMILIA, 1991; Prada *et al.*, 1988); Jamaica, donde entre las jóvenes no hay diferencia por área urbana y rural (McFarlane y Warren, 1989), y República Dominicana, país en el que las mujeres jóvenes de 15 a 24 años casi no difieren por área en su promedio ideal de hijos (IEPD y Oficina Nacional de Planificación, 1992).

□ *Tipo de unión*

Son pocos los estudios que analizan la fecundidad ideal de las mujeres según tipo de unión. Entre los que sí lo hacen, la mayoría constata que las mujeres en unión consensual desean, en promedio, menos hijos que las mujeres unidas legalmente. Así se observa en tres ciudades de Bolivia: mientras las casadas legalmente tienen un ideal promedio de hijos que oscila entre 2.3 y 3 hijos —según la ciudad— las unidas consensualmente tienen un ideal que fluctúa entre 1.8 y 2.8 hijos (SIAP, 1989). También un estudio efectuado en Brasil por Henriques (1989) muestra que el número ideal de hijos es mayor entre las mujeres que están en unión legal (3.2) que entre las que están en unión consensual (2.9), aumentando ambos con la edad de la mujer. Por último, el estudio de Herliman *et al.* (1990) revela que en Costa Rica las mujeres en uniones legales desean más hijos que las en uniones consensuales, cualquiera sea la edad de la mujer. Estos datos estarían mostrando que entre las mujeres en unión consensual la diferencia entre número real e ideal de hijos es mayor, por cuanto ya se vio que, en general, estas mujeres llegan a tener más hijos que las unidas legalmente.

Sin embargo, en Cuba casi no se aprecia diferencia entre ambos tipos de unión, siendo levemente mayor entre las mujeres unidas (0.2 hijos ideales de diferencia) (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993).

Y, en relación a las uniones de visitas, en Jamaica las mujeres jóvenes de 14 a 24 años que están en este tipo de unión desean un promedio algo menor de hijos (2.3) que las en unión consensual (2.5 hijos) (National Family Planning Board, 1988).

□ *Edad a la primera unión*

Sólo un estudio realizado en Ecuador reporta que en la década de los años setenta existe una relación inversa entre el número ideal de hijos y la edad al contraer la primera unión, de tal manera que las mujeres que se unieron siendo adolescentes desean más hijos (4.3) que las mujeres que lo hicieron pasados los 30 años (3.3 hijos) (CEPAR, 1988). Sin embargo, esta constatación debe ser mirada con cautela, por cuanto ya se ha visto la contundencia de la relación inversa entre fecundidad y edad a la primera unión y el resultado espurio que puede producirse con la pregunta sobre el número ideal de hijos, dado el sesgo que la paridez actual introduce en la racionalización.

□ *Número de hijos*

La influencia de la paridez de la mujer sobre su ideal de hijos se ratifica en todos los estudios revisados, relativos a trece países. En todos, el promedio ideal de hijos es mayor en la medida en que se tienen más hijos. Cuando la mujer no los tiene o sólo tiene uno, el ideal promedio oscila entre 2.2 hijos en Bolivia, Colombia y Perú y 3.1 en Paraguay. En cambio, cuando tiene 5, 6 o más hijos, el ideal oscila entre 3.2 en Bolivia y 4.7 en Costa Rica (Caja Costarricense del Seguro Social, 1993).

Al comparar el promedio ideal de las mujeres que no tienen hijos o sólo tienen uno con el promedio ideal del total de mujeres, aquél es menor en 0.3 hijos en Perú y Bolivia (INEI y Asociación Benéfica PRISMA, 1992; INE, 1994); 0.4 en Costa Rica (Caja Costarricense del Seguro Social, 1993), Colombia (PROFAMILIA, 1991) y República Dominicana (IEPD y Oficina Nacional de Planificación, 1992); 0.5 hijos en Ecuador; 0.6 en México (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1995); 0.8 en Paraguay (CEPEP, 1991) y 0.9 hijos en El Salvador (ADS, 1987). Por el contrario, al comparar el ideal de hijos de las mujeres con 5, 6 o más hijos con el ideal promedio de todas las mujeres, aquél es de 0.7 hijos más en Bolivia; 0.8 en Perú; 0.9 en Ecuador, 1.3 en Colombia y 1.5 en Costa Rica y México.

□ *Nivel de instrucción*

El estudio de Bongaarts y Lightbourne (1992) concluye, para los siete países analizados, que la diferencia en el número ideal de hijos que existía en la década de los años setenta según nivel de instrucción de la mujer ya no era muy pronunciada en la de los años ochenta e, incluso, la relación inversa ya no era muy sistemática. En efecto, en la década de los años setenta existía una diferencia promedio de 1.2 hijos en la fecundidad deseada entre las mujeres sin instrucción y las con 7 o más años de educación, siendo menor el número ideal mientras mayor era la educación de la mujer. En la del ochenta dicha diferencia había disminuido a un promedio de 0.6 hijos. Según la información proporcionada por el estudio, en la década de los años setenta se producía una variación que iba desde 2 hijos (en Ecuador) hasta 0.3 hijos (en Jamaica) entre las mujeres sin instrucción y las con 7 o más años de educación. En la década de los años ochenta, en cambio, sólo en Perú la diferencia se mantuvo alta (1.1 hijo), mientras en el resto la diferencia disminuyó e, incluso, en Colombia la relación se convirtió en directa, deseando 0.8 hijos más las mujeres con 7 o más años de instrucción respecto de las mujeres sin instrucción.

Weinberger, Lloyd y Blanc (1989), analizando cuatro de los países estudiados por Bongaarts y Lightbourne, concluyen algo similar respecto de los ideales de mujeres sin instrucción y con educación secundaria. No obstante, difieren respecto de la información para Colombia en la década de 1980, puesto que, según el indicador utilizado por ellos, las mujeres sin instrucción en este país tenían un ideal de un hijo más que las con educación secundaria, a pesar de ser las que más habían disminuido su número ideal de hijos.

Otro estudio realizado en Trinidad y Tabago (Family Planning Association of Trinidad and Tobago, 1988) —país que Bongaarts y Lightbourne también incluyeron en su estudio— da una información diferente, mostrando las mujeres un diferencial de 0.9 hijos en el número ideal, según nivel de instrucción, mayor que el señalado por Bongaarts y Lightbourne. Por su parte, un estudio realizado en Perú (Chávez, 1991) muestra que en la década de los años ochenta la diferencia en el promedio ideal según nivel de instrucción es menor a la señalada por Bongaarts y Lightbourne, siendo sólo de 0.7 hijos. Y en 1991 Loza y Vallenás (1992) observan que ya las diferencias son mínimas y

sin una relación sistemática: las mujeres unidas sin educación desean 3 hijos, cifra que baja a 2.4 entre las con educación secundaria, pero se eleva a 2.6 entre las con educación superior. Y, por último, un estudio realizado en Costa Rica —país también incluido en la investigación de Bongaarts y Lightbourne— mostró que en 1993 (una década después) la diferencia del ideal de hijos entre las mujeres unidas era de 1.2 hijos entre las con menos de 3 años de educación y las con 7 o más años (García *et al.*, 1994). Sin embargo, otros estudios realizados en Ecuador (CEPAR 1988; CEPAR e ININMS, 1988) y República Dominicana (IEPD y Oficina Nacional de Planificación, 1992) —países también incluidos en el estudio de Bongaarts y Lightbourne— llegan a una conclusión similar a la de dicho estudio.

Un análisis realizado por Castro y Juárez (1995) en nueve países de América Latina en la segunda mitad de la década de los años ochenta concuerda con el de Bongaarts y Lightbourne, mostrando que, controlando la edad y paridez de la mujer (por medio de una tipificación), las preferencias reproductivas no difieren mucho según nivel educacional. Los datos muestran una mínima variación de las preferencias reproductivas de las mujeres con hasta 3 años de educación y las de las con 10 o más años en Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y República Dominicana (entre 0.1 y 0.3 hijos). En Bolivia se aprecia una leve relación directa con los años de educación. En otros países, sin embargo, la diferencia es de alrededor de un hijo (El Salvador, Guatemala y México).

Otros estudios realizados en países no incluidos en el análisis de Bongaarts y Lightbourne también ratifican lo señalado por estos autores, en cuanto a que las diferencias en el ideal de hijos se han acortado notablemente por nivel de instrucción. En Bolivia, por ejemplo, a mediados de la década de los años noventa el ideal de hijos del total de mujeres prácticamente no varía según nivel de instrucción, aun si se considera sólo a las más jóvenes (INE, 1994). En el Gran Santiago de Chile, en 1984 no había diferencia en la mediana ideal de hijos por nivel de instrucción (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1992). Y un estudio realizado en Cuba en 1982 (Catasús *et al.*, 1988) muestra que la mediana ideal variaba con la educación sólo en las áreas semiurbana y rural (1 hijo de diferencia entre las mujeres con educación primaria y las con niveles más altos), pero no en el área urbana. Por último, en Uruguay no existe una relación lineal entre ambas variables. Por una parte, el ideal sí es menor mientras mayor es el nivel de instrucción, pero sólo hasta enseñanza media, produciéndose un diferencial de 0.8 hijos entre el ideal de mujeres que cuentan con a lo más primaria incompleta y el de las con enseñanza media. Pero, por otra parte, las mujeres con educación superior tienen un ideal mayor que las con menor nivel educacional, siendo igual al de las con primaria completa. Cuando se controla la relación por edad de la mujer, las más jóvenes tienden a declarar un ideal más homogéneo, cualquiera sea su instrucción, en tanto que las de edades más avanzadas (45-49 años) manifiestan los diferenciales más marcados (Ministerio de Salud Pública, 1990).

Pero, sin duda, además de los casos ya analizados (Colombia —según el estudio de Weinberger *et al.*, 1989—, Trinidad y Tabago y Costa Rica), en otros países se mantiene la relación inversa entre ambas variables. Es el caso de México, donde el diferencial no varió entre las dos décadas, habiendo

sido de 2 hijos en la década de 1970, entre las mujeres sin instrucción y las con educación secundaria o más (Palma y Suárez, 1991), y de 1.9 hijos en la década de 1980 (Secretaría de Salud, 1989). Ambos estudios muestran que incluso controlando la edad se producía un diferencial, aunque en la década de los años ochenta era muy pequeño entre las mujeres con educación secundaria o más. También en El Salvador, a mediados de la década de los años ochenta, el diferencial era de 2.1 hijos (ADS, 1987). En Guatemala, pasada la mitad de la década de los años ochenta, también se producía un diferencial de 1.8 hijos en el promedio ideal de las mujeres unidas sin instrucción y el de las con educación secundaria o más (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1989). Por último, en Paraguay, en la década de 1990 todavía existe un diferencial de 1.7 hijos en el ideal promedio de mujeres con hasta 2 años de educación y el de las con educación secundaria o más (CEPEP, 1991). La situación de México, El Salvador y Guatemala fue ratificada por Castro y Juárez (1995).

Lo que sí parece claro es que en una gran cantidad de países el número ideal de hijos de las mujeres jóvenes no depende ya de su nivel de instrucción, o depende cada vez menos. Incluso, en algunos se produce una relación contraria a la esperada, convirtiéndose en directa. Es el caso de Santiago, donde el número ideal de hijos aumenta con el nivel educacional de la mujer, y va desde una mediana de 2.2 hijos entre las jóvenes (15-24 años) con educación básica o menos, hasta 3.1 hijos entre las con educación superior. Entre los hombres se ve la misma tendencia, aun cuando el ideal promedio máximo es un poco menor (2.7 hijos) que el de las mujeres (Valenzuela *et al.*, 1989).

Estudios efectuados en Jamaica (McFarlane y Warren, 1989), Perú (Chávez, 1991; INEI y Asociación Benéfica PRISMA, 1992), el área rural del Ecuador (CEPAR, 1989a) y Paraguay (CEPEP, 1991) muestran que no existe relación entre el número ideal de hijos y el nivel de instrucción entre las mujeres jóvenes. Y en Colombia (CCRP y MINSALUD, 1988; PROFAMILIA, 1991) y Uruguay (Ministerio de Salud Pública, 1990) la diferencia del número ideal es mínima según nivel de instrucción.

Sólo en unos pocos países todavía se aprecia una diferencia por nivel de instrucción entre las mujeres jóvenes. Es el caso de República Dominicana, donde el diferencial se mantiene en medio hijo entre las mujeres de 20 a 24 años (IEPD y Oficina Nacional de Planificación, 1992), contrariamente a lo encontrado por Castro y Juárez (1995), y también el de El Salvador, donde tal diferencia se mantiene en un hijo (ADS, 1987).

□ *Actividad económica de la mujer*

Sólo tres estudios dan cuenta de la eventual asociación entre el número ideal de hijos y la actividad económica de la mujer. Dos de ellos muestran que no hay diferencia en el promedio ideal de hijos de mujeres activas e inactivas. Uno de estos estudios informa de tal hallazgo en tres ciudades de Bolivia en 1987 (SIAP, 1989) y el otro, en un área urbana y una rural de Cuba en 1982 (Catasús *et al.*, 1988), también sin encontrar relación con la categoría ocupacional de la mujer activa. Sin

embargo, en un área semiurbana estudiada en Cuba el ideal de las mujeres que no trabajan es mayor en un hijo que el de las que sí lo hacen.

El tercer estudio, efectuado en Ecuador, muestra que el ideal de las mujeres unidas y fértiles en la década de los años setenta era levemente mayor cuando no trabajaban (4.4 hijos) que cuando lo hacían (4 hijos) (CEPAR 1988), pero es posible que en las décadas más recientes este diferencial ya se haya anulado. El estudio concluye que el efecto del nivel de instrucción es notablemente mayor que el de la actividad económica.

□ *Nivel socioeconómico*

Cinco son los estudios encontrados en relación al número ideal de hijos según nivel socioeconómico, referentes a información de la segunda mitad de la década de los años ochenta. Sin embargo, la información que reportan no permite sacar conclusiones sobre una eventual relación entre el nivel socioeconómico y el número ideal de hijos.

Por una parte, dos de tales estudios muestran independencia entre las variables: uno, el realizado en 1987 en la ciudad capital del Perú y en otra ciudad de ese país (Soto y Guevara, 1988), y otro realizado en Uruguay en 1986. En este último no se aprecian diferencias ni siquiera controlando la edad de la mujer. Sólo se aprecia un ideal mayor en el estrato bajo pasados los 35 años de edad, es decir, cuando las mujeres ya han tenido la mayoría de sus hijos y, por lo tanto, el número de hijos tenidos ejerce una influencia sobre el número ideal (Ministerio de Salud Pública, 1990). Por otra, dos estudios muestran una relación, pero en un sentido no esperado, es decir, las mujeres de niveles socioeconómicos más bajos muestran un ideal de hijos menor que las de niveles más altos. Uno de ellos fue realizado en tres ciudades de Brasil en 1990 (Río de Janeiro, Recife y Curitiba), en las cuales las mujeres de 15 a 24 años muestran un ideal de hijos levemente menor mientras menor es el nivel socioeconómico, no alcanzando a 2 hijos en el nivel más bajo y llegando a 2.1 hijos en el nivel más alto (Ferraz, Ferreira, Soares y Morris, 1992). El otro estudio entrega información sobre el Gran Santiago, Chile, para 1984, donde las mujeres de niveles más altos manifiestan un ideal mayor que las de los niveles más bajos (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1992).

Sólo un estudio, respecto de Costa Rica (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993), muestra en 1986 una clara relación inversa entre las mujeres unidas: así, las de nivel de ingresos bajo tienen como ideal de hijos 4.7; las de un nivel medio, 4.2 y las del nivel alto, 3.5 hijos. Esta diferencia se mantiene según edad de la mujer, siendo mayor entre las mujeres de más de 35 años.

□ *Grupo étnico*

Mientras en la segunda mitad de la década de los ochenta en tres ciudades de Bolivia (SIAP, 1989) y en Trinidad y Tabago (Family Planning Association of Trinidad and Tobago, 1988) no se encontró

diferencia en el número ideal de hijos según idioma hablado o según grupo étnico, en Guatemala se vio que dicho ideal variaba según la etnia de pertenencia, siendo de 4.7 hijos para las mujeres unidas indígenas y de 3.4 para las ladinas (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1989).

□ *Análisis multivariados*

Herliman *et al.* (1990) realizaron en Costa Rica un análisis de regresión logística —utilizando el modelo multinivel de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos— para explicar las preferencias de tamaño de la familia, introduciendo características individuales, contextuales y de programas de planificación familiar. Las características individuales se refirieron al nivel de educación y a la actividad económica de la mujer. Como características de programas de planificación familiar consideraron la existencia o no de éstos y, como contextuales, una escala de modernización en base a 15 ítems y las provincias, como variable *proxy* de otras variables contextuales no incluidas. Además, agregaron como intervinientes las variables demográficas edad a la primera unión, duración del matrimonio y tipo de unión. Realizaron la regresión en dos grupos de mujeres: mujeres jóvenes, de 15 a 29 años, y mujeres mayores, de 30 a 49 años.

Entre las mujeres jóvenes, las variables que resultaron significativas ($p \leq 0.05$) fueron: tipo de unión, duración de la misma y el lugar de residencia (provincias). En el caso de las mujeres mayores, a esas variables se agregó la escala de modernización. Como ya fue señalado anteriormente, las mujeres en uniones legales desean más hijos que las unidas consensualmente, y las que llevan más años unidas tienen más hijos que aquellas cuya unión es de más reciente data, por lo que podría deducirse que su ideal es también mayor.

2. Diferencia entre el número ideal y el número real de hijos

Los estudios revisados muestran que prácticamente en todos los países para los que se cuenta con la información el número ideal de hijos es menor que el número real.

En la década de 1970, dependiendo de la medida de fecundidad ideal y de las diferentes fuentes utilizadas, las diferencias entre el número ideal y el real oscilaron entre 0.5 hijos en Costa Rica y 2.7 hijos en Perú, representando el promedio ideal de hijos un 17% y un 47% menos que el real, respectivamente (ver tabla 12). Sólo en Costa Rica y en Trinidad y Tabago se dio una diferencia de menos de un hijo. En los restantes países se dio una diferencia de más de un hijo (Jamaica), más de 1.5 hijos (Colombia, México y República Dominicana) o más de 2 hijos (Ecuador y Perú).

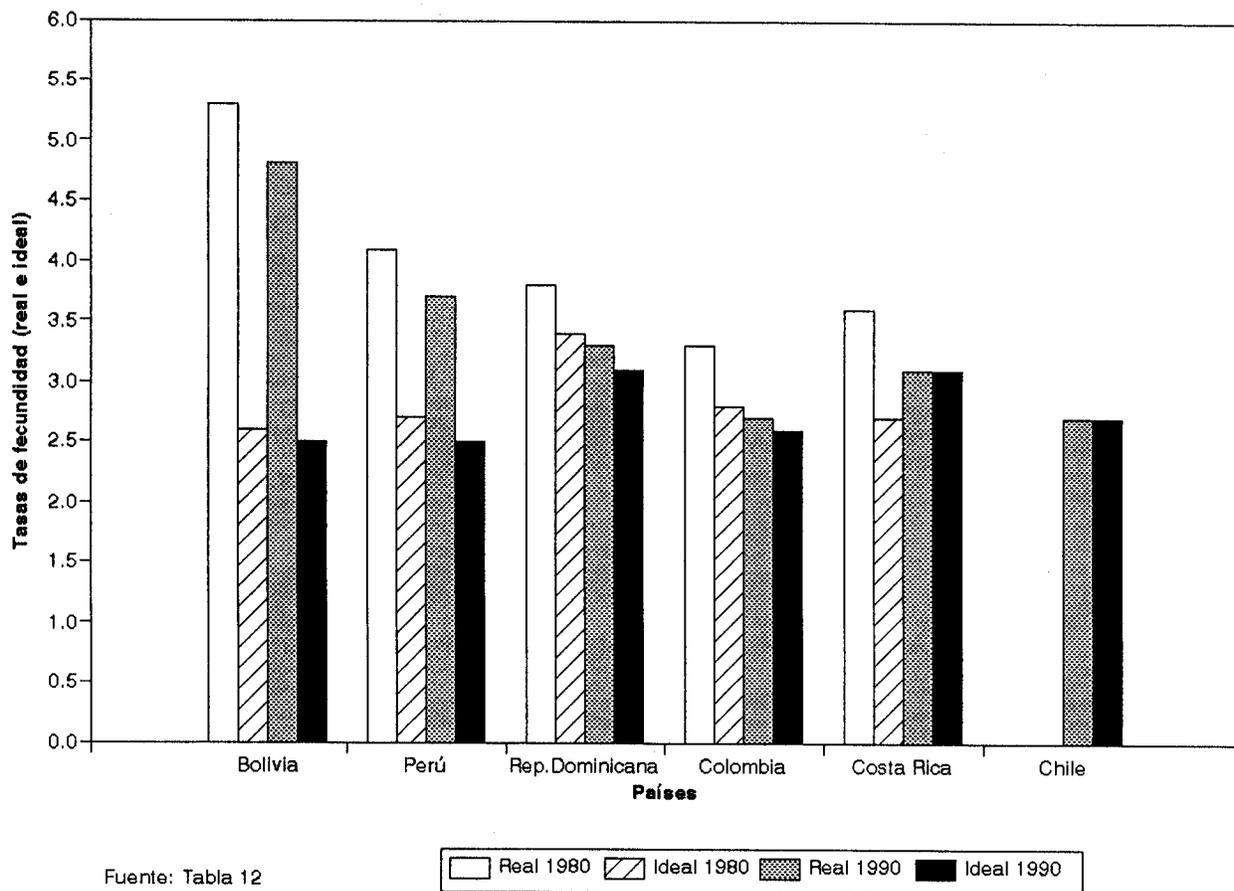
En la década de 1980 hay información para una mayor cantidad de países. La información revela que la en la mayoría de los países la brecha disminuyó. Si se considera la diferencia absoluta de una y otra fecundidad (considerando todas las fuentes), la brecha disminuyó en Colombia, Ecuador, Jamaica, México, Perú y República Dominicana. En cambio, en Costa Rica y en Trinidad y Tabago

se puede apreciar un aumento de la diferencia entre el ideal manifestado por las mujeres y el número real de hijos.

Resalta la situación de Cuba y Uruguay, donde las mujeres tienen un ideal mayor que el real. Mientras en Cuba la tasa global de fecundidad es de 1.8 hijos, la fecundidad deseada en 1982 es de 2.4 hijos en promedio (Catasús *et al.*, 1988). Y en Uruguay en 1986 el número ideal es mayor en promedio al número actual de hijos (Ministerio de Salud Pública, 1990).

Para lo que va corrido de la década de los años noventa sólo hay disponible información para seis países, disminuyendo ostensiblemente la diferencia entre la fecundidad ideal y real de Colombia, Perú y República Dominicana, la que oscila entre 0.1 en Colombia y 1.2 hijos en Perú, y levemente en Bolivia (2.1). En Chile, por su parte, se aprecia una identidad entre el ideal y el real (véase el gráfico 12).

Gráfico 12
TASAS DE FECUNDIDAD REAL E IDEAL.
DÉCADAS DE 1980 Y 1990



La diferencia entre la fecundidad real e ideal ha sido estudiada por algunos pocos autores según algunas características contextuales o de la mujer, entre las que se mencionan las siguientes:

a) Áreas urbana y rural

Ramírez (1991) reporta que en 1986 en República Dominicana la diferencia entre la tasa de fecundidad ideal y real es más marcada en el área rural.

b) Edad de la mujer

McFarlane, Friedman y Morris (1993) observan que, a comienzos de la década de los años noventa, en Jamaica la paridez real es más baja que la ideal hasta los 34 años, que entre los 35 y 39 es idéntica y que sólo es más alta (en un 20%) entre los 40 y 44 años. En México, en la década de los años ochenta, el número de hijos de las mujeres mayores (45-49 años) también sobrepasaba siempre al promedio ideal, cualquiera fuera el nivel educacional de la mujer (Palma y Suárez, 1991). Y en Uruguay en 1986, en cambio, el número ideal de hijos era siempre mayor en promedio que el número real, cualquiera fuese la edad de la mujer (Ministerio de Salud Pública, 1990).

c) Número de hijos

Dos estudios analizan los diferenciales entre el número ideal de hijos y el número real, según número de hijos tenidos.

Uno de ellos fue realizado en Ecuador, país en el que, en 1979, el promedio ideal era mayor que la cantidad real de hijos, cuando éstos eran menos de cinco, pero era menor cuando éstos eran cinco o más. En 1987, la proporción de mujeres cuyo ideal de hijos era menor que el número de hijos tenidos aumentaba conforme aumentaba el número de hijos, desde un 28% entre las mujeres con 3 hijos, subiendo a 47% entre las de paridez 4 y llegando a 65% entre las con 5 hijos (CEPAR e ININMS, 1988).

El otro se refiere a México, donde en 1987 el ideal se situaba por arriba de la paridez hasta los 3 hijos, y a partir de allí el número de hijos nacidos vivos siempre rebasaba el ideal de fecundidad (Palma y Suárez, 1991).

d) Nivel de instrucción

Tres estudios han revisado el diferencial entre tamaño ideal y real de familia según nivel de instrucción de la mujer. Dos de ellos reportan la existencia de un mayor diferencial mientras menor es el nivel educacional de la mujer; uno realizado en República Dominicana (Ramírez, 1991) y otro en México (Palma y Suárez, 1991) en la segunda mitad de la década de 1980. Conforme aumenta la

educación, la fecundidad de las mujeres se asemeja más a su ideal, adquiriendo más sentido entre las más educadas el concepto de planificación, que las lleva a plantearse ideales reproductivos más concretos.

En Cuba, por otro lado, donde la tasa global de fecundidad, en general, es más baja que la fecundidad deseada, la situación es diferente según el nivel de instrucción de la mujer. Por un lado, las mujeres con educación primaria tienen un ideal de número de hijos más bajo que la tasa de fecundidad, especialmente en el área urbana. Por otro, aquellas con educación media superior presentan un número ideal más alto que la fecundidad real, especialmente en el área urbana (Catasús *et al.*, 1988).

Es preciso indagar en mayor profundidad las causas que producen en algunos grupos de mujeres una distancia entre su fecundidad real e ideal, reconociendo que este aspecto no sólo se inscribe en el ámbito del acceso a los medios anticonceptivos sino que se refiere a un proceso más complejo en el que se involucran otros aspectos, como el estatus de la mujer en la sociedad, sus expectativas de vida, su relación de pareja, el valor que adjudica a la maternidad y la concepción que tiene sobre la planificación y formación de ideales.

3. Embarazo, maternidad y fecundidad de adolescentes

La información correspondiente a la década de los años ochenta para varios países de América Latina y el Caribe muestra que la tasa específica de fecundidad de las adolescentes varía desde menos de 50 por mil adolescentes en Bahamas y en Barbados, a más de 130 por mil en varios países centroamericanos, como Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua, y varios países del Caribe, como Belice, Granada y Santa Lucía.

Si se agrupan los países en tres categorías, según el nivel que presenta la *fecundidad de las adolescentes*, ese último conjunto de países conformaría el grupo de alta fecundidad, con más de 100 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años. Otro podría ser caracterizado, en forma comparativa, como de mediana fecundidad. Se trata del grupo formado por Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Haití, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tabago y Venezuela, donde ese indicador fluctúa entre 72 y 97 nacimientos por cada mil adolescentes. Por último, un tercer grupo muestra una menor fecundidad de las adolescentes; lo conforman Argentina, Bahamas, Barbados, Colombia, Cuba, Chile, Perú, Puerto Rico y Uruguay, con tasas de entre 44 y 70 por mil. A pesar de la menor fecundidad en estos países, el fenómeno sigue siendo un problema que preocupa a los gobiernos y sus sociedades. La tabla 13 revela las distintas situaciones en los países de la región.

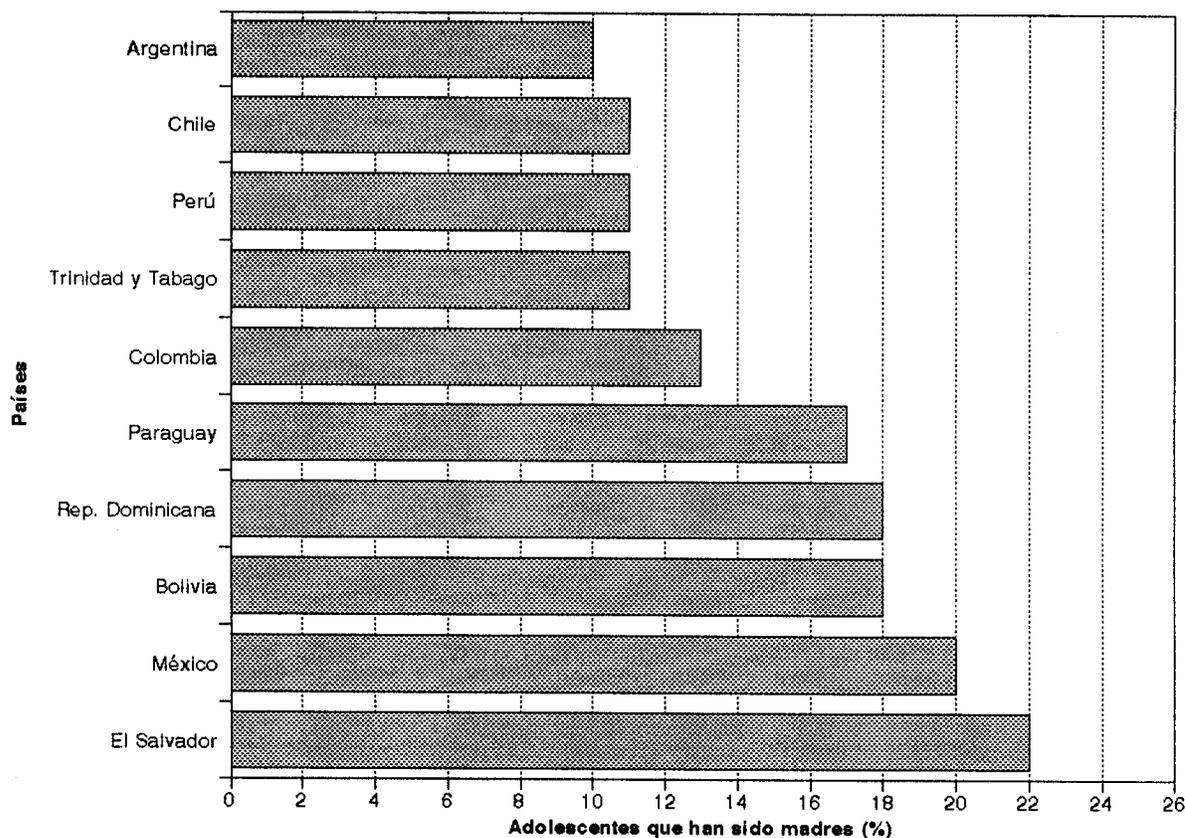
Mirada la situación desde otro punto de vista, en los países con una alta fecundidad los *nacimientos de hijos de adolescentes* representan un porcentaje considerable de los nacimientos que

ocurren en el país. Por ejemplo, en Nicaragua en 1990 el 21% de los nacimientos correspondían a menores de 20 años (Comisión Nacional de Población, 1993). Para algunos países del segundo grupo representaban en las décadas de los años ochenta o noventa alrededor del 19 o 20%; es, por ejemplo, el caso de Panamá (De la Cruz, 1994; MIPPE, 1992), Venezuela (CISFEM, 1992) y Dominica (Central Statistical Office, 1993); o algo menor, como en México, donde representaban el 14% (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1995). Y en el tercer grupo desciende a un 14% en Chile (UNICEF, 1991) y al 10% en el área comprendida por el Gran Buenos Aires en Argentina (Ministerio de Salud Pública y Acción Social, 1993).

Estas cifras significan que, en El Salvador y México, entre el 20 y 22% de las adolescentes son madres, y que en Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, la provincia de Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Trinidad y Tabago entre el 10 y el 18% de las jóvenes están en esa condición (véase el gráfico 13).

Gráfico 13

**ADOLESCENTES QUE HAN SIDO MADRES
DÉCADAS DE 1980 O 1990**



Fuente: Tabla 13

En algunos países, la mayoría de estas madres adolescentes son solteras. Es el caso de Chile, donde en 1988 el 58% de los nacimientos de hijos de adolescentes correspondía a jóvenes que no se habían unido, cifra que ha aumentado desde 1978, cuando representaban el 43% (Molina, 1992). En otros países, la mayoría de ellas está unida. Es el caso de Colombia y Venezuela, donde dicho porcentaje alcanza al 67 y 65%, respectivamente (Zamudio y Rubiano, 1994; CISFEM, 1992).

Pero estos datos, que se refieren a la *maternidad adolescente*, no muestran la verdadera realidad del *embarazo* entre este grupo de jóvenes, puesto que muchas de ellas no declaran la realidad y, además, muchos de los embarazos terminan en aborto, como se analizará más adelante. El embarazo adolescente es, sin duda, mayor que la maternidad misma. En Brasil, por ejemplo, información obtenida para la segunda mitad de la década de los años ochenta revela que la proporción de jóvenes de 20 a 24 años que concibió un hijo antes de los 20 años fue de un 38% —y sólo considerando a las que no abortaron— (Alan Guttmacher Institute, 1988), porcentaje que llega al 32% en Colombia (Prada *et al.*, 1988), al 23% en Jamaica (National Family Planning Board, 1988) y al 18% en Cuba (Puñales, 1992).

Si agregamos la heterogeneidad intrapaís a esas cifras a nivel nacional, este porcentaje puede llegar a ser muy alto en algunos contextos. Por ejemplo, una investigación realizada en 1990 en el municipio más poblado de la capital de Cuba constató que la tasa de embarazos de las adolescentes llegaba a 34% (Alvarez, 1994), en Ciudad de México se estimó en 25% (Núñez *et al.*, 1988) y en Santiago, la capital de Chile, en un 11% (Valenzuela *et al.*, 1989).

a) *Cambios en la últimas décadas*

A pesar de la generalizada alta *fecundidad de las adolescentes*, la información muestra que en la gran mayoría de los países ésta ha venido descendiendo desde la década de los años setenta. Algunos países, no obstante, no han experimentado descenso: se trata de Argentina y Bolivia. Otros, incluso, la han visto incrementarse: es el caso de Brasil, Haití y Nicaragua en América Latina y de Granada, Guadalupe y Trinidad y Tabago en el Caribe de habla inglesa. Sin embargo, en Haití se mantuvo estable en el período 1983-1987 (Cayemittes y Chahnazarian, 1989), lo que podría reflejar una tendencia leve al descenso.

Aun cuando en general la fecundidad de las adolescentes ha descendido, también es cierto que lo ha hecho en menor grado que la fecundidad a nivel general. Se puede concluir que sólo en cuatro países de América Latina (Colombia, Ecuador, Honduras y Venezuela) la fecundidad de las adolescentes experimentó un descenso mayor que la fecundidad general entre las décadas del setenta y el ochenta. La escasa información con que se cuenta para los años noventa (sólo para 14 países) revela que la fecundidad adolescente ha seguido descendiendo en menor grado que la fecundidad general, salvo en Cuba, Paraguay y Perú, países en los que presenta un leve mayor descenso.

Algunas causas del aumento o no descenso importante de la fecundidad adolescente son el descenso de la edad de la menarquia, la iniciación más temprana de la actividad sexual, el aumento del número de adolescentes sexualmente activos, el aumento de la edad al casarse, el aumento de las uniones consensuales —en las que, como se verá más adelante, se practica menos la anticoncepción—, la prolongación del período de la adolescencia —por la mayor permanencia en el sistema educacional— y la carencia de una información sexual adecuada. A éstas se agrega el cambio en los valores y actitudes, traducido en una mayor liberalización sexual, producto tal vez de su transmisión por los medios de comunicación, y en la generación de pautas de espontaneidad de la conducta sexual.

Aun cuando las tasas parecen descender, en algunos países ha aumentado el número de *nacimientos de hijos de adolescentes*. Por ejemplo, en Venezuela, uno de los países en donde la tasa de fecundidad adolescente disminuyó más que la fecundidad global, se ve que entre 1980 y 1988 aumentó el número de nacimientos de mujeres menores de 20 años, el que ha sido mayor en las menores de 15 años (32% de incremento) que en las mayores de esa edad (13%) (CISFEM, 1992).

Como ya se señalaba, el fenómeno del *embarazo de adolescentes* va más allá de la fecundidad. Estudios realizados en Cuba, por ejemplo, señalan que pese a la tendencia decreciente de la maternidad temprana, el embarazo adolescente ha aumentado, de manera que a fines de la década de los años ochenta la tasa de embarazos de las adolescentes era sobrepasada solamente por la del grupo de edades 20-24 años (Puñales, 1992). Esto demuestra que no se está produciendo un cambio real en el comportamiento sexual de las adolescentes y que el hecho de tener menos hijos se debería sólo al aumento de los abortos inducidos y no a una disminución del número de embarazos (Reca *et al.*, 1989; Puñales, 1992).

b) *Diferenciales según algunas variables*

Áreas urbana y rural

En todos los países, la *fecundidad y embarazo de las adolescentes* es mayor en las áreas rurales, a excepción de Trinidad y Tabago. En algunos países la diferencia entre los porcentajes de jóvenes urbanas y rurales que han tenido un hijo es pequeña, inferior a 10 puntos porcentuales; es el caso de Bolivia, Brasil, Colombia y Paraguay. En otros, la diferencia es de 10 a 20 puntos, como en Chile, Perú y República Dominicana. La tabla 14 y el gráfico 14 muestran algunas diferencias tipo. Algunos datos para Brasil y Perú muestran que en ambos países el porcentaje de madres adolescentes ha aumentado en ambas áreas, en Brasil más en el área urbana y en Perú más en el área rural.

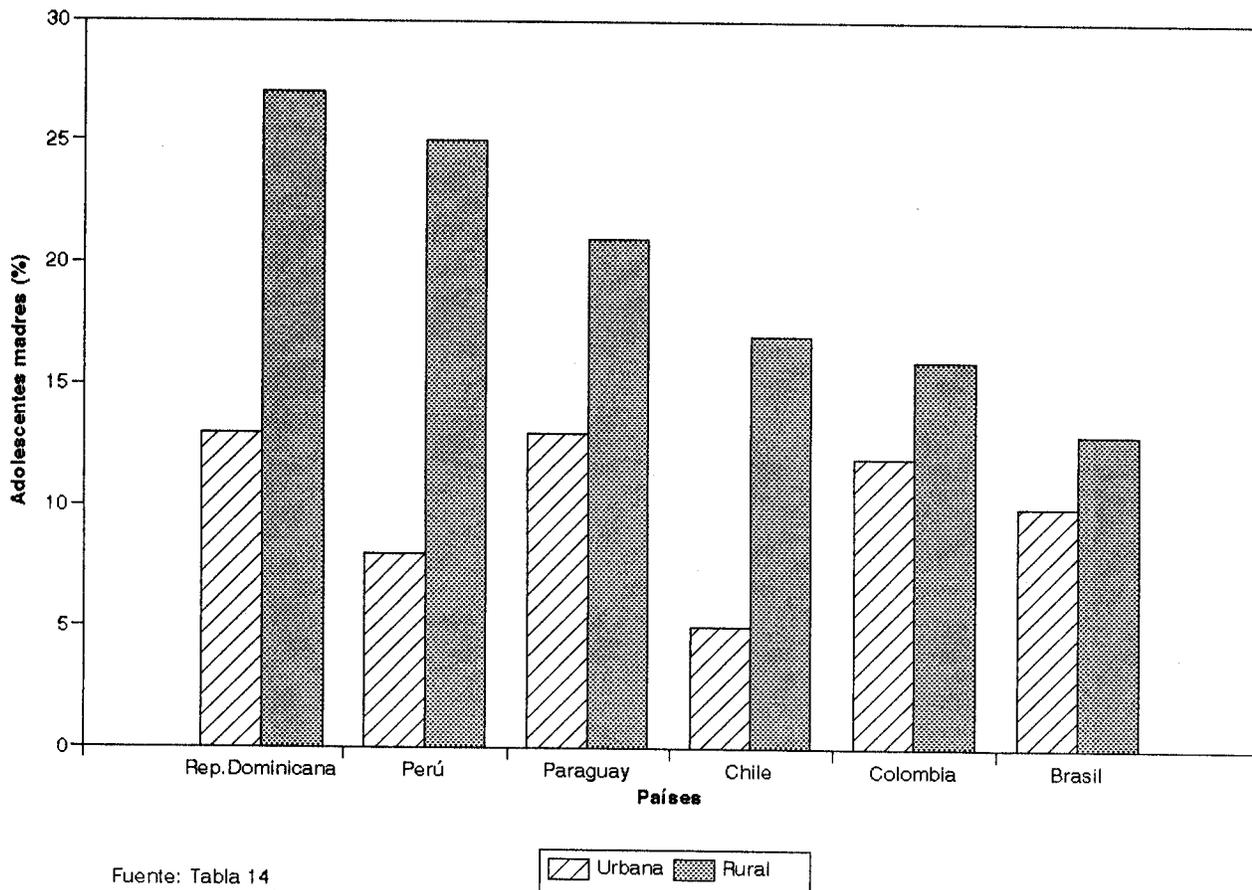
Respecto de las *tasas de fecundidad adolescente*, en Brasil la tasa rural duplica a la urbana y en Perú más que la triplica. En los restantes países con información, las tasas rurales son entre un 49% y un 88% más altas. Su descenso ha sido disímil en los países. Entre las décadas de los años setenta y la de los años ochenta, mientras en Colombia, por ejemplo, ambas tasas experimentaron un

descenso —mayor en el área rural (Prada *et al.*, 1988)—, en Perú la tasa del área urbana disminuyó mientras aumentó la del área rural, lo que produjo que, a nivel nacional, la fecundidad adolescente prácticamente no variara entre esos años (Ferrando, Singh y Wulf, 1989). En Cuba, se dispone de información para dos municipios de diferente grado de urbanización, la que revela que en el municipio urbano se mantuvo constante y en el rural aumentó (Catasús *et al.*, 1988). Entre las décadas del ochenta y noventa en Perú la tasa urbana disminuyó en un 34% (más que en la década pasada) mientras la rural casi se mantuvo igual (con un leve aumento del 3%). Otra información revela que en el Salvador dicha tasa tuvo igual descenso en ambas áreas, y que en República Dominicana el descenso fue levemente mayor en el área urbana.

La información de los *embarazos adolescentes* desagregada por área es bastante menor, tal vez por la dificultad que entraña su estimación confiable. Sin embargo, los estudios que sí han hecho esfuerzos en este sentido revelan que éstos parecen ser más frecuentes también en las áreas rurales. Entre madres jóvenes brasileñas de 20 a 24 años se estimó que, mientras en el área urbana el 36% había tenido algún embarazo durante la adolescencia, en la rural la cifra se elevaba al 45% (Alan Guttmacher Institute, 1988). En Colombia llegaban al 29 y 40%, respectivamente (Prada *et al.*, 1988).

Gráfico 14

PAÍSES SELECCIONADOS: ADOLESCENTES QUE HAN SIDO MADRES. ÁREAS URBANA Y RURAL



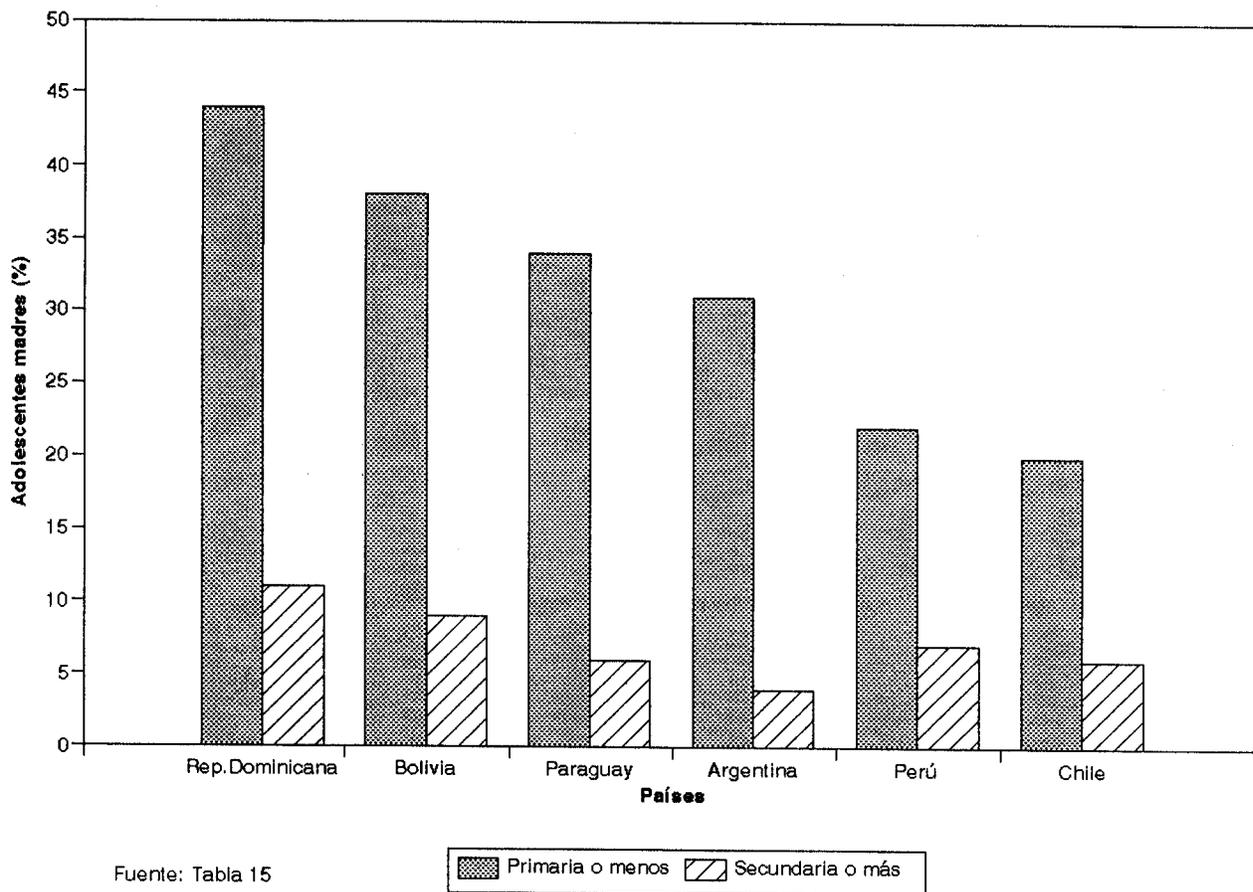
□ *Nivel de instrucción*

El nivel de instrucción también marca diferencias importantes en todos los países con información. Estas son bastante mayores que las que se aprecian entre las áreas urbanas y rurales.

Si se consideran las *tasas de fecundidad adolescente*, las jóvenes con educación primaria o menos sobrepasan a las de las con educación secundaria o superior desde una vez en Trinidad y Tabago hasta seis veces en El Salvador, como se aprecia en la tabla 15.

Respecto de las *adolescentes que han sido madres*, las diferencias de las proporciones oscilan desde 2 veces mayor en Chile y Perú, hasta casi siete veces mayor en Argentina (gráfico 15). La brecha es enorme cuando se compara a las adolescentes sin instrucción con aquellas que tienen educación superior. En Perú, por ejemplo, las jóvenes madres alcanzan al 3% cuando tienen educación superior y 39% cuando no tienen educación formal (INEI y Asociación Benéfica PRISMA, 1992). En el caso de Colombia, las cifras respectivas son 2 y 62% (Zamudio y Rubiano, 1994).

Gráfico 15
**PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES QUE HAN SIDO MADRES, SEGÚN
 NIVEL EDUCACIONAL. CIRCA 1990**



El *embarazo adolescente* también es mayor mientras menor es el nivel educacional. En Jamaica, por ejemplo, las adolescentes que han estado embarazadas alcanzan al 9% cuando tienen educación secundaria y al 33% si tienen educación primaria o menos (National Family Planning Board, 1988); en Paraguay las cifras son 6 y 34%, respectivamente (CEPEP, 1991).

Si se mantiene constante el área de residencia, las diferencias por educación siguen manteniéndose. Es el caso en dos ciudades de Ecuador, donde el porcentaje de adolescentes con educación superior que han estado embarazadas es del 17%; en cambio, entre las con educación primaria llega al 53% (CEPAR, 1989a). También un estudio realizado en tres ciudades de Brasil reporta que el embarazo aumenta mientras menor es el nivel educacional (Ferraz *et al.*, 1992). En Costa Rica, al comparar a 330 jóvenes embarazadas del Área Metropolitana de San José con una muestra control, se detectó que el nivel educacional de las embarazadas es algo menor al del grupo control: entre las embarazadas, el 15% no había terminado la educación primaria, versus el 6% del grupo control (Sandoval y López, 1990).

Aun en los niveles socioeconómicos bajos de las áreas urbanas, la diferencia por nivel de instrucción sigue manteniéndose. Ese es, por ejemplo, el caso de los barrios marginales de Quito, donde el porcentaje de adolescentes que tienen hasta primaria y que alguna vez han estado embarazadas supera en un 40% al de aquellas con educación secundaria (CEPAR, 1993).

Aun cuando la relación entre embarazo adolescente y nivel de instrucción se mantiene tanto en áreas urbanas como rurales, un estudio efectuado por Pantelides y Binstock (1993) sobre el embarazo adolescente en Paraguay muestra que éste es más frecuente entre las adolescentes rurales que entre las urbanas del mismo nivel educativo. La explicación, según las autoras, probablemente se encuentre en los patrones de nupcialidad diferenciales de ambas áreas, ya que las mujeres de las áreas rurales se unen conyugalmente a menor edad y el matrimonio está altamente ligado con el embarazo.

□ *Actividad económica de la mujer*

La actividad económica de la adolescente no guarda una relación muy clara con la fecundidad y los embarazos precoces. Así se desprende, al menos, al considerar tres estudios que revisaron dicha asociación. Mientras en El Salvador se producen 126 nacimientos por cada mil adolescentes que no trabajan, 137 por cada mil que trabajan dentro del hogar y 111 por cada mil ocupadas fuera del hogar (ADS, 1993), en barrios marginales de Quito el porcentaje de mujeres activas alguna vez embarazadas (20%) es levemente superior al de las inactivas (18%) (CEPAR, 1993). Y, por último, el estudio llevado a cabo en el Área Metropolitana de San José no encontró diferencia en la actividad económica entre las muchachas embarazadas y sus correspondientes del grupo control (Sandoval y López, 1990).

□ *Nivel socioeconómico*

El embarazo adolescente se presenta en todos los grupos socioeconómicos, aun cuando su intensidad varía según el estrato de pertenencia. Así se reporta en Chile, donde el embarazo precoz es más frecuente en los estratos más bajos (Chadwick, 1992), dando como consecuencia una tasa de fecundidad diferencial: en un estudio realizado en ocho comunas de la Región Metropolitana se pudo establecer que la tasa de fecundidad de adolescentes de nivel bajo era casi cinco veces más alta que la de aquellas provenientes de niveles altos (Silva, 1989).

En Argentina, mientras en la Capital Federal el 6% de los nacimientos en 1989 correspondía a madres adolescentes, en un conglomerado formado por áreas de menor nivel socioeconómico y cultural, los nacimientos de madres adolescentes representaban el 13% (Ministerio de Salud Pública y Acción Social, 1993). En Brasil, el 26% de las adolescentes con ingreso familiar inferior al salario mínimo había tenido un hijo en 1984, contra sólo un 2% de las de familias con ingresos mayores a cinco salarios mínimos (Alan Guttmacher Institute, 1988). Por último, información disponible para una ciudad del Perú señala que en el grupo medio-alto el 7% de las madres tuvo su primer hijo en la adolescencia, en el grupo medio-bajo lo tuvo el 31%, y en el estrato bajo, el 52% (Soto y Guevara, 1988).

□ *Grupo étnico*

Sólo un estudio reporta la correlación entre embarazo adolescente y grupo étnico. Se trata del de Pantelides y Binstock (1993) sobre Paraguay, en el que se reporta que, de las jóvenes adolescentes sexualmente iniciadas —situación que también muestra una asociación con el grupo étnico—, el 41% de las que hablaban sólo español en el hogar habían estado embarazadas, en contraposición al 52% de las que hablaban español y guaraní y al 73% de las que hablaban sólo guaraní.

□ *Religión*

Asimismo, el estudio de Pantelides y Binstock (1993) ya citado es el único que informa de la asociación entre el embarazo adolescente y la práctica religiosa en el Paraguay. De aquellas adolescentes sexualmente iniciadas —situación que también muestra una asociación con la práctica religiosa— mientras el 56% de las que asistían a ceremonias religiosas todas las semanas había estado embarazada, entre las que lo hacían menos de una vez al mes, o que no asistían, el 71% había tenido un embarazo.

c) *Embarazo premarital y formación de familia entre las adolescentes*

Un número sustancial de los primeros embarazos o nacimientos de hijos de mujeres adolescentes se produce antes de la unión. En varios países, el embarazo o nacimiento del primer hijo conduce con

bastante frecuencia a la unión; en otros, parece que la maternidad no está tan asociada a la formación de una unión conyugal. Es lo que se revisará en este apartado.

□ *Embarazo y maternidad premarital*

Los estudios registran la información de concepciones premaritales principalmente en tres formas. Algunos revisan el *porcentaje de nacimientos de hijos de de mujeres jóvenes*, ya sea concebidos o nacidos antes de la unión. Otros registran el *porcentaje de madres jóvenes* que concibieron o tuvieron su hijo antes de la unión. Por último, otros aluden al *porcentaje de mujeres jóvenes alguna vez unidas* que concibieron o tuvieron su primer hijo antes de la unión.

Embarazos y nacimientos premaritales

Este indicador está disponible para tres países, Colombia, Costa Rica y Chile. Sin duda, es en Chile donde la proporción de embarazos premaritales de mujeres jóvenes (15-24 años) es mucho mayor: el 70% ocurre antes de la unión, de los cuales el 53% resulta en hijos nacidos antes de la misma, cifra que es algo mayor entre las adolescentes. Y a fines de la década de los años ochenta, en la capital del país este porcentaje se elevaba al 77% de los nacimientos de hijos de adolescentes, de los cuales el 61% correspondía a nacidos antes de la unión (Herold, Valenzuela y Morris, 1992). En orden de magnitud seguiría Colombia, donde la información de mediados de la década de los años ochenta señala que el 32% de los nacimientos de adolescentes (15-19 años) habrían sido concebidos premaritalmente, un 63% de los cuales ocurrieron antes de la unión. Se constata que esta proporción ha aumentado notablemente, pues diez años antes el porcentaje era de un 21% (Prada *et al.*, 1988).

De los tres países, Costa Rica tiene el menor porcentaje de concepciones premaritales. Así, a principios de la década de los años noventa, el 22% de los hijos de adolescentes (15-24 años) han sido concebidos antes de la unión (Gómez, 1992).

Madres que se embarazaron o tuvieron hijos premaritalmente

Brasil y México reportan esta información considerando el porcentaje de madres jóvenes que concibieron su primer hijo antes de la unión. En Brasil, a mediados de la década de los años ochenta, la proporción ascendía al 38% de las jóvenes de 20 a 24 años que concibieron su hijo en la adolescencia y antes de la unión, de las cuales el 82% tuvo su hijo antes de la unión. Este hecho significa un aumento, puesto que en la década de los años sesenta las adolescentes que concebían su hijo premaritalmente alcanzaban al 26% (Alan Guttmacher Institute, 1988).

México se mantiene a niveles menores, y la concepción premarital no ha tenido un ascenso tan drástico como en Brasil y Colombia. Mientras en la década de los años ochenta el 21% de las madres

jóvenes de 15 a 24 años había concebido su hijo premaritalmente, en la de los setenta la cifra alcanzaba al 18% (Núñez *et al.*, 1988).

Madres alguna vez unidas que concibieron o tuvieron hijos premaritalmente

Es mayor la cantidad de países que registran la información respecto de las madres adolescentes o jóvenes alguna vez unidas.

Aun cuando en Santiago de Chile la cifra así estimada se reduce un poco, todavía sigue siendo muy elevada, ya que en la década de 1980 el 63% de las jóvenes de 15-24 años casadas o en unión *concibió su hijo premaritalmente*, porcentaje considerado el más alto en Sudamérica (Rémez, 1989).

Para el resto de los países para los que se contó con información (Costa Rica, Guayaquil, Ciudad de Guatemala, Ciudad de México y Paraguay), la concepción premarital de mujeres jóvenes (15-24 años) alguna vez unidas oscila entre un 25% en la ciudad de Guayaquil (Rémez, *op. cit.*) y un 42% en la Ciudad de Guatemala (Herold *et al.* 1988).

La distribución de los *nacimientos ocurridos antes de la unión* es diferente. El total de madres jóvenes alguna vez unidas que dieron a luz a su hijo antes de la unión oscila entre el 24% en Ciudad de Guatemala (Herold, *op. cit.*) y el 55% en Paraguay (Morris, 1988).

De los porcentajes de nacimientos antes de la unión y de los que habiendo sido concebidos antes de la unión nacen durante ésta, podría deducirse que en algunos países de la región el embarazo de las mujeres adolescentes solteras las lleva a formar rápidamente una unión conyugal. Esta situación se observa principalmente en Guatemala, México y Ecuador. En cambio, en otros, el embarazo adolescente no necesariamente conduce a una rápida unión. Esto se aprecia más marcadamente en Brasil, Colombia y Chile.

Algunos diferenciales del embarazo y de la maternidad premarital

Son muy pocos los estudios que revisan los diferenciales del embarazo premarital según variables posiblemente asociadas.

Según área de residencia, un análisis realizado sobre información de Brasil muestra que la concepción premarital es mayor en las áreas urbanas (20%) que en las rurales (14%) (Alan Guttmacher Institute, 1988).

En cuanto al nivel educacional, en tres estudios se revela que, aun cuando no existe una relación estrictamente lineal entre éste y el embarazo o la maternidad premarital, tiende a ser mayor en los niveles educacionales más altos. En Chile y Guatemala, por ejemplo, las concepciones premaritales

son más frecuentes entre las mujeres que han sobrepasado la educación básica (Herold *et al.*, 1988, 1992). En México, donde se controló por nivel socioeconómico y área de residencia, se observó que —principalmente en poblaciones de nivel socioeconómico bajo de la Ciudad de México— la proporción de hijos concebidos antes de la unión aumentaba con la educación, yendo desde 26% en jóvenes unidas que contaban con educación primaria, a 32% en las que tenían educación secundaria y a 42% en las con secundaria (Morris *et al.*, 1988).

□ *Formación y tipo de la unión conyugal*

Según las conclusiones del estudio realizado con información de Chile, aparentemente la edad de la joven al quedar embarazada, su nivel educacional y el estrato socioeconómico al que pertenece hacen la diferencia entre tener el hijo antes de la unión o unirse luego del embarazo. Así, mientras el 62% de los nacimientos concebidos antes de los 18 años tuvieron lugar antes de la unión, el porcentaje disminuye al 49% entre las que lo concibieron a los 18 o 19 años.

El nivel socioeconómico —usando como variable *proxyl* la condición educacional del padre— mostró una relación significativa con la unión producto del embarazo, en el sentido que las hijas de padres menos educados (educación primaria) tienen casi el doble de probabilidad que las de padres más educados (educación secundaria completa) de tener el hijo fuera de la unión. Por último, según nivel educacional de la adolescente, el porcentaje de nacimientos ocurridos antes de la unión es mayor entre las jóvenes con menos de 12 años de educación (menos de secundaria completa), mientras que entre las con mayor educación (secundaria completa o más) el porcentaje que se une por motivos de un embarazo es mayor (Herold *et al.*, 1992).

El porcentaje de jóvenes embarazadas pertenecientes a sectores populares de Ciudad de México que se casan antes de tener el hijo también aumenta con la educación, y alcanza un 13% entre las con educación primaria, un 24% en aquellas con secundaria, hasta un 30% en las con educación superior (Morris *et al.*, 1988).

También el área de residencia muestra algunos diferenciales. Al menos, así se constató en Brasil, donde las jóvenes urbanas se unen más que las rurales como consecuencia de un embarazo (14% más) (Alan Guttmacher Institute, 1988).

Son muchas las adolescentes que forman una unión conyugal presionadas por un embarazo. Una encuesta realizada en San José de Costa Rica reveló que un alto porcentaje de adolescentes embarazadas señaló que si no lo hubiera estado habría esperado para casarse, o no lo hubiera hecho (Sandoval y López, 1990).

Al parecer, el embarazo adolescente repercute en el tipo de unión que la pareja "elige", la que en la mayoría de los países de la región es primordialmente consensual. En efecto, a fines de la

década de 1980 o principios de la de 1990, en Bolivia (INE, 1994), Colombia, Cuba (Reca *et al.*, 1989), Ecuador, El Salvador, Guatemala, Panamá (De la Cruz, 1994), Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago y Venezuela (CISFEM, 1992) la unión consensual es el tipo predominante entre las adolescentes unidas. En Argentina (Pantelides, 1990), México y Brasil lo es la unión legal (Singh y Wulf, 1990), aun cuando la consensual ha ido en aumento (Alan Guttmacher Institute, 1988).

En algunos países se ha apreciado un cambio en el tipo de unión que forman las adolescentes. En Cuba, por ejemplo, en la década de los años setenta la unión legal era la principal entre las adolescentes; en la década de 1980 pasa a predominar la consensual (salvo en La Habana). Así, por cada 100 adolescentes casadas legalmente había 96 unidas consensualmente en el área urbana y 449 en el área rural (Reca *et al.*, 1989). En Colombia hubo un cambio cualitativo: en 1969 dos tercios de las adolescentes que se unían lo hacía legalmente; en 1986 era sólo un tercio (Prada *et al.*, 1988).

Hay países en los que la unión consensual entre las adolescentes parece ser más frecuente en el área rural; tal es el caso de Cuba (*op. cit.*) y Panamá (De la Cruz, 1994). En otros países es más frecuente en el área urbana; es el caso del Brasil (Alan Guttmacher Institute, 1988). Por último, en otros no hay mucha diferencia entre ambas áreas, como sucede en Colombia (Prada *et al.*, 1988).

En algunos países del Caribe las uniones estables han disminuido, para dar preponderancia a la uniones de visita. Por ejemplo, en Santa Lucía en 1988 el 94% de las uniones entre las adolescentes eran de este tipo (Guengant, Jagdeo y Richards, 1991).

d) Algunas variables psicosociales asociadas al embarazo de las adolescentes

Los estudios realizados sugieren que las causas principales del embarazo adolescente son el no empleo de anticonceptivos o su uso inadecuado, la falta de información sexual, mala comunicación entre los padres y sus hijas en materias de sexualidad y reproducción y un pobre desarrollo de los intereses propios de la edad. Muchas de estas jóvenes ya habían desertado de la escuela antes de quedar embarazadas, principalmente por falta de apoyo de la familia, desinterés o dificultad para aprender (Jamaica, National Family Planning Board, 1988; Sandoval y López, 1990; Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta, s/f; Romero, López Carrillo y Langer, 1994; Molina, Luengo, Guarda, González y Jara, 1991).

También se ha visto que las adolescentes embarazadas provienen, en su gran mayoría, de familias con padres separados (Sandoval y López, 1990; Molina *et al.*, 1991) o con padres excesivamente permisivos o muy autoritarios. Dentro de estas familias existen problemas de comunicación, un ambiente de conflicto y pelea (Sandoval y López, 1990), límites jerárquicos de autoridad poco claros, baja autoestima de los padres y un rol muy activo de la madre y muy pasivo del padre. Otra situación muy frecuente es la presencia de una historia de embarazo precoz en la madre de la adolescente (Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta, s/f).

Además de la existencia de estas variables psicosociales asociadas al embarazo adolescente, algunos estudiosos del tema señalan que también existen variables socioculturales y políticas adversas, que obstaculizan una prevención efectiva del embarazo adolescente. Silva (1992), por ejemplo, refiere que en Chile existe una censura a la sexualidad de las mujeres, especialmente de las jóvenes, cuando se da fuera del matrimonio, valorando, en cambio, la de los hombres. Esta negación de la sexualidad femenina lleva a negar también la prevención, ya que ésta lleva inmanente un reconocimiento explícito del ejercicio sexual. Las jóvenes no asumen ni prevén el momento en que mantendrán relaciones sexuales y los hombres, por su parte, eluden su responsabilidad preventiva. De esta negación también se deriva la actitud negativa de los adultos frente a la educación sexual y la prevención entre las adolescentes, por cuanto se cree que la información y facilidades preventivas generarían un ambiente permisivo y fomentarían la promiscuidad. Los jóvenes perciben esta actitud de los adultos y se inhiben, no acudiendo a ellos en busca de orientación y apoyo.

e) Algunas consecuencias psicosociales del embarazo de adolescentes

La maternidad adolescente tiene varias consecuencias de diversa índole tanto para el niño o niña como para la madre. Entre las relativas al niño o niña, los estudios han señalado que existe para ellos un mayor riesgo de salud. Uno de estos riesgos es la mayor probabilidad de mortalidad de los hijos de madres adolescentes. Diversos estudios han analizado este riesgo y en todos ellos se muestra tal situación. Un estudio realizado por las Naciones Unidas (1994) en base a nueve países de América Latina y el Caribe en la segunda mitad de la década de los años ochenta muestra que, considerando como grupo de comparación los hijos nacidos de mujeres entre los 20 y 34 años, los hijos de madres adolescentes tienen entre un 17 (en Bolivia) y un 110% (en Trinidad y Tabago) de mayor riesgo de mortalidad antes de los cinco años cuando la adolescente es menor a 18 años y entre un -6 (menor riesgo, en Ecuador) y 31% (en Trinidad y Tabago) cuando la joven tiene entre 18 y 19 años.

Si sólo se compara la mortalidad de los primeros nacimientos (que son los de la mayoría de las adolescentes), los mayores riesgos de mortalidad de los primeros hijos de las mujeres menores de 20 años oscilan entre un 29% (en Ecuador) y un 97% (en México). Otros estudios también son ilustrativos. En Chile se detectó que mientras la mortalidad infantil a principios de la década de los años ochenta era de 21 por mil nacidos vivos, la de los hijos de adolescentes ascendía a 30 por mil (SERNAM, 1992) y a fines de la década las tasas eran de 17 y 25 por mil, respectivamente (Solís, 1991). En Brasil, entre 1976 y 1985, las tasas eran de 86 y 103 por mil (Alan Guttmacher Institute, 1988), en Perú en 1986, de 58 y 90 por mil (Ferrando *et al.*, 1989) y en el Gran Buenos Aires en 1989 de 24 y 35 por mil (Ministerio de Salud Pública y Acción Social, 1993), respectivamente.

Algunas posibles causas de esta mayor mortalidad infantil son el menor peso al nacer, la prematuridad y la desnutrición. En Chile, por ejemplo, la prematuridad y el bajo peso al nacer son dos veces más frecuentes en hijos de madres adolescentes que en los de madres de mayor edad (Castro, 1994). Un estudio hecho en una institución que recupera niños desnutridos detectó que casi el 80%

corresponde a hijos de madres adolescentes solteras (Viel y Campos, 1988). En una maternidad de Lima se vio que mientras el 6% de hijos de mujeres no adolescentes tienen bajo peso al nacer, el porcentaje asciende al 24% entre los hijos de adolescentes (Ferrando *et al.*, 1989). Y en el Gran Buenos Aires los porcentajes en 1989 eran 6 y 10%, respectivamente (Ministerio de Salud Pública y Acción Social, 1993).

Incluso pasados los años la maternidad adolescente tiene efectos en el niño. Un seguimiento realizado a 325 madres adolescentes de bajos ingresos de Santiago de Chile, atendidas por un programa de medicina reproductiva para adolescentes, demostró que seis años después del nacimiento del primer hijo el 23% de estos niños mostraba un déficit nutricional crónico (medido por la talla según la edad), variable que se mostró como uno de los predictores significativos del rendimiento escolar del menor (Buvinic, Valenzuela, Molina y González, 1992). El estudio sugiere —a través de información recopilada por medio de entrevistas en profundidad— que el rechazo social que sufren la madre abandonada por su pareja y el hijo trae como consecuencia comportamientos de crianza de menor calidad, lo que se traduce en una malnutrición crónica.

Si es adolescente, también la madre tiene mayores problemas de salud durante el embarazo y el parto (Prada *et al.*, 1988). El cuerpo de la joven no está biológicamente preparado para el embarazo y el parto, a lo que se suma el hecho de que las adolescentes que tienen hijos viven mayormente en las áreas rurales, tienen baja educación y con mayor frecuencia no asisten al médico, por tratar de esconder su estado (Ferrando *et al.*, 1989). A esto se agrega la incidencia del aborto entre las adolescentes, la que se analizará más adelante.

Entre las consecuencias psicosociales más graves está el hecho que la adolescente deja de cumplir muchas de las tareas de esta etapa de su desarrollo, ya que debe enfrentar la responsabilidad materna —para la cual aún no está preparada— y ve restringida su libertad y la estimación de su propia familia.

Aun cuando se ha visto que la mayoría de las adolescentes ha dejado el colegio antes de quedar embarazada, una buena proporción debe abandonar sus estudios por motivo del embarazo, ya sea porque no se le permite seguir en el establecimiento educacional o porque debe buscar trabajo para sostener a su hijo. Un seguimiento hecho a adolescentes madres de sectores pobres de Santiago de Chile reveló que sólo un 3% de ellas continuó estudiando (Castillero, 1992). Al analizar una muestra de jóvenes embarazadas de San José de Costa Rica se observó que, entre las que asistían al colegio antes del embarazo, un 61% tuvo que dejar de estudiar a causa del mismo (Sandoval y López, 1990). Y un estudio llevado a cabo en adolescentes solteras que dieron a luz en un hospital público de Ciudad de México (nivel socioeconómico bajo y medio-bajo) demostró que el 46% abandonó el colegio durante el embarazo y que sólo el 12% estaba aún estudiando (Atkin y Alatorre-Rico, 1991). Por último, información para Jamaica revela que en 1987 sólo el 19% de las adolescentes embarazadas regresó al colegio después del parto (National Family Planning Board, 1988).

En las sociedades latinoamericanas y del Caribe la joven embarazada todavía es vista en forma negativa y se castiga su comportamiento despidiéndola del colegio. En Belice, por ejemplo, en la década actual la mayoría de las adolescentes que se embarazan debe dejar el colegio porque, a excepción de un colegio privado, el resto prohíbe permanecer o retornar a él después de haber tenido el hijo (Social Planning Unit and Department of Women's Affairs, 1994).

Por otro lado, muchas jóvenes deben buscar un empleo para mantener a su bebé. Otras, en cambio, deben retirarse de la actividad económica justamente para hacerse cargo del hijo, dadas las precarias facilidades que se les otorga al respecto, o simplemente porque son despedidas. Así, por ejemplo, en el Área Metropolitana de San José un estudio reveló que en una muestra de adolescentes embarazadas, el 47% de las que trabajaban tuvo que dejar el trabajo por el embarazo, puesto que trabajaban principalmente en servicios personales o como operarias en fábricas textiles. Por su parte, el 29% de las que no trabajaban tuvo que hacerlo (Sandoval y López, 1990).

Otro riesgo psicosocial que enfrentan tanto el hijo como la madre es la ausencia del padre. En muchos casos, el niño crece sin la presencia de su padre, lo que repercute en su desarrollo socioemocional. En Perú, el 20% de los hijos de madres adolescentes crece sin su padre en la casa (Ferrando *et al.*, 1989); en Chile y en México los estudios de Castillero (1992) y Atkin y Alatorre-Rico (1991), respectivamente, llegaron a determinar que el 43% de las jóvenes no vive con su pareja. Por su parte, el estudio de Buvinic *et al.* (1992) sobre madres adolescentes de bajos recursos de Santiago reporta que, seis años después de ocurrido el parto, el 42% de los padres ha abandonado a sus hijos y que el 39% nunca contribuyó a la mantención económica del niño. También señala que, de las madres solteras al momento del parto (78%), el 30% se había casado con el padre biológico del hijo, la mayoría dentro de los tres primeros años después del parto, y el 12% se había casado con otro hombre. Otro estudio realizado en Chile con 300 adolescentes atendidas en un centro de atención a la adolescente embarazada soltera detectó que sólo en el 34% de los casos la pareja se hace cargo del cuidado y crianza del hijo (19% en forma independiente y 15% ayudada por el grupo familiar) (Molina *et al.*, 1991). En el Gran Buenos Aires, mientras el 8% de las madres no adolescentes en 1987 no tenía una pareja estable, entre las madres adolescentes la cifra llegaba al 27%, ascendiendo al 34% en la Capital Federal (Ministerio de Salud Pública y Acción Social, 1993).

4. La anticoncepción y el aborto entre las adolescentes

a) *La anticoncepción entre las adolescentes*

Casi la totalidad de los estudios reporta sólo la anticoncepción practicada por las adolescentes unidas. Según esta información, los países podrían clasificarse, en forma relativa, en cuatro grupos. Un primer grupo tendría una "alta" tasa y estaría formado por países en los que más de la mitad de las adolescentes unidas utiliza métodos anticonceptivos: Cuba y Costa Rica. El segundo grupo estaría conformado por países que tienen una tasa de entre 40 y 49%: Antigua, Barbados, Brasil, Puerto

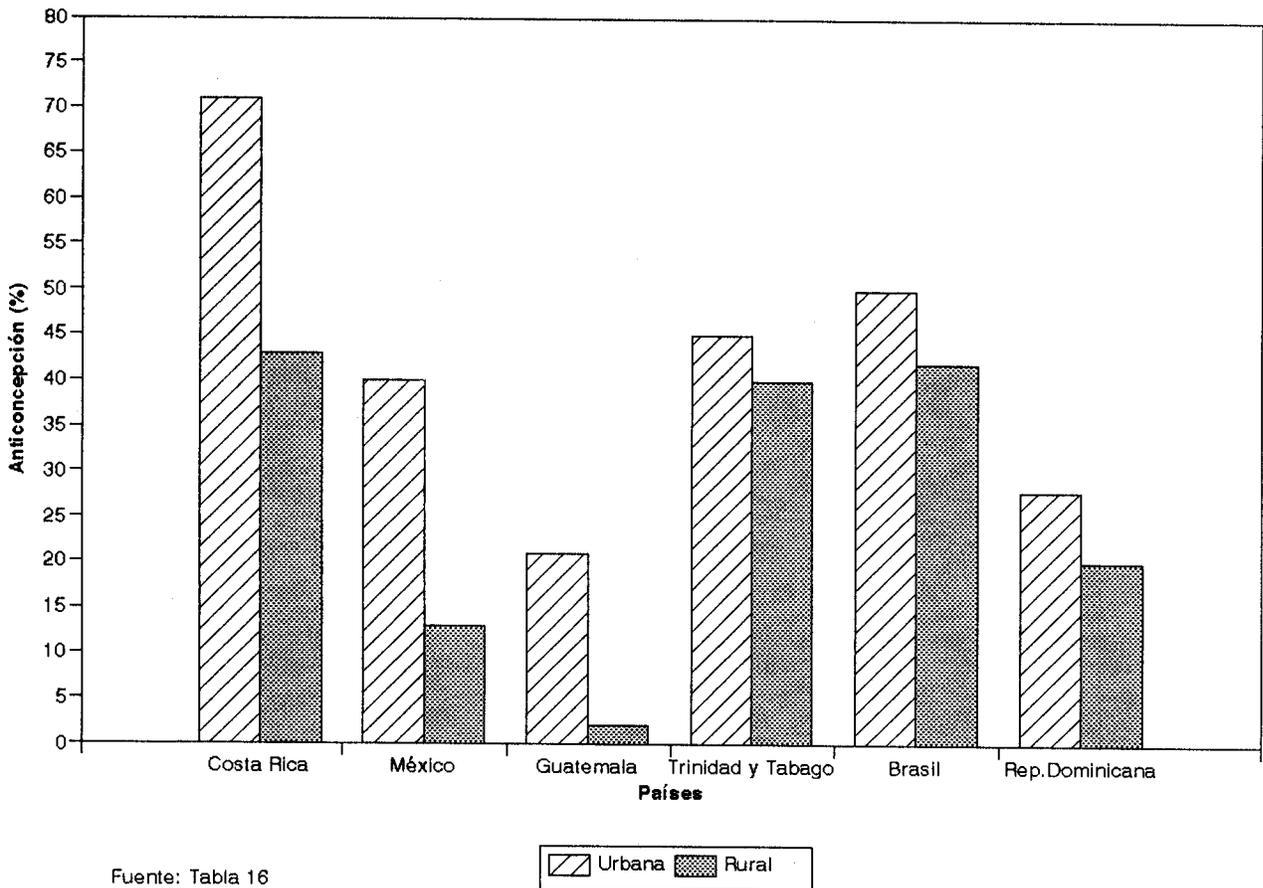
Rico, San Vicente y Trinidad y Tabago. Un tercer grupo lo integraría un mayor número de países, con tasas entre 25 y 39%: Bolivia, Colombia, Dominica, Ecuador, México, República Dominicana y Santa Lucía. El cuarto grupo tendría bajas o muy bajas tasas: El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú. La tabla 16 muestra los distintos niveles por país.

Como lo revelan el gráfico 16 y la tabla 16, en las áreas urbanas hay mayor prevalencia. La diferencia respecto de las áreas rurales es bastante grande en algunos países, como en Guatemala, Perú y México, donde la prevalencia en estas últimas áreas es más de un 67% más baja que en las zonas urbanas. En otros, en cambio, las diferencias son bastante poco significativas: es el caso de Brasil y Trinidad y Tabago, donde la tasa rural es menos de un 20% más baja que la urbana.

El nivel de instrucción también marca diferencias, siendo siempre mayor el uso de anticonceptivos entre las más educadas, salvo en Trinidad y Tabago, donde la situación es inversa (Singh y Wulf, 1990), y en Venezuela, donde la relación no es sistemática (Freitez y Romero, 1991).

Gráfico 16

ANTICONCEPCIÓN ENTRE ADOLESCENTES UNIDAS, SEGÚN ÁREAS URBANA Y RURAL



Fuente: Tabla 16

En algunos países, sobre todo en aquellos donde la prevalencia es baja, se da una gran diferencia en el porcentaje de uso de las adolescentes con mayor nivel educacional respecto de las menos instruidas. Es el caso de Guatemala y Perú (Singh y Wulf, 1990).

En varios países los métodos más utilizados por las adolescentes son los denominados *modernos*. Estudios reportan este hecho en Cuba (Comité Estatal de Estadísticas, 1988), Brasil (método más utilizado: la píldora, Alan Guttmacher Institute, 1988), Puerto Rico (Robles, Martínez, Vera y Alegría, 1988), Costa Rica (Rosero, 1994) y en Ciudad de México (métodos más utilizados: DIU y la píldora, Núñez *et al.*, 1988).

Estudios sobre otros países, en cambio, revelan que en ellos los métodos más usados por las adolescentes son los denominados *tradicionales*, especialmente en las áreas rurales. Es el caso de Bolivia (método más usado: el ritmo, Tórrez, 1992; INE, 1994), Perú (método más usado: el ritmo y la abstinencia, Gutiérrez, 1993) y Chile (método más usado: el ritmo, seguido por la píldora, Herold *et al.*, 1992).

Como se señaló, son pocos los estudios que reportan el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes solteras. Considerando sólo a los jóvenes sexualmente activos, uno de ellos es el de Millán, Valenzuela y Vargas (1995). En una encuesta realizada en un colegio de una comuna pobre de Santiago de Chile, el 46% de las muchachas (en su mayoría de 16 años) respondió que habían tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses, de las cuales el 45% había usado algún método anticonceptivo. Por su parte, los estudios de Bachler *et al.* (1983, en Molina, 1991) y de Henríquez (1987 en Molina, 1991), también efectuados en Chile, detectaron que el 30% de los adolescentes sexualmente activos usaba anticonceptivos (el primer estudio), ascendiendo a un 60% entre universitarios de la ciudad de Concepción (el segundo). Otros estudios del mismo tenor se han hecho en Costa Rica y Paraguay. En 1991, el 53% de las adolescentes costarricenses solteras activas sexualmente usaba métodos anticonceptivos (Whittle, Gómez y Morris, 1992) y en Paraguay lo hacía el 27%, siendo mayor el uso en las áreas urbanas, entre las con un mayor nivel de educación y entre las que sólo hablaban español (Pantelides y Binstock, 1993).

Estudios efectuados en Panamá y Bolivia, en cambio, reportan el uso entre todas las adolescentes, sin hacer distinción entre solteras o unidas o entre sexualmente activas o inactivas: en la provincia de Panamá el uso llegaba al 9% (hombres y mujeres) en 1984 (Ministerio de Salud, 1989) y en Bolivia al 6% (mujeres) en 1994 (INE, 1994).

b) Algunos indicios de aborto entre adolescentes

Como se señaló anteriormente, el aborto es uno de los riesgos médicos y psicosociales más preocupantes del embarazo de adolescentes. También se indicó que las cifras oficiales sobre embarazo adolescente no muestran la realidad de la situación, porque muchos terminan en aborto. Pero si estas

cifras son incompletas, mucho más lo son las relativas al aborto, a causa de la sanción legal y moral que tiene en la mayoría de los países de la región.

Se intentará ahora dar un panorama de la práctica del aborto entre las adolescentes, el que, estando lejos de ser exacto, revela una situación que merece la mayor atención de los gobiernos, parlamentos y de toda la sociedad.

Alguna información proviene de los registros o estudios realizados en hospitales, relativos a las hospitalizaciones a causa de complicaciones producidas por aborto. Aplicando algunos criterios médicos, se estima la incidencia del aborto voluntario. Información para Chile, por ejemplo, revela que a mediados de la década de los años ochenta el 48% de las hospitalizaciones a causa de complicaciones producidas por aborto voluntario correspondió a mujeres menores de 24 años (UNICEF, 1991), estimándose 11 abortos hospitalizados por cada cien niños nacidos de madres adolescentes, lo que arroja aproximadamente 33 abortos inducidos por cada cien niños nacidos vivos de madres adolescentes (Instituto de la Mujer, 1989). Otra estimación más conservadora señala que la incidencia es del 10% de los nacidos vivos (Silva, 1990).

Y en la presente década, algunos estudios realizados en hospitales de Lima, Fortaleza (Brasil) y León (Nicaragua) llegan a determinar que el 20, 23 y 28%, respectivamente, de las mujeres atendidas por aborto provocado corresponden a adolescentes (Chú y Vásquez, 1994; Misago, Fonseca, Correia y Nations, 1994; Marín, 1994).

Otra forma de estimar la incidencia del aborto entre las adolescentes han sido las encuestas. A mediados de la década de 1980 o principios de la de 1990, estimaciones realizadas en base a ellas revelan que en San José de Costa Rica, Brasil, Santiago, Lima y en las áreas urbanas de Colombia, el 9, 10, 15, 33 y 45%, respectivamente, de las adolescentes que habían estado embarazadas tuvieron un aborto (Sandoval, 1990; Alan Guttmacher Institute, 1988; Valenzuela *et al.*, 1989; Gutiérrez, 1993; Zamudio, Rubiano y Wartemberg, 1994a). En el caso de Lima se trató de una encuesta realizada a alumnos que asistían a escuelas nocturnas. Aun cuando la encuesta aplicada en Chile reveló un 10% de aborto entre las adolescentes embarazadas, en la encuesta aplicada a un colegio de una comuna pobre de Santiago por Millán *et al.* (1995) se estableció que el 35% de las jóvenes (en su mayoría de 16 años) que tuvieron un embarazo declaró que éste había terminado en un aborto inducido, cifra muy parecida a la entregada por el Instituto de la Mujer (1989).

Estimaciones más globales verifican que un 56% de los abortos practicados en Perú corresponden a adolescentes (Ferrando *et al.*, 1989). En Cuba, Alvarez (1994) reporta que en el municipio más poblado de La Habana, la tasa tipificada por la estructura de edad es de 20.7 abortos por cada mil adolescentes y Puñales (1992) reporta que en 1988 se indujeron 526 abortos por cada mil embarazos de adolescentes, correspondiendo al 26% de todos estos abortos inducidos en ese año (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993). Por su parte, un estudio realizado en Buenos Aires entre las

adolescentes que consultaron a un servicio sobre planificación familiar da cuenta que el 19% ha recurrido al aborto provocado (Olivares, Retamosa y Charalambopoulos, 1989).

Estudios realizados en Colombia revelan que el aborto se ha incrementado notablemente entre las adolescentes: de tasas inferiores a 5 por mil adolescentes en la década de los años sesenta se ha llegado a tasas superiores a 20 por mil adolescentes en la del noventa (Zamudio *et al.*, 1994b). Wartenberg (1994) señala que, aun cuando este aumento puede deberse a un mayor registro en la actualidad, estos incrementos deben observarse con detenimiento. También se ha llegado a constatar que la práctica del aborto es muy precoz, ya que una tercera parte de los abortos se practica antes de los 20 años (Prada *et al.*, 1988; Soza, Hardy, Cabezas y Faundes, 1990).

El nivel educacional y el estrato socioeconómico no se relacionan de manera clara con la práctica del aborto entre las adolescentes en todos los países para los que existe algún estudio al respecto. En Perú, por ejemplo, ésta es más frecuente entre las jóvenes con mayor nivel educacional (Ferrando *et al.*, 1989) y en Uruguay hay un leve mayor porcentaje en el estrato alto (Ministerio de Salud Pública, 1990). Pero en Colombia es más frecuente en los estratos bajos, a diferencia de lo que se observa al considerar a todas las mujeres, donde los dos polos de la escala social tienden a asemejarse (Wartenberg, 1994).

Son escasos los estudios que han profundizado en las causas del aborto entre las adolescentes y en sus características. Uno de los que merece relevarse es el realizado por Wartenberg (1994) en Colombia, pues indaga las causas diferenciadas por estrato social.

En los *estratos bajos* se registra la iniciación más temprana de la actividad sexual como primer factor de riesgo (un año más temprano que las de sectores medios y 1.5 años antes que las de los sectores más altos). Sostiene que los mayores niveles de aborto *en los estratos bajos* tienen que ver con la interacción de una serie de factores relacionados con la calidad de vida y con la búsqueda de un futuro mejor. La familia juega, al respecto, un papel fundamental. Muchas de estas niñas no tienen un hogar de referencia, lo que las lleva a una búsqueda afectiva muchas veces desesperada. Las que sí lo tienen, provienen de familias que viven en constante conflicto, acentuado por las condiciones de pobreza. Son hogares con jefatura femenina, varias veces reconstituidos o con hijos de múltiples uniones, y en donde las pautas de manejo son o muy laxas o muy autoritarias. El tipo de pareja también influye en este estrato: cuando ésta es inestable y la joven ya ha tenido un hijo, la adolescente recurre al aborto con mayor frecuencia; las que no han tenido hijos toman la decisión después de ver la reacción del compañero, de lo que se deduce que no existe un cuestionamiento a la maternidad propiamente tal. Es así como un primer embarazo no siempre está asociado a un evento de aborto: el 20% de las adolescentes que ya tenía un hijo se practicó un aborto, mientras la proporción entre las que no tenían hijos es de un 11%.

En los *estratos medios*, un embarazo no precipita una unión, como sí sucede en los estratos bajos y altos, por lo que se convierte en un dilema entre ser madre soltera o abortar. En el estrato medio, el deseo de permanecer en el sistema educacional es un factor importante: las adolescentes que tienen éxito escolar sopesan más lo que significaría ser madre. Los problemas familiares son más complejos, encontrándose dos tipos predominantes: los hogares inestables —al igual que en el estrato bajo— y los hogares completos, pero donde el padre es autoritario y violento. En estos casos, la adolescente recurre al aborto procurando que el padre no se entere de su embarazo, produciéndose con mucha frecuencia una alianza entre la madre y la joven. La pareja tiene una menor incidencia en este estrato, puesto que muchas jóvenes que contaron con el apoyo del compañero igualmente decidieron abortar, por cuanto la maternidad truncaba su proyecto de vida, especialmente el educativo.

Las adolescentes de los *sectores medios-altos y altos* son las que más cuestionan su rol materno: un embarazo no deseado irrumpe en una serie de expectativas personales, familiares y sociales. La decisión de aborto en estos sectores está fuertemente relacionada con la censura social. Cuando el embarazo ocurre en la edad escolar, por lo general es la madre de la adolescente quien toma la decisión.

Otro de los estudios realizados relativos a las causas del aborto entre adolescentes en México es el de Romero *et al.* (1994), los que usaron una muestra control de adolescentes que tuvieron un parto de término. Respecto de las variables relativas a la estructura familiar, mientras la ausencia de la madre de la adolescente aumenta aproximadamente dos veces la probabilidad de que el embarazo termine en aborto, la ausencia del padre no mostró ningún efecto. Respecto de la pareja, un lapso de convivencia menor a los seis meses incrementa en 3,5 veces el riesgo de que el embarazo termine en aborto. Uno de los resultados más novedosos de este estudio dice relación con el apoyo social recibido por la adolescente, lo que pone en evidencia la importancia de las redes sociales que entregan apoyo diario o en momentos de crisis. Si bien no se encontró una diferencia significativa en las muestras respecto de la proporción de adolescentes que pensó abortar, sí la hubo respecto de la proporción que habló con alguien acerca de hacerlo: mientras el 70% del grupo control conversó con alguien sobre el tema, sólo lo hizo el 56% del grupo que abortó, de lo debe deducirse que el hecho de no tener una fuente de apoyo emocional significativa prácticamente dobla el riesgo de aborto.

5. La anticoncepción entre las mujeres

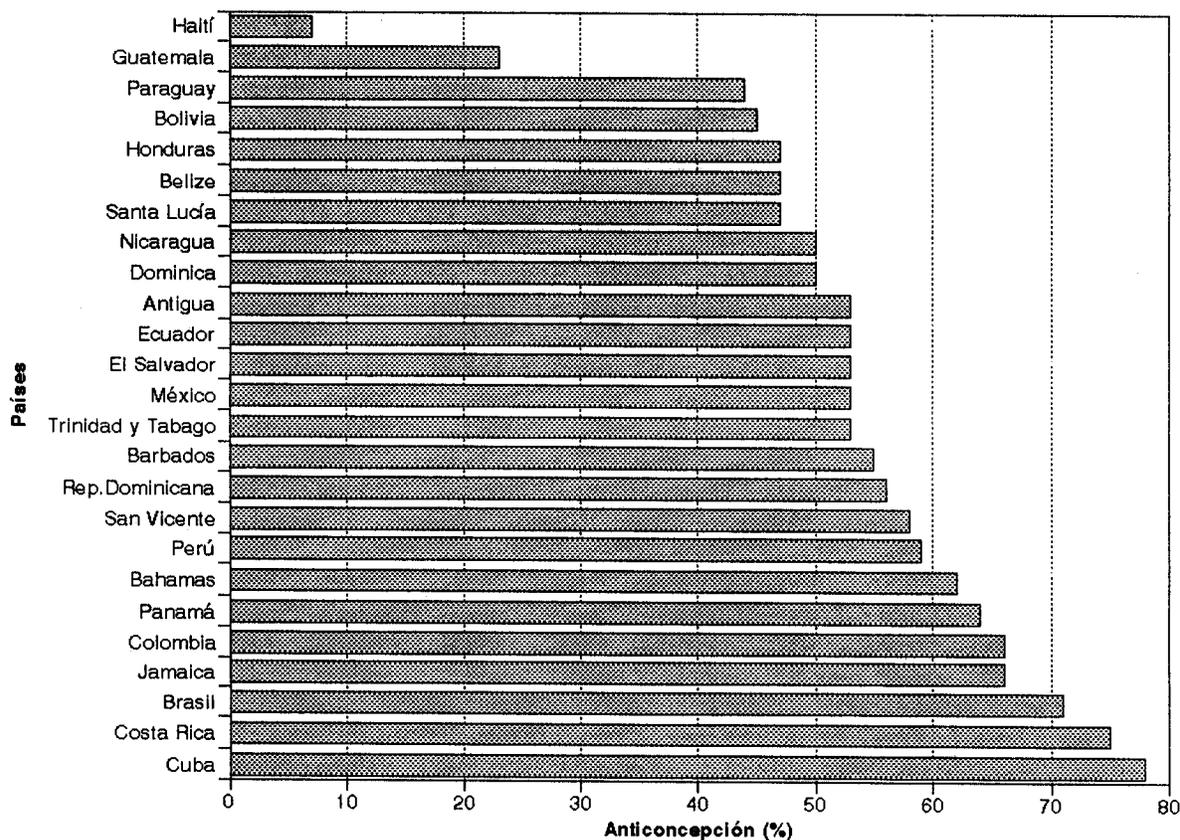
Según el porcentaje de *mujeres en edad fértil* que usan métodos anticonceptivos para limitar el número de hijos o para espaciar los nacimientos, los países de la región podrían ser categorizados en tres grupos. Uno, en el que el uso de métodos es muy limitado (menos del 30%); ilustran este grupo países como Haití y Guatemala. En un segundo grupo, en el que entre el 30 y 45% de todas las mujeres en edad fértil practica la anticoncepción, se aglomera la mayoría de los países de la región.

Por último, el tercer grupo, conformado por aquellos países en los que más del 45% de las mujeres usa métodos anticonceptivos, estaría representado por Puerto Rico, Chile, Cuba, Costa Rica y Uruguay.

Ahora bien, si se considera sólo a las *mujeres unidas en edad fértil*, el porcentaje de uso obviamente es mayor. En este sentido, los grupos serían los mismos pero con cotas mayores. Así, el primer grupo lo conformarían países en donde menos del 40% de las mujeres unidas usa métodos anticonceptivos: Granada, Guatemala, Guyana y Haití. El segundo grupo es el más numeroso, y está conformado por los países en donde entre el 40 y 59% de las mujeres unidas usa anticonceptivos. Por último, el tercer grupo, con una prevalencia del 60% o más, estaría integrado por Las Bahamas, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Jamaica, Panamá, Puerto Rico y Uruguay. En el gráfico 17 y en la tabla 17 se puede apreciar la situación en los diversos países de América Latina y el Caribe.

Gráfico 17

**ANTICONCEPCIÓN ENTRE MUJERES UNIDAS EN
EDAD FÉRTIL. 1986-1994**



Fuente: Tabla 17

El uso de anticonceptivos aumenta con la edad de la mujer, hasta los 34 o 39 años —según el país—, para luego ir descendiendo en la medida en que el riesgo de embarazo es menor o cuando la mujer decide esterilizarse, como se verá más adelante. También aumenta cuando el número de hijos llega a 3 o 4 —según el país.

El uso de métodos clínicos o de suministro (denominados por algunos como métodos efectivos o modernos) está bastante generalizado en la región. En la mayoría de los países del Caribe de habla inglesa y en El Salvador, Nicaragua, Panamá y República Dominicana estos métodos representan más del 90% de la anticoncepción. En la mayoría de los de América Latina la prevalencia está por sobre el 80%. Sin embargo, hay países donde este porcentaje es menor, como Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras y Venezuela. Sobresalen en este aspecto Perú y Bolivia, donde los métodos tradicionales representan el 56 y 60%, respectivamente (INE, 1990, 1994). En estos dos países el ritmo y el retiro contribuyen con el 39% y 52%, respectivamente, de la anticoncepción total (Prada, 1992, INE, 1994). Incluso, en La Paz y Cochabamba, más del 60% de las unidas usa sólo métodos tradicionales (SIAP, 1989). Es posible que razones culturales o religiosas den cuenta en parte del uso de métodos no clínicos o de suministro. Sin embargo, esta no siempre parece ser la razón. El Ministerio de Salud de Perú (1989), por ejemplo, señala que la práctica anticonceptiva de métodos tradicionales obedece más a la falta de servicios informativos y de métodos anticonceptivos adecuados a las necesidades de la población que a preferencias de las usuarias por razones culturales o de otra índole. El temor a los efectos secundarios es una razón de peso para que la población usuaria abandone el uso de los métodos (representan el 23% de las causas de abandono) y confíe más en métodos que no requieren suministros, como la abstinencia periódica.

La magnitud de la demanda de anticonceptivos refleja, en cierta medida, las preferencias reproductivas de una población. Estas preferencias, a su vez, son influenciadas por normas y valores de la sociedad en relación al tamaño de la familia, por el nivel de variedad de oferta anticonceptiva que ofrezcan los programas de servicios y por la solidez y fuerza del programa (Prada, 1992).

a) Cambios en el tiempo

En todos los países ha habido un aumento sostenido en el uso de la anticoncepción. Entre la segunda mitad de la década de los años setenta y la segunda mitad de la de los ochenta, en varios países se pudo apreciar un aumento considerable —de más del 40%—, tal como en Colombia, Ecuador, México y Perú. En este último país ha seguido un aumento sostenido hacia la década de los años noventa y Nicaragua experimentó un aumento entre las unidas del 27 al 50% entre la primera mitad de la década de los años ochenta y la primera mitad de la década de los noventa. También en Bolivia el aumento ha sido considerable, puesto que entre 1989 y 1994 (sólo 5 años) las mujeres unidas aumentaron su uso del 30 al 45%. Aunque ambos tipos de métodos aumentaron enormemente, los tradicionales lo hicieron un poco más (INE, 1994). En otros países, en cambio, el ritmo de crecimiento de la prevalencia ha sido más lento. En Costa Rica, por ejemplo, hubo un estancamiento

entre la década de los años setenta y la de los ochenta; sin embargo, aumentó el uso en un 9% entre 1986 y 1993 (Rosero, 1994). Según Boland (1992), es posible que los programas de planificación familiar estén alcanzando un *plateau*. Guengant (1992) sostiene que estos programas están enfrentando alguna resistencia de parte de algunas personas que, consciente o inconscientemente, se rehusan a adoptar una norma de familia pequeña, ya aceptada por otros segmentos de la sociedad.

Algunos estudios reportan que el incremento del uso de anticonceptivos entre las décadas del setenta y ochenta fue mayor en las edades extremas. Así se ha apreciado en República Dominicana, donde hubo cerca de un 100% de aumento entre las mujeres de 15 a 19 años y 40 y más años (Ramírez, 1991); en Costa Rica, donde disminuyó entre las más jóvenes y aumentó entre las mujeres de 35 y más años (Rosero, 1994), y en México, donde los mayores incrementos se dieron entre las mujeres menores de 20 años y las mayores de 30, lo que se muestra consistente con los cambios ocurridos en la estructura de la fecundidad (Palma y Suárez, 1991). Otros muestran que el uso se amplió mucho más en las áreas rurales, como en México (Palma y Suárez, *op. cit.*), República Dominicana (Morillo, 1993), Costa Rica (Rosero, 1994), Cuba (Catasús *et al.*, 1988), Ecuador (CEPAR e ININMS, 1988) y Honduras (Alan Guttmacher Institute, 1988), y lo mismo sucedió en los grupos de mujeres con menor nivel de educación, como aconteció en México (Palma y Suárez, 1991) y El Salvador (ADS, 1987), reduciéndose así los diferenciales por estratos socioeconómicos.

b) Diferenciales según algunas características

A pesar de esa reducción de los diferenciales, la anticoncepción, siguiendo a otros comportamientos reproductivos, todavía muestra diferencias según algunas características de la mujer o de su contexto de vida. El contexto de residencia, el nivel de instrucción, el tipo de unión y la religión profesada son algunos factores que inciden en la mayor o menor prevalencia. A continuación se revisarán algunos de ellos.

□ *Áreas urbana y rural*

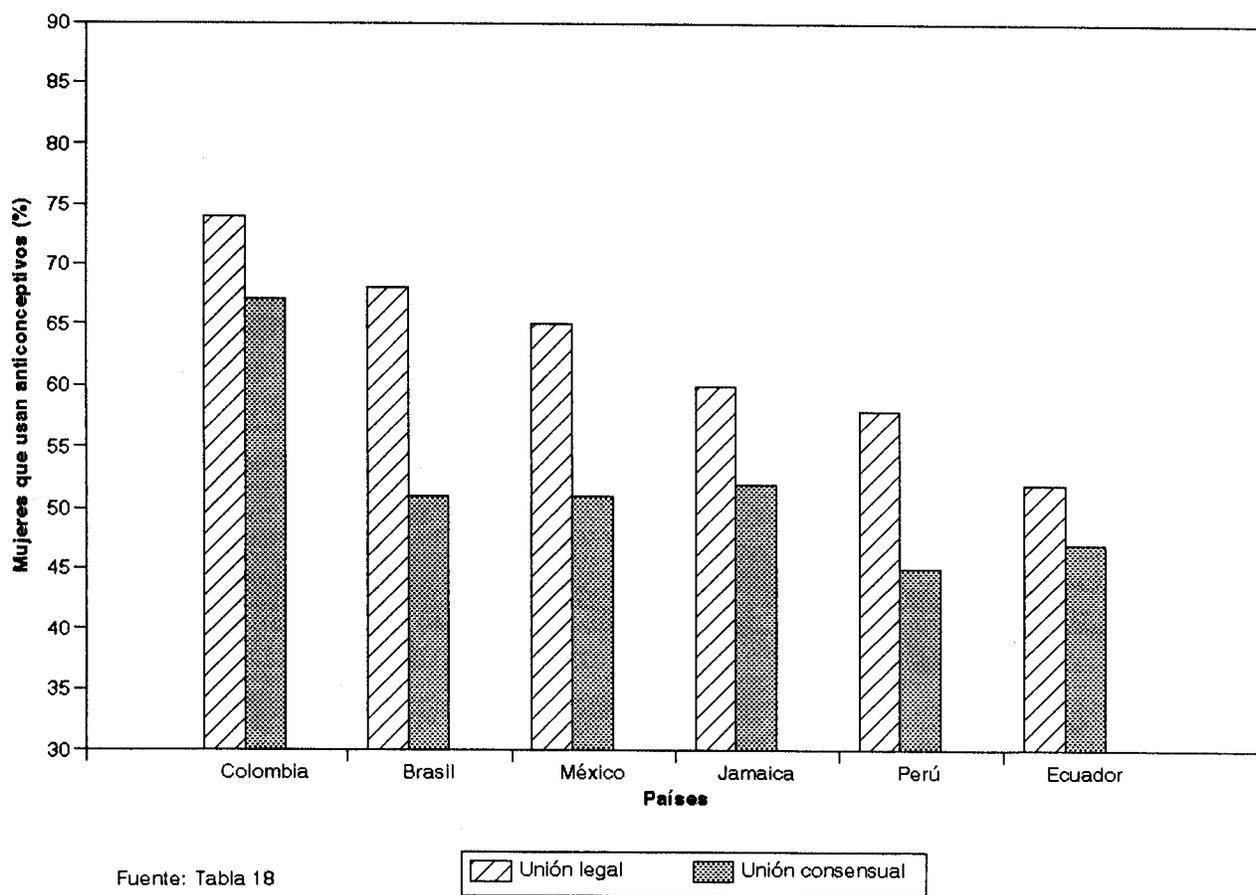
La tabla 18 muestra que, salvo algunas excepciones, las mujeres de las áreas urbanas son más proclives al uso de anticonceptivos, y lo son aun más aquellas de las áreas metropolitanas. Es posible que esto se deba, básicamente, al mayor suministro de métodos en estas áreas. Hay países en los que la prevalencia en las áreas urbanas es el triple (Guatemala) o cercana al doble (Bolivia y Honduras) que en las rurales. Otros muestran más de un 50% de diferencia (El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay y Perú). En otros, en cambio, las diferencias no son significativas. Tal es el caso de Colombia, Chile (APROFA, 1990a, 1990b), República Dominicana (Morillo, 1993) y Trinidad y Tabago. Existen algunos países que, o no muestran ninguna diferencia, como Cuba (Comité Estatal de Estadísticas, 1988), o que las mujeres rurales practican más la anticoncepción que las urbanas, como Jamaica (McFarlane y Warren, 1989).

Un estudio de la CCRP y del MINSALUD (1988) revela que en Colombia, aun controlando el nivel de paridez de la mujer, persiste el diferencial urbano-rural, el que es más notorio en las parideces 3 y menos, lo que indicaría una más temprana iniciación en las zonas urbanas.

□ *Tipo de unión*

Las mujeres en unión legal muestran, en general, un mayor uso de métodos anticonceptivos que las unidas consensualmente, como se aprecia en el gráfico 18 y en la tabla 18. Aun controlando la edad de la mujer, Quilodrán (1991) reporta que en 1977 en México el uso de anticonceptivos era más frecuente entre las mujeres unidas legalmente que entre las convivientes. En Jamaica también las mujeres que tienen uniones de visita utilizan métodos anticonceptivos, y lo hacen a un nivel semejante al de las que están unidas consensualmente (McFarlane y Warren, 1989). Sin embargo, en 1987 entre las mujeres de 14 a 24 años que habían tenido relación sexual en el mes anterior a la encuesta, el 63% de las casadas usaba métodos anticonceptivos, mientras entre las con unión de visita la prevalencia era más alta (78%) (National Family Planning Board, 1988).

Gráfico 18
PAÍSES SELECCIONADOS: ANTICONCEPCIÓN
POR TIPO DE UNIÓN (PORCENTAJE)



Información para 1989 correspondiente a la Región Metropolitana de Chile revela que el uso de anticonceptivos es algo mayor entre las mujeres en unión consensual (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1992).

□ *Nivel de instrucción*

Diferencias más notables se aprecian en prácticamente todos los países según el nivel de instrucción de la mujer, aunque también han venido disminuyendo (ver tabla 18). Aun así, las mujeres con educación secundaria o superior practican la anticoncepción hasta 6 veces más (Guatemala), 3 veces más (Bolivia y Honduras) o 2 veces más (Ecuador, México, Nicaragua y Paraguay) que las sin instrucción. En Brasil, Colombia y República Dominicana, países donde existe un menor diferencial, las mujeres con educación secundaria practican la anticoncepción en un 64% (Brasil) y en un 40% (Colombia y República Dominicana) más que las mujeres sin instrucción. Mayores diferencias se presentan entre los dos extremos (sin instrucción y nivel superior).

Sin embargo, en otros países, como en Costa Rica y Uruguay, los diferenciales son mínimos: en Costa Rica las mujeres con secundaria completa practican la anticoncepción sólo en un 15% más que las con 2 años de primaria o menos (Caja Costarricense del Seguro Social, 1993) y en Uruguay las con educación secundaria lo hacen en un 8% más que las con primaria incompleta (Ministerio de Salud Pública, 1990).

Manteniendo constantes otras variables ya revisadas que influyen en la práctica anticonceptiva, como el número de hijos tenidos y el contexto de residencia, algunos estudios reportan que las diferencias por educación se siguen manteniendo, aunque son mayores en alguna de las condiciones de la variable; otros muestran que la relación se produce sólo en una de esas condiciones, haciéndose nula en las otras. Así, por ejemplo, al controlar el área de residencia, McFarlane y Warren (1989) reportan que en Jamaica se producen diferencias por educación tanto en el área urbana como rural, pero que la brecha es mayor en el área rural. En El Salvador, en cambio, la diferencia por educación se da más notablemente en el área metropolitana, siendo mínima en el resto urbano y en el área rural (ADS, 1989). CEPAR (1988) detectó que en las áreas rurales del Ecuador, tanto en 1979 como en 1987, la anticoncepción es mayor mientras más alto es el nivel de instrucción de la mujer, brecha que ha disminuido pero que todavía se mantiene significativa.

Respecto de la paridez, si bien ésta afecta el uso de métodos, no anula el efecto de la educación. Así se detectó en Ecuador (CEPAR e ININMS, 1988), Jamaica (McFarlane y Warren, 1989) y Colombia (CCRP y MINSALUD, 1988), donde se vio que, controlando el nivel de paridez, persiste el diferencial por educación, siendo mayor entre las mujeres con un menor número de hijos.

En algunos países, no obstante, las diferencias no son sistemáticas. Es el caso de Cuba: en tres contextos de diferente nivel de urbanización Catasús *et al.* (1988) advierten que no se aprecia una

relación sistemática entre uso de anticonceptivos y nivel educacional. Por su parte, en tres ciudades de Bolivia se detectó que las mujeres sin instrucción son las que menos usan anticonceptivos pero que no existe una relación lineal clara (SIAP, 1989). En Puerto Rico las mujeres unidas con nivel universitario practican la anticoncepción en menor proporción que aquellas con un nivel secundario (Robles *et al.*, 1988). En Costa Rica, las mujeres en unión con secundaria incompleta la practican en mayor proporción que las con secundaria completa o más (Caja Costarricense del Seguro Social, 1993).

□ *Actividad económica de la mujer*

Si bien la actividad económica de la mujer no muestra una relación con el uso de anticonceptivos en todos los países, en varios se aprecia la tendencia a su mayor uso entre las mujeres que trabajan. Algunos ejemplos muestran esta tendencia. En Nicaragua, el mayor uso entre las mujeres unidas se da entre las que trabajan (59% entre las que lo hacen dentro de su casa y 57% entre las que lo hacen fuera del hogar), en comparación al 44% entre las que no trabajan (PROFAMILIA, 1993). También en Venezuela en 1977 existía un mayor uso entre las mujeres que trabajaban, salvo entre las mujeres jóvenes (20 y 24 años) (Freitez y Romero, 1991). Lo mismo sucedía en El Salvador, tanto en 1988 como en 1993. En este país se aprecia una diferencia mayor en la medida en la que desciende el grado de urbanización, principalmente en el área rural, y en todos los niveles educacionales, aun cuando es muy pequeña en mujeres con 10 o más años de educación (ADS, 1989, 1993). Por su parte, en tres contextos diferentes de Cuba, las mujeres que trabajan usan en mayor proporción métodos anticonceptivos que las que no trabajan (Catasús *et al.*, 1988).

En Ecuador ha habido un cambio que merece una mayor investigación: mientras en 1979 la actividad económica de la mujer no influía en su decisión de usar métodos anticonceptivos (CEPAR, 1988), en 1989 sí lo hacía, siendo las mujeres unidas que trabajaban en su casa las que menos usaban (47%), seguidas por las que no trabajaban (52%) y, por último, las que más los usaban eran las que trabajaban fuera de su hogar (60%) (CEPAR y MSP, 1990). Y, en zonas marginales de Quito, en 1990 la actividad económica de la mujer no mostraba relación con la anticoncepción, comenzando a mostrarla en 1992 (CEPAR, 1990, 1993).

En otras áreas urbanas, en cambio, no existe una relación entre la anticoncepción y la actividad económica de la mujer. Es el caso de tres ciudades de Bolivia (SIAP, 1989).

□ *Nivel socioeconómico*

Sólo seis de los estudios revisados han analizado la relación entre estrato socioeconómico y anticoncepción y sus resultados no permiten sacar conclusiones. Mientras en Uruguay el estrato socioocupacional de las mujeres con vínculo conyugal y expuestas al riesgo de embarazo no repercute en el mayor o menor uso de anticonceptivos (Ministerio de Salud Pública, 1990), en los otros países

sí lo hace. En Suriname las mujeres de estrato bajo usan en un 30% anticonceptivos, en tanto las de estrato medio lo hacen en un 40% (Lamur, 1989); en Argentina, mientras las mujeres pobres usan en un 37% la anticoncepción, la no pobres lo hacen en un 49%; en Nicaragua, un 31% de las mujeres unidas de ingresos bajos usan la anticoncepción, mientras que las de los niveles altos lo hacen en un 73% (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1994); en Costa Rica, mientras las mujeres unidas de estratos bajo y medio usan en un 76%, las de estrato alto lo hacen en un 84% (Caja Costarricense del Seguro Social, 1993). En este sentido, las mujeres costarricenses de niveles bajo y medio se han equiparado en el uso: en 1986 había todavía una diferencia de 12 puntos porcentuales entre ambos (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993). Por último, en la Región Metropolitana de Chile, el uso es mayor entre las mujeres de menor (69%) y mayor (63%) nivel socioeconómico que entre las de nivel bueno (53%) y regular (56%) (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1992).

□ *Grupo étnico*

La mayoría de los estudios que han revisado el grupo étnico como factor predisponente al uso de anticonceptivos ha encontrado diferencias. En Trinidad y Tabago el uso es mayor entre las mujeres descendientes de inmigrantes de la India que entre las de origen africano (Rind, 1991; Family Planning Association of Trinidad and Tobago, 1988). En Paraguay, mientras el 24% de las mujeres que sólo hablan guaraní practica la anticoncepción, el nivel sube entre el 58 y 61% en las que hablan el español u otra lengua (Alan Guttmacher Institute, 1989a). En Guatemala, el 34% de las ladinas usa anticonceptivos contra sólo el 6% de la población maya (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1989). Y en Panamá en 1984, el 28% de las mujeres unidas indígenas usaba anticonceptivos, contra el 60% de las no indígenas (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993).

Un estudio cualitativo realizado por Ward, Bertrand y Puac (1992) sobre las mujeres mayas de Quiche concluye que las diferencias se deben a factores socioculturales. En este grupo de población, la planificación familiar no es aprobada y se la considera un pecado, tal como el asesinato. Su religión les señala que la procreación es sagrada y existe la creencia de que la mujer nace teniendo en su interior a todos los hijos que va a dar a luz y que es una bendición tener muchos hijos porque da energía y asistencia económica en la vejez. A esto se agrega la actitud de los hombres, quienes no permiten que sus mujeres usen anticonceptivos porque piensan que así pueden serles infieles. El estudio detectó, sin embargo, que las mujeres de mayor edad no estaban tan a favor de las familias numerosas y tenían una actitud más favorable hacia el espaciamiento de los hijos.

Sólo en Bolivia el idioma hablado no muestra diferencias respecto del uso de anticonceptivos. A pesar de ello, la información no es completa, puesto que el estudio revisado se limitó a analizar la relación sólo en ciudades pero se ignora lo que acontece en las áreas rurales. Mientras en La Paz y en Cochabamba no se apreciaron diferencias según idioma hablado, las mujeres de Santa Cruz que

sólo hablaban el castellano utilizaban métodos anticonceptivos en menor proporción que las que hablaban quechua, situación contraria a la esperada (SIAP, 1989).

□ *Religión*

Sólo tres estudios reportan análisis referidos a la religión profesada. En Trinidad y Tabago, Rind (1991) encontró que el uso de anticonceptivos es levemente mayor entre las hindúes y no cristianas que entre las católicas, aun cuando las diferencias no son significativas. En Puerto Rico, Herold, Westoff, Warren y Seltzer (1989) no encontraron diferencias entre católicas y no católicas. Sin embargo, al comparar católicas observantes con católicas no observantes, apreciaron que el uso de anticonceptivos era mayor entre las observantes (75% versus 67%), pero que estas usaban mayormente los métodos naturales. Rosero (1994) nos informa que en Costa Rica no hay ninguna diferencia en el uso de anticonceptivos entre mujeres unidas que asisten a la iglesia y las que no lo hacen. Por otra parte, grupos focales llevados a cabo en comunidades católicas con mujeres de la clase trabajadora en Río de Janeiro (Brasil) revelaron que prácticamente todas las mujeres de la muestra usaban o habían usado algún método anticonceptivo (Berquó, 1992).

□ *Análisis multivariados*

En dos de los estudios revisados se han realizado análisis multivariados para explicar el uso de anticonceptivos. Uno de ellos fue el análisis de regresión logística realizado en Costa Rica por Herliman *et al.* (1990) —ya señalado— respecto del número ideal de hijos. Utilizando las mismas variables que en aquel análisis, llegaron a determinar que las variables significativas ($p \leq 0.05$) en el uso de anticonceptivos entre las mujeres más jóvenes (15-29 años) eran la duración de la unión y el deseo de limitar o espaciar los nacimientos; y, entre las mayores (30 a 49 años), al deseo de limitar o espaciar se agregaban el tipo de unión (con un mayor uso entre las casadas legalmente), la educación y el hecho de vivir en el Valle Central.

El otro estudio, que también corresponde a una regresión logística, es el realizado por Castro y Njogu (1994) con información para las décadas del setenta y ochenta de cinco países de América Latina (Colombia, Ecuador, México, Perú y República Dominicana). Las variables incluidas en el modelo fueron: educación de la mujer, educación del cónyuge (como variable *proxy* del nivel socioeconómico), el contexto de residencia, la cohorte de edad, la paridez, la edad a la primera unión, el tipo de unión y el deseo o no de tener más hijos.

Si bien todas las variables mostraron ser predictores significativos del uso de anticonceptivos —salvo la edad a la unión—, la educación de la mujer reveló una influencia poderosa en el comportamiento anticonceptivo, con un efecto cuasilineal. En la década de los años setenta, las diferencias de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres con 10 o más años de educación iban desde 3 a 7 veces más que entre las sin educación, incluso cuando los restantes factores se mantenían

constantes. En todos los países, la educación del cónyuge tuvo un efecto más débil que la educación de la mujer. Las diferencias por áreas urbanas y rurales fueron muy pronunciadas, y las mujeres de áreas urbanas tenían entre dos y tres veces mayor probabilidad de usar anticonceptivos que las de áreas rurales. La paridez apareció como una de las variables con el efecto más fuerte: la probabilidad de contracepción entre las mujeres con 5 o más hijos era entre 4 y 10 veces más alta que la de mujeres sin hijos, aunque el contraste mayor se observó entre mujeres sin hijos y con hijos y no entre mujeres con alta o baja paridez. El tipo de unión mostró un efecto visible: las mujeres en uniones legales presentaron una mayor probabilidad de usar anticonceptivos, excepto en Ecuador. El deseo de hijos también emergió como un predictor importante.

En la década de los años ochenta, las variables mostraron los mismos efectos, más pronunciados en algunos países y debilitados en otros. En cuanto a la paridez, las diferencias se acortaron considerablemente en Colombia —lo que sugiere una adopción masiva de la contracepción por parte de mujeres de baja paridez—, moderadamente en Ecuador y Perú y sólo levemente en México. En República Dominicana, los diferenciales por paridez aumentaron. Las diferencias por tipo de unión aumentaron, salvo en Colombia. El efecto del deseo de hijos se debilitó en Colombia, Perú y Ecuador, lo que sugiere la expansión del uso de anticonceptivos con propósitos de espaciamiento, pero ha aumentado en República Dominicana y México. También los diferenciales por educación han declinado, excepto en México, donde han aumentado. La brecha se ha acortado especialmente en Colombia, donde el aumento de anticoncepción se ha concentrado en las mujeres menos educadas. Al igual que la de la educación de la mujer, el efecto de la educación del cónyuge y la del tipo de área se han debilitado (excepto en el Perú). Las diferencias contextuales decrecieron más dramáticamente en Colombia y República Dominicana.

Dado que los cambios ocurridos entre las dos décadas en los factores considerados (aumento de la educación, mayor urbanización, deseo de familias menos numerosas y mayor cantidad de uniones consensuales) pueden haber afectado el aumento del uso de anticoncepción, los autores realizan un análisis de tendencias, utilizando un procedimiento de descomposición para evaluar la contribución relativa de los cambios en la configuración sociodemográfica de la población versus los cambios estructurales (entendidos como aquellos producidos en las relaciones entre las variables explicativas y la probabilidad de usar anticonceptivos).

El cambio en la composición social de la población explicó casi todo el aumento de la anticoncepción en Perú y Ecuador —especialmente el aumento de la educación de la mujer— y, en segundo término, el aumento de la urbanización en República Dominicana. En los tres países, el deseo de hijos también explica el cambio. Los cambios demográficos no han contribuido significativamente en el cambio general que presentan estos países.

En Colombia y México, los dos países que experimentaron la mayor expansión en la prevalencia anticonceptiva, esta es atribuible a los cambios en la propensión a usar la anticoncepción.

Especialmente en Colombia, los cambios sociodemográficos han disminuido su efecto, particularmente la paridez, la educación femenina y el tipo de residencia.

c) Edad y número de hijos promedio al inicio de la anticoncepción

En los países con mayores tasas de uso de anticonceptivos la edad al inicio de la práctica es menor, y varía según la edad a la unión. La información disponible muestra que en Jamaica —donde entre las unidas existe un 66% de prevalencia y una muy baja edad a la unión—, la mediana de edad al inicio de la anticoncepción está en los 19 años (McFarlane y Warren, 1989). En Costa Rica, en cambio, donde la edad al inicio de la unión es mayor, la mediana al inicio de la práctica anticonceptiva está en los 22 años (Rosero, 1994). En países con una prevalencia cercana al 50%, la edad mediana al inicio del uso de anticonceptivos es mayor, y los países se diferencian según la edad promedio al inicio de la unión. Países semejantes en prevalencia, como Nicaragua y El Salvador, se diferencian en la edad de inicio de la anticoncepción por su diferencial en la edad de inicio de las uniones. Así, en Nicaragua, con una menor edad a la unión, las mujeres en promedio inician la anticoncepción a los 23 años (Rémez, 1994a); en El Salvador, con una edad a la unión mayor, la inician, en promedio, a los 28 años (Alan Guttmacher Institute, 1989b).

Las investigaciones muestran que el inicio de la anticoncepción se produce a edades bastante más tempranas en las generaciones jóvenes que en las anteriores. Así, por ejemplo, en Costa Rica mientras la mediana de edad del inicio de la anticoncepción entre las mujeres unidas de 35 a 49 años fueron los 24 años y entre las de 25 a 34 años fueron los 22 años, entre las de 15 a 24 años, son los 18 años (Rosero, 1994). Y en México, mientras el 25% de las mujeres de 45 a 49 años inició la anticoncepción a los 33 años, entre las de 25 a 29 años el 25% la inició a los 22 (Palma y Suárez, 1991).

En cuanto al número de hijos que tiene la mujer al comenzar la práctica de la anticoncepción, es variable según el país. Costa Rica, por ejemplo, muestra uno de los menores, con una mediana de 0.7 hijos (Rosero, 1994). También existe información para unos pocos países más: Nicaragua, con un promedio de 2.1 hijos (Rémez, 1994a); El Salvador, 2.6 hijos (Alan Guttmacher Institute, 1989b) y Bolivia y Perú, con una mediana de 3 hijos (INE, 1994; INEI y Asociación Benéfica PRISMA, 1992).

Al igual que la edad de la mujer, el número promedio de hijos tenidos al comenzar la práctica anticonceptiva es menor en las generaciones más jóvenes. Mientras en Colombia y República Dominicana la mediana de hijos de las mujeres de 40 a 44 años al comenzar a usar métodos anticonceptivos fue 4, la de las jóvenes de 20 a 24 años es 1 hijo (CCRP y MINSALUD, 1988; IEPD y Oficina Nacional de Planificación, 1992). En Perú, las cifras alcanzan a 3 y 1 hijo (INEI y Asociación Benéfica PRISMA, 1992) y en Bolivia a 3.7 y 2 hijos, respectivamente (INE, 1994). En Trinidad y Tabago y Costa Rica las medianas son menores; sin embargo, se aprecian diferencias

generacionales: 2.8 y 0.8 hijos en el primer país y 1 y 0 hijo en el segundo, respectivamente (Family Planning Association of Trinidad and Tobago, 1988; Rosero, 1994).

Otras investigaciones no reportan estadísticas de tendencia central, pero los porcentajes que entregan muestran la misma evidencia. En Ecuador, mientras el 37% de las mujeres de 20 a 24 años comenzó la anticoncepción antes de tener su segundo hijo, entre las mujeres de 40 a 44 años ese porcentaje fue de 13% (CEPAR e ININMS, 1988). Y en Paraguay, el 32% de las jóvenes de 20-24 años en 1990 había comenzado la práctica anticonceptiva antes de tener su primer hijo versus 13% entre las mujeres de 40-44 años (CEPEP, 1991). Por último, en Guatemala, entre las mujeres de 25-29 años el 17% había comenzado la anticoncepción antes de tener su primer o segundo hijo, mientras que entre las de 35-39 años lo había hecho el 9% (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1989).

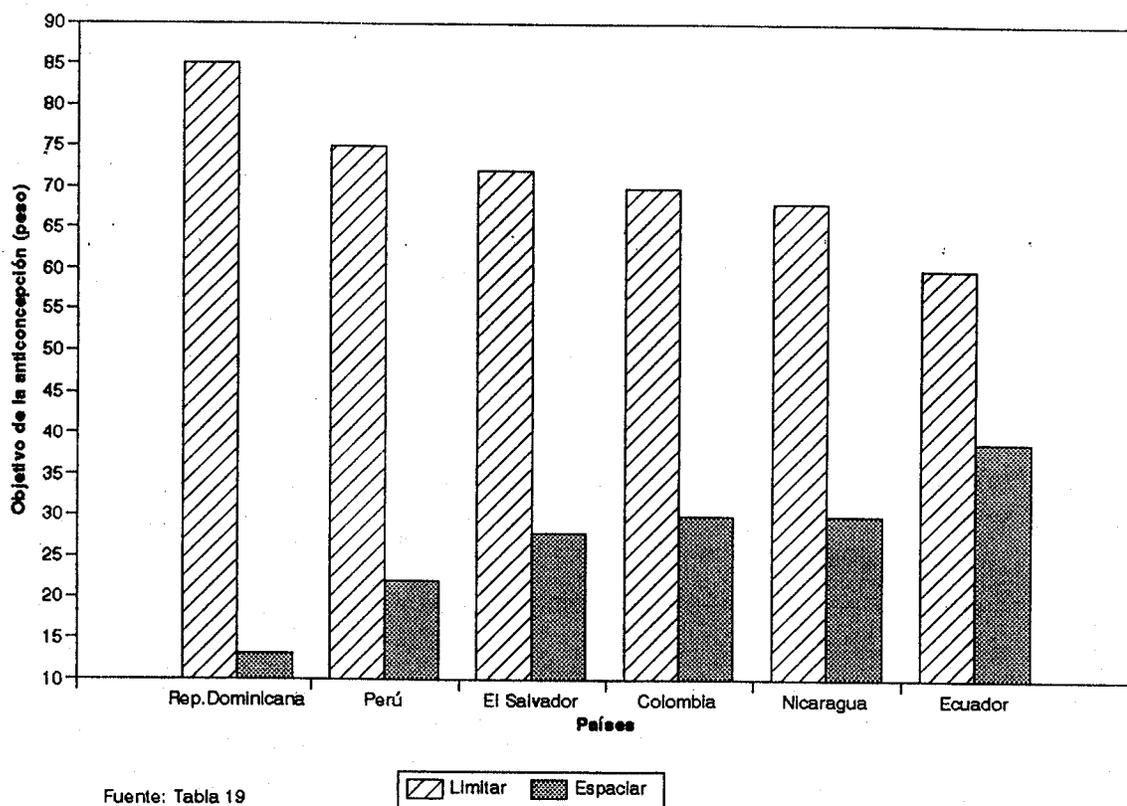
Partiendo del reporte de dos investigaciones, la edad promedio al inicio de la anticoncepción es menor en las zonas urbanas. Una de esas se refiere a Managua, donde las mujeres comienzan la práctica anticonceptiva 2 años antes, es decir, en promedio, a los 21 años (Rémez, 1994a). La otra se refiere a El Salvador (Alan Guttmacher Institute, 1989b), en cuya área metropolitana la mujer tiene 25 años y un hijo cuando comienza a practicar la anticoncepción; en tanto, en el área rural lo hace a los 32 años y ya tiene 4 hijos. Esta investigación también reporta que el nivel de instrucción tiene relación: las mujeres sin instrucción comienzan esta práctica cuando tienen una edad mediana de 34 años y 5 hijos, y las con 10 o más años de educación lo hacen cuando tienen 26 años y 2 hijos.

Otro análisis, sobre tres países (Castro y Juárez, 1995) respecto de la paridez media al inicio de la práctica anticonceptiva según instrucción de la mujer, muestra que aquella es menor en la medida en que la mujer tiene mayor educación, variando de 3.8 hijos entre las mujeres sin instrucción a 0.6 entre las con 10 o más años de educación en Colombia, de 4.6 a 1.3 hijos en Ecuador y de 3.9 a 1.1 hijos en Guatemala, respectivamente.

d) Objetivos de la anticoncepción

Se han realizado varias investigaciones para analizar el objetivo del uso de anticonceptivos, revelándose que persigue principalmente limitar el número de hijos y espaciar los nacimientos de los mismos. La tabla 19 muestra que la mayoría de las mujeres en América Latina y el Caribe los utiliza para limitar el número de hijos: la información para siete países en la década de los años ochenta señala que el porcentaje de mujeres unidas que usaba anticonceptivos para espaciar los nacimientos oscilaba entre 13% en República Dominicana y 39% en Ecuador. En lo que va corrido de la década de los años noventa, la información para cuatro países revela que estos porcentajes oscilan entre 22% en Perú y 30% en Nicaragua, con un leve aumento en el porcentaje de mujeres unidas que practica la anticoncepción para espaciar los nacimientos (gráfico 19).

Gráfico 19

OBJETIVO DE LA ANTICONCEPCIÓN DE MUJERES UNIDAS (PORCENTAJE). *Circa 1990*

Cuando la anticoncepción se utiliza con fines de espaciamiento, en la mayoría de los países no se aprecia la tendencia a posponer el nacimiento del primer hijo. Cuando la mujer se une, la cultura valora y presiona para que se embarace lo antes posible. Un estudio en profundidad sobre mujeres de diferentes contextos culturales del Perú ilustra su idiosincrasia: el comportamiento reproductivo de las mujeres de contextos más tradicionales está fuertemente influido por las familias de origen de la pareja. La persistencia de la identidad *mujer igual madre* hace que la mujer tenga hijos recién iniciada la vida conyugal y, por lo general, se embarace antes de formalizar la unión (Aramburú, Arias y Fortunic, 1989). Esto se aprecia también al comparar el promedio o mediana de edad al iniciar la práctica anticonceptiva y el promedio o mediana al tener el primer hijo. Son pocos los países en los que la edad al tener el primer hijo es mayor que la edad al inicio de la anticoncepción: uno de ellos podría ser Jamaica. Otros tres que se están acercando a esta situación son Costa Rica, Trinidad y Tabago y Uruguay. En Costa Rica, la mediana de hijos al comenzar a usar la anticoncepción es 0.7 (Rosero, 1994); en Trinidad y Tabago, el 82% de la unidas comienza a usar la anticoncepción con uno o ningún hijo (Family Planning Association of Trinidad and Tobago, 1988); y en Uruguay el 49% de las mujeres unidas y fértiles sin hijos usa anticonceptivos (Ministerio de Salud Pública, 1990).

Existe la tendencia, sin embargo, a que las nuevas generaciones estén deseando espaciar los nacimientos más que las anteriores. En Nicaragua, Perú, Brasil, Ecuador, Colombia y República Dominicana, por ejemplo, el porcentaje de mujeres unidas que desea espaciar los nacimientos es mayor hasta los 24 años y cuando han tenido a lo más uno (Nicaragua) o dos hijos (Perú), siendo, pasada esa edad y ese número de hijos, mayor el porcentaje de mujeres que usa la anticoncepción para limitar su descendencia (PROFAMILIA, 1993; Loza y Vallenas, 1992; Westoff, 1988). En Bolivia, mientras entre las unidas de 20-24 años el 49% usa anticonceptivos para espaciar, el porcentaje baja a 18% entre las de 30-34 años (INE, 1994). También se reporta esta situación en Paraguay (CEPEP, 1991).

El espaciamiento es mayor en las áreas urbanas. En Bolivia, mientras en las áreas rurales el 18% de las unidas utiliza la anticoncepción con propósitos de espaciamiento, en las áreas urbanas asciende al 27% (INE, 1994). En Ecuador 23% de las mujeres urbanas sin hijos usa anticoncepción, tasa 3.5 veces más alta que en el área rural (CEPAR e ININMS, 1988). En Chile el 27% de las mujeres urbanas que usan anticonceptivos lo hace habiendo tenido un solo hijo; ese porcentaje disminuye al 22% de las del área rural (APROFA y CERC, 1993). Otros estudios señalan la presencia de la misma característica en Perú, El Salvador y Colombia (Loza y Vallenas, 1992; ADS, 1989; Flórez, 1989).

También el espaciamiento parece ser más frecuente mientras mayor es el nivel educacional. Así lo reportan investigaciones realizadas en Nicaragua (PROFAMILIA, 1993), Perú (Loza y Vallenas, 1992), Bolivia, Ecuador, El Salvador y Colombia. En Bolivia contrasta que sólo el 5% de las mujeres unidas sin instrucción práctica la anticoncepción para espaciar, respecto del 33% de las mujeres con secundaria o más (INE, 1994); en Ecuador, no hay mujeres sin hijos y sin instrucción que usen métodos anticonceptivos, y su uso llega al 30% entre las mujeres sin hijos y con educación superior (CEPAR e ININMS, 1988). En El Salvador sólo el 12% de las mujeres unidas sin educación quiere espaciar; en cambio, ese porcentaje se eleva al 53% entre aquellas con 10 o más años de educación (ADS, 1989); por último, en Colombia, los porcentajes son 5% entre las mujeres unidas sin educación y 32% entre las con educación superior (Ordóñez, 1993).

e) El efecto de la planificación familiar en el descenso de la fecundidad

Entre los estudios de regresión realizados para evaluar la incidencia de la anticoncepción sobre el nivel y descenso que ha experimentado la fecundidad en la región, el modelo de Bongaarts es el más difundido, pero son varios los autores que han desarrollado otros modelos. Según Curtis y Diamond (1995), estas ecuaciones explican entre el 72 y el 91% de las variaciones de las tasas globales de fecundidad (TGF) en varios países, sugiriendo que un aumento de 10 puntos porcentuales en la tasa de prevalencia de anticonceptivos reduce la TGF entre 0.6 y 0.7 nacimientos por mujer.

Considerando 104 países (en desarrollo y desarrollados), Weinberger (1994) encontró una R^2 de 0.86 entre la prevalencia de uso de anticonceptivos y la tasa global de fecundidad. Aproximadamente

el 80% de los países mostró tasas de fecundidad con una desviación máxima absoluta de un hijo de la línea de regresión. Aun cuando Aramburú (1990) también encontró una correlación inversa entre la tasa global de fecundidad y la tasa de prevalencia de anticonceptivos para el período 1985-1989, considerando 19 países de América Latina, ésta es menor a la encontrada por Weinberger ($R^2 = 0.69$), lo que sugiere que en América Latina hay otros factores que también juegan un papel.

Entonces, no siempre el modelo de Bongaarts se ajusta a la realidad de algunos países. Es preciso recordar que dicho modelo supone que todos los nacimientos se producen dentro de una unión, el que no es el caso en varios países de América Latina y el Caribe. Por una parte, la mayoría de los países del Caribe presenta una fecundidad menor que la esperada por sus niveles de prevalencia anticonceptiva, fenómeno que probablemente se deba a los patrones de nupcialidad. Por otra, Curtis y Diamond (1995), utilizando el modelo de Bongaarts en el nordeste de Brasil, observaron que la tasa de fecundidad de 5.5 hijos en 1986 era aproximadamente 1.6 hijos más elevada que la que se podría haber esperado en base a la prevalencia de anticonceptivos en ese momento. El estudio atribuye 0.6 nacimientos de exceso al retraso del efecto del aumento reciente del uso de la anticoncepción (37% en 1980 y 56% en 1986), 0.6 nacimientos al efecto relativamente pequeño de la lactancia como factor inhibidor de la fecundidad y 0.3 nacimientos a los patrones de nupcialidad. En 1990 la tasa de fecundidad global descendió a 3.6, demostrando, según los autores, que el aumento de la anticoncepción tuvo su efecto.

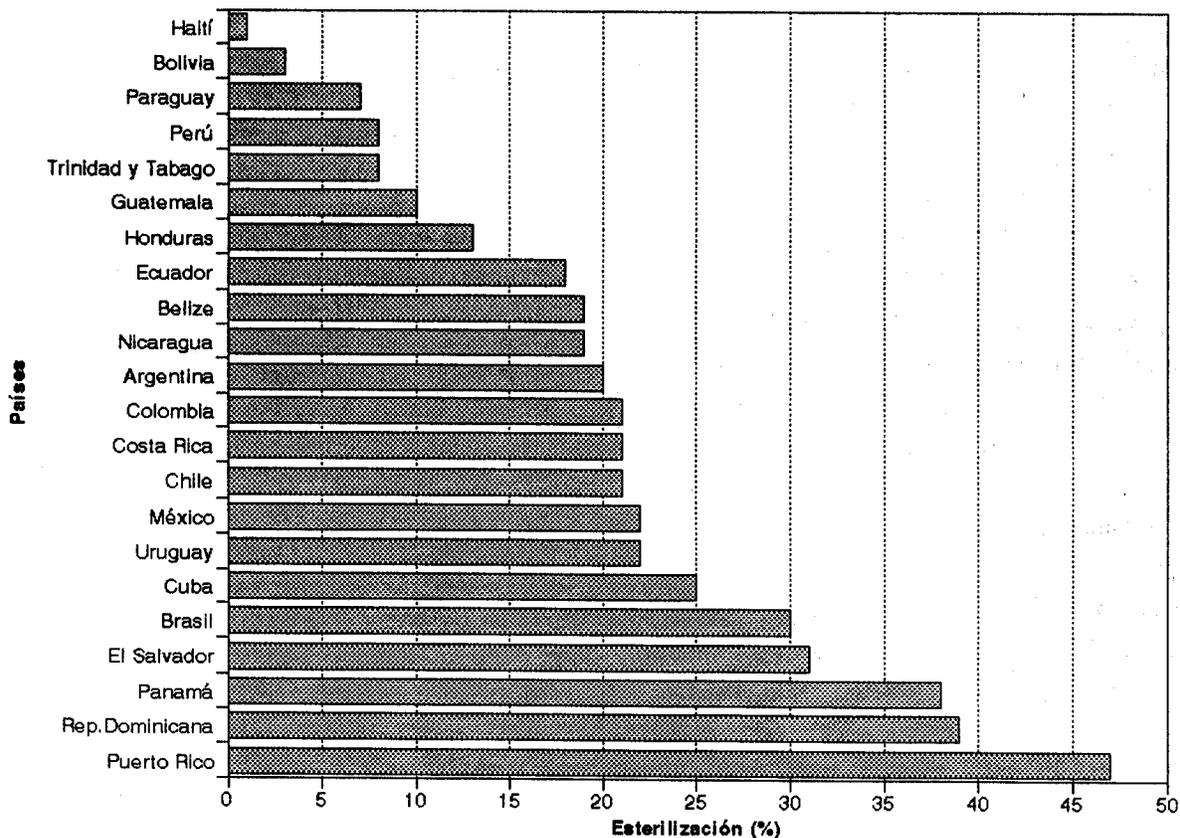
Sin embargo, en varios países se ha analizado la incidencia de la anticoncepción en el descenso que ha experimentado la fecundidad y en la mayoría de los casos se señala que ella es la variable intermedia que se asocia en mayor grado con dicho descenso. Así se ha inferido en México (Palma y Suárez, 1991), Cuba (Sosa y Alfonso, 1994) y Perú (Ferrando y Aramburú, 1992). En este último país, Ferrando y Aramburú (1992) encontraron una correlación inversa de $R^2 = 0.82$ entre la tasa de fecundidad y la prevalencia de anticonceptivos en 18 regiones del país. Padilla (1994) señala que dos son los factores que han incidido en el descenso de la fecundidad: el incremento del uso de la planificación familiar y el aborto.

En el análisis multivariado realizado por Castro y Juárez (1995) para evaluar el efecto de la educación en el número de hijos tenidos por las mujeres unidas de tres países (Colombia, Ecuador y Guatemala) los autores introdujeron como variable el uso de anticonceptivos con paridez 0 o 1, el que arrojó un coeficiente de regresión significativo ($p < 0.01$) en los tres países. En todos ellos, el uso de anticonceptivos demostró ser el cuarto factor en orden de importancia en la explicación del número de hijos. Por su parte, tomando como información las encuestas mundiales de fecundidad y las encuestas de demografía y salud de las décadas del setenta y ochenta, Rodríguez (1992) calculó un índice de control, el que ha aumentado en todos los países de América Latina y de manera más sorprendente en República Dominicana. El incremento menor lo encontró en Perú. En base a estos resultados, Rodríguez concluye que, si bien el descenso de la fecundidad marital se debe al aumento del índice de control, el espaciamiento ha jugado un papel importante en tal disminución.

6. La esterilización

Entre los métodos anticonceptivos utilizados, la esterilización ha llegado a ser el método más usado en varios países de la región, desplazando a las píldoras anticonceptivas. En las décadas de 1980 y 1990 ese ha sido el método más frecuentemente utilizado en Belice, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guadalupe, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Puerto Rico y República Dominicana, como se aprecia en la tabla 20. Cuando la esterilización es el método más utilizado, los porcentajes de mujeres unidas esterilizadas dependen en buena medida de la prevalencia anticonceptiva en el país. Rutenberg y Landry (1991) señalan que, en los países en donde los programas de planificación familiar tienen un mayor tiempo de implementación, las tasas de esterilización tienden a ser más altas debido a una mayor disponibilidad de estos servicios y a que se observa una mayor tendencia a efectuarla a edades más jóvenes. Como se aprecia en el gráfico 20, los porcentajes de mujeres unidas esterilizadas en los países de la región oscilan entre un 1% en Haití y un 47% en Puerto Rico. Los países en que más de un tercio de las mujeres unidas está esterilizada son Puerto Rico, Panamá y República Dominicana. Específicamente, en Panamá y Puerto Rico es el método más usado desde los 25 años de edad (MIPPE, 1992; Robles *et al.*, 1988).

Gráfico 20
MUJERES UNIDAS QUE ESTÁN ESTERILIZADAS. 1986-1994



Fuente: Tabla 20

Aun cuando existen países donde la esterilización no es el primer método utilizado, en varios de ellos es el más usado por mujeres de cierta edad. Por ejemplo, en Cuba es el más practicado a partir de los 40 años (Comité Estatal de Estadísticas, 1988) y en Jamaica y Trinidad y Tabago a partir de los 35 años (McFarlane y Warren, 1989; Rind, 1991).

En algunos países, la intervención quirúrgica se hizo más frecuente a partir de la década de los años ochenta o de la actual. Es el caso de Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Nicaragua. En otros ya se manifestaba en la década de los setenta. Pero, incluso en países donde la esterilización se hizo más frecuente en las dos últimas décadas, en las mujeres de edades un poco más avanzadas ya era el método más frecuente. En Costa Rica, por ejemplo, en la segunda mitad de la década de los años ochenta la esterilización era ya el método más utilizado entre las unidas mayores de 34 años, encontrándose ya esterilizadas más de un tercio de aquellas que tenían entre 40 y 44 años de edad (Gendell 1988).

Souza (1992), refiriéndose a la práctica en Brasil, señala que antes de 1970 el 56% de las esterilizaciones eran practicadas por otros motivos distintos a evitar hijos, en cambio, en 1986 sólo el 18% eran practicadas por otros motivos. Según Berquó (1994) el discurso de las mujeres —al menos en São Paulo— ha cambiado entre 1986 y 1992, pues ahora sienten que tienen el derecho de expresar su deseo de no tener más hijos. Según Berquó, el proceso de la esterilización en Brasil sigue su curso como si ya fuese parte de una "cultura", señalando que esta aseveración se basa en dos hechos principales: uno de ellos es que en São Paulo el 53% de las mujeres esterilizadas son hijas o hermanas de mujeres que a su vez ya han practicado la esterilización, porcentaje muy semejante en mujeres negras y blancas; el otro es que el 39% de las mujeres unidas de São Paulo y el 67% de las mujeres unidas que no usaban ningún método anticonceptivo en el Nordeste declararon en la década de los años noventa su intención de recurrir en el futuro a la esterilización. Por su parte, tanto Mier y Terán (1990) como Ordóñez, Stupp y Monteith (1992) revelan que en México y Ecuador, respectivamente, una buena proporción de mujeres que se someten a una esterilización no tiene una historia anticonceptiva previa.

Son pocos los estudios que han indagado sobre los sentimientos de la mujer una vez que se ha sometido a una esterilización. No obstante, en algunos países la mayoría de las mujeres reporta estar satisfecha con la decisión tomada. Es el caso de las jamaquinas y colombianas, las que en un 92% reportan estar satisfechas con la decisión (McFarlane y Warren, 1989; Prada y Ojeda, 1988). En otros, en cambio, el porcentaje de mujeres arrepentidas por la decisión tomada es bastante mayor. Es el caso de las mujeres esterilizadas en República Dominicana, Costa Rica y São Paulo, las que en un 17, 23 y 24%, respectivamente, reportaron estar arrepentidas (Ramírez, 1991; Rosero, 1994; Costa, 1992).

Entre las mujeres de São Paulo que fueron esterilizadas antes de los 25 años, el 50% mostró arrepentimiento. No obstante, Berquó (1994) señala que en São Paulo sólo el 11% de las mujeres

esterilizadas declararon en 1992 que estaban arrepentidas (13% entre las mujeres negras y 9% entre las blancas) y el 65% aconsejaría a otra mujer practicarse la esterilización. El grado de satisfacción es prácticamente constante según escolaridad entre las mujeres negras, y aumenta levemente con dicho nivel entre las blancas. Según Costa (1992), el 74% de las esterilizaciones hechas en São Paulo es practicada durante una cesárea, hecho que dio lugar a la creación de una Comisión Parlamentaria Mixta de Investigación; según Berquó (1994), dicha investigación reveló que este porcentaje es del orden del 80%. Dice la autora que esta situación queda ilustrada por dos hechos: por un lado, el 55% de las mujeres esterilizadas declaró haber pagado al médico para su operación, toda vez que el costo del parto es cubierto por el sistema de salud; y, por otro, mientras en los últimos partos de mujeres no esterilizadas en el 33% les fue practicada una cesárea, el porcentaje sube al 80% entre las mujeres esterilizadas.

a) Diferenciales según algunas características

Los estudios reportan los diferenciales de la esterilización de dos formas diferentes, lo que cambia la manera de observar la situación: por un lado, se señala el porcentaje de mujeres esterilizadas según las características de las mismas (por ejemplo, residencia urbana o rural y nivel de instrucción) y, por otro, según la prevalencia del método sólo entre las usuarias de planificación familiar. El primer método da cuenta de la proporción de mujeres esterilizadas según sus características, y el segundo, de la prevalencia del método en cada segmento.

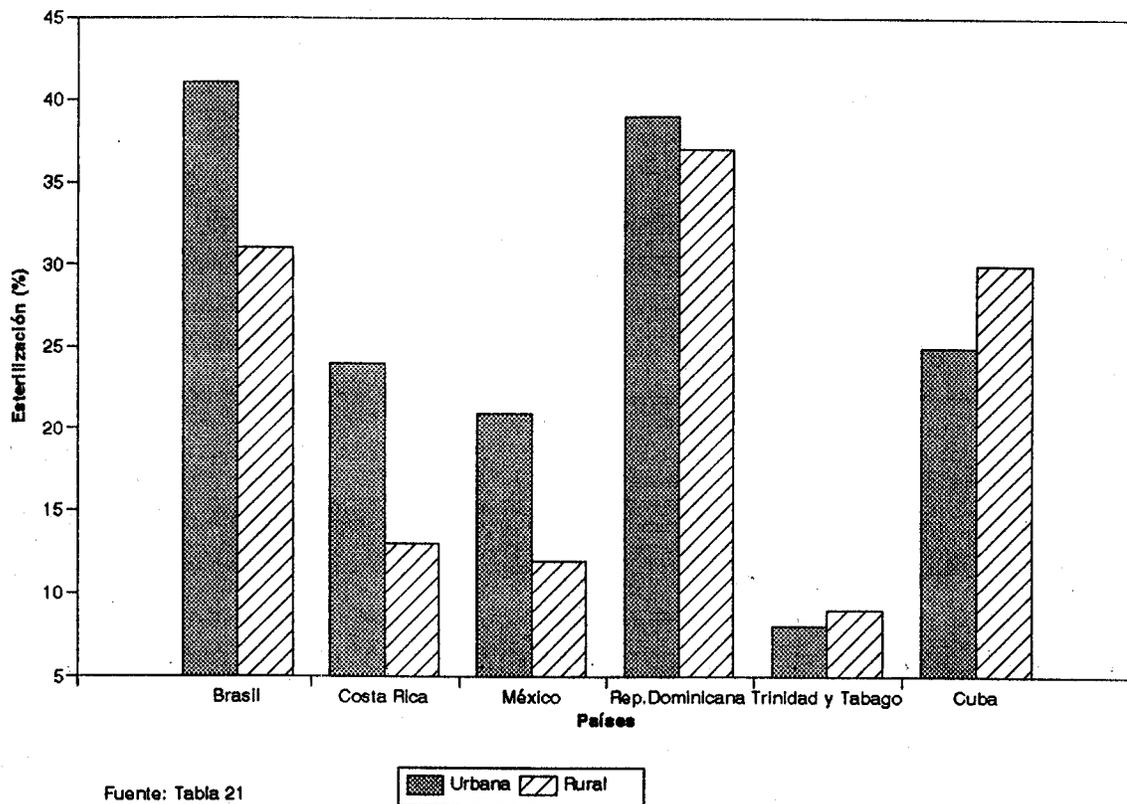
□ *Áreas urbana y rural*

Si se utiliza el primer método (porcentaje de mujeres unidas urbanas y rurales que han sido esterilizadas), en la mayoría de los países de la región la práctica de la esterilización es mayor en las áreas urbanas, hecho que se puede apreciar en el gráfico 21 y en la tabla 21. En algunos, sin embargo, la diferencia no es muy grande, como en República Dominicana, El Salvador y el nordeste de Brasil, oscilando entre un 5 y un 32% mayor en el área urbana que rural. En otras naciones, como en Nicaragua, Ecuador, México y Costa Rica, el diferencial es desde un 57 a un 85% mayor en las áreas urbanas.

A pesar de la mayor proporción de mujeres unidas esterilizadas en las áreas urbanas, en algunos países el aumento en las áreas rurales ha sido mayor. Esa ha sido la situación en el Ecuador (CEPAR, 1989b), Honduras (MSP, 1990) y, especialmente, en República Dominicana (Quental, 1993).

En unos pocos países, en cambio, la cantidad de mujeres esterilizadas es mayor en las áreas rurales. Así se ha detectado en Cuba (Comité Estatal de Estadísticas, 1988) y en Trinidad y Tabago (Family Planning Association of Trinidad and Tobago, 1988).

**MUJERES UNIDAS QUE ESTÁN ESTERILIZADAS,
SEGÚN ÁREAS URBANA Y RURAL. *Circa 1990***



Si se observa el fenómeno desde el punto de vista del segundo método (prevalencia del método entre las usuarias de planificación familiar), la situación cambia para varios países. En este caso, la proporción de usuarias urbanas es mayor que la de las mujeres rurales sólo en el nordeste de Brasil y en Costa Rica y muy semejante en Brasil como un todo, en Ecuador y México. La situación cambia, sin embargo, para El Salvador, Nicaragua y República Dominicana, países en donde la prevalencia entre todos los métodos es ahora mayor en el área rural. La situación continúa invariable en Cuba y en Trinidad y Tabago, donde no sólo existen más mujeres rurales esterilizadas sino también la prevalencia del método es levemente mayor entre las mujeres rurales usuarias de planificación familiar.

□ *Tipo de unión*

Aun cuando sólo dos estudios reportan información sobre la incidencia de la esterilización según tipo de unión, pareciera que es más frecuente entre las mujeres casadas legalmente que entre las unidas

consensualmente. Así se ha detectado en Brasil, donde los porcentajes son el 29 y 19%, respectivamente (Henríques, 1989) —manteniéndose la relación si se utiliza el segundo método—, y en Jamaica, donde pese a que la esterilización es el segundo método utilizado, es el más utilizado entre las casadas legalmente (29%) (McFarlane y Warren, 1989).

Si bien es cierto que dos casos no permiten una generalización, este hallazgo podría estar explicando en parte el mayor número de hijos que las mujeres unidas consensualmente llegan a tener, respecto de las casadas legalmente.

□ *Duración de la unión*

Como a mayor duración de la unión también es mayor la probabilidad de tener más hijos, a mayor duración de aquella también será mayor el porcentaje de mujeres esterilizadas. Al menos, eso es lo que sucede en Ecuador (Ordóñez *et al.*, 1992) y en Costa Rica (Rosero, 1994).

□ *Edad al primer hijo*

Sólo se cuenta con información de Brasil respecto de la prevalencia de la esterilización según la edad en la que la mujer tuvo a su primer hijo: las mujeres muestran una mayor probabilidad de ser esterilizadas si tuvieron su primer hijo antes de cumplir los 20 años. Por ejemplo, entre las de 30 a 39 años, los porcentajes son 44% y 38%, respectivamente. El efecto parece persistir en todos los niveles educacionales, pero es particularmente fuerte en los niveles más altos: en mujeres con hasta 3 años de educación, los porcentajes varían menos (34 y 32%, respectivamente) pero en aquellas con más años de educación los diferenciales son bastante grandes (entre las con 3 a 4 años de educación, 54 y 32%, respectivamente, y entre las con 7 o más años, 66 y 57%, respectivamente) (Alan Guttmacher Institute, 1988).

□ *Nivel de instrucción*

Si se utiliza el primer método (porcentaje de mujeres esterilizadas por nivel educacional), el nivel de instrucción no guarda en todos los países una relación sistemática con la frecuencia de esterilización de las mujeres. Mientras hay países con una mayor proporción de mujeres esterilizadas entre las con un menor nivel de educación, en otros esa proporción es mayor entre las más educadas y, por último, existen otros donde no se da una relación lineal.

El primer caso se produce en países como República Dominicana y Trinidad y Tabago, donde hay un mayor porcentaje de mujeres esterilizadas entre las que tienen algún grado de educación primaria, si se las compara con las que tienen educación secundaria o más, 42% versus 30% (IEPD y Oficina Nacional de Planificación, 1992) y 14% versus 7% (Family Planning Association of Trinidad and Tobago, 1988), respectivamente.

El segundo caso se presenta en Brasil, donde las mujeres unidas que tienen 7 o más años de educación muestran el doble de probabilidad de ser esterilizadas que las que tienen menos de 4 años de educación, lo que desmentiría, según el Alan Guttmacher Institute (1988), la afirmación en cuanto a que las mujeres pobres son las que están siendo más esterilizadas en Brasil.

La última situación reseñada se produce en la mayoría de los países para los que se contó con información. Es así, por ejemplo, que en México (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1995), Nicaragua (PROFAMILIA, 1993) y El Salvador (ADS, 1993) el porcentaje de mujeres esterilizadas sube a medida que se eleva el nivel educacional de la mujer, hasta las que tienen primaria completa, bajando el porcentaje entre las más educadas. En otros países, como en Colombia (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993) y Costa Rica (Caja Costarricense del Seguro Social, 1993), el porcentaje de mujeres esterilizadas desciende con el nivel educacional, pero hasta un cierto nivel, pasado el cual vuelve a subir.

Al utilizar el segundo método, se aprecia —en casi todos los países— que cuando la mujer decide practicar la anticoncepción, la esterilización es más común entre las mujeres con menores niveles de educación. Así se observa en México (Rémez, 1990), Nicaragua (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1994), Bolivia (Pereira *et al.*, 1992), Brasil (Hawker, Ramos, Da Silva y Schuch, 1990; Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993) y Jamaica (McFarlane y Warren, 1989). Sin embargo, respecto de Brasil, Berquó (1994) señala que en el país en su conjunto la prevalencia de la esterilización aumenta ligeramente con el nivel de instrucción de la mujer, en tanto que en São Paulo la escolaridad ya no constituye un diferencial en la década de los años noventa. En Colombia y Costa Rica, en cambio, se sigue manteniendo la misma relación observada con el primer método.

□ *Actividad económica de la mujer*

El grado de esterilización no guarda una relación sistemática con la actividad económica de la mujer en los pocos casos para los cuales existe algún análisis. Así, por ejemplo, en Bahía (Brasil) (Souza, 1992) y en Puerto Rico (Robles *et al.*, 1988) no existen diferencias significativas. En cambio, las mujeres económicamente activas de El Salvador presentan esterilizaciones en mayor grado que las inactivas (ADS, 1989, 1993). Sin embargo, mientras en 1988 las diferencias —tomando como base el porcentaje de mujeres que usaban anticonceptivos en una y otra situación laboral— no eran significativas, en 1993 las mujeres activas doblan claramente, respecto de las inactivas, su inclinación por la esterilización.

□ *Nivel socioeconómico*

Utilizando el primer método de estimación del grado de esterilización, se aprecia que en Costa Rica y Nicaragua el porcentaje de mujeres unidas esterilizadas es mayor a medida que se asciende en la estratificación socioeconómica. Así, mientras el 12% de las mujeres nicaragüenses de estrato bajo está

esterilizada, el porcentaje asciende al 28% entre las de estrato alto (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1994). Y en Costa Rica, en 1986, los porcentajes eran de un 12 y 26%, respectivamente (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993).

Sin embargo, al utilizar el segundo método, en Nicaragua se anula la diferencia, y las mujeres de diferentes estratos socioeconómicos no muestran ninguna preferencia especial por este método (aproximadamente el 40% de las usuarias de todos los estratos socioeconómicos está esterilizada). En Costa Rica, en cambio, se sigue manteniendo la relación anterior. Tanto en 1988 (*op. cit.*) como en 1993 (Caja Costarricense del Seguro Social, 1993) las mujeres usuarias de planificación familiar optaban en mayor grado por la esterilización cuando pertenecían a un estrato socioeconómico más elevado; sin embargo, se ha reducido la diferencia entre estratos durante esos años.

La información para Brasil es bastante paradójica. Si se revisan las cifras para todo el país según el nivel de renta en 1986, existe un mayor grado de esterilización a medida que la renta es más alta —cualquiera sea el método de estimación— [mientras el 26% de las mujeres con ingresos inferiores a 2 salarios mínimos estaba esterilizada (38% de las usuarias), el porcentaje ascendía a 43% (51% entre las usuarias) entre aquellas con 5 o más salarios mínimos] (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993). Ello daría la razón al Alan Guttmacher Institute (1988) en el sentido que no son las mujeres más pobres las que presentan mayor grado de esterilización, aunque la relación ya analizada respecto del nivel educacional no estaría avalando esta aseveración. Otro estudio realizado en siete comunidades pobres de Río de Janeiro en 1984 detectó que el 20% de las mujeres que habían tenido relaciones sexuales estaba esterilizada, frente al 29% en todo Río de Janeiro urbano. Es más, mientras en esta ciudad la esterilización es el primer método utilizado, en las favelas es el segundo (Hawker *et al.*, 1990). Sin embargo, otros estudios dan a entender que la esterilización es mayor entre las mujeres pobres, al señalar que la esterilización es bastante mayor que los métodos hormonales en las regiones más pobres del Brasil. Datos entregados por Piraccini (1995) muestran que en el centro-oeste el porcentaje de esterilización es de un 64%, versus un 28% de uso de los métodos hormonales y en el nordeste, 52% versus 37%. Asimismo, Berquó (1994) muestra que, en 1991, en el nordeste los porcentajes son 63% y 25%, respectivamente, entre todas las mujeres en edad reproductiva. Esta información contradictoria necesitaría ser aclarada para detectar si realmente el nivel socioeconómico de la mujer está o no asociado a una mayor prevalencia de la esterilización o si dicha práctica obedece a otros factores que no dicen relación directa con el estrato socioeconómico.

□ *Grupo étnico*

La escasa información relativa a las prácticas anticonceptivas de las mujeres indígenas o etnias distintas a la dominante revela que la esterilización es, en general, un método muy poco usado por ellas. Así, por ejemplo, en 1984 en Panamá, mientras el 34% de las mujeres no indígenas estaba esterilizada, entre las indígenas ese porcentaje era de un 11%, correspondiendo al 57 y 39% de las

usuarias, respectivamente (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993) y en Guatemala en 1983, mientras el 13% de las mujeres unidas ladinas del interior estaban esterilizadas, las indígenas del interior lo estaban en un 2%, aunque representaban respecto de las usuarias de planificación familiar porcentajes muy similares (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1992). En Brasil los diferenciales son distintos según la región. Mientras en Bahía el 18% de las mujeres negras está esterilizada, lo está el 23% de las blancas (Souza, 1992); en cambio, en São Paulo y el nordeste el diferencial es mínimo (Berquó, 1994).

□ *Religión*

Sólo estudios relativos a tres países analizan la práctica de la esterilización según religión profesada por las mujeres. Se refieren a Puerto Rico, Costa Rica y Brasil. Respecto de Puerto Rico, los dos estudios que analizan la relación llegan a conclusiones distintas. Según Robles *et al.* (1988), la esterilización no muestra diferencias significativas por religión profesada, en cambio Herold *et al.* (1989) señalan que aquella es levemente mayor entre las mujeres observantes.

En Costa Rica la esterilización es algo mayor entre las mujeres que asisten a la iglesia (22%) que entre las que no lo hacen (16%) (Rosero, 1994).

Los grupos focales —ya aludidos— correspondientes a comunidades católicas con mujeres de la clase trabajadora en Río de Janeiro revelaron que el 65% de la muestra estaba esterilizada (Berquó, 1992).

b) Edad y número de hijos al momento de la esterilización

Las mujeres esterilizadas tienden a ser mayores y a tener más hijos que las que usan otros métodos anticonceptivos.

La información sobre varios países revela que la edad mediana o promedio más común al momento de la esterilización son los 31 o 32 años. Ese es el caso de Bolivia (INE, 1994), Colombia (PROFAMILIA, 1991), Perú (INEI y Asociación Benéfica PRISMA, 1992), Jamaica (McFarlane y Warren, 1989) y Trinidad y Tabago (Family Planning Association of Trinidad and Tobago, 1988).

Sin embargo, en algunos países la edad al momento de la esterilización es algo menor. Es el caso de El Salvador, donde es de 28 años, habiendo descendido en la década de los años ochenta (ADS, 1987). También en algunas ciudades de Brasil, como en Bahía, el 57% de las esterilizaciones se produce entre los 25 y 34 años de edad, aun cuando cada vez más mujeres de 25 a 29 años se esterilizan, lo que, según Souza (1992), parece ser un indicador de una progresiva anticipación del nacimiento del último hijo. Asimismo, en las favelas de Río de Janeiro el 48% de las mujeres

esterilizadas lo fueron antes de cumplir los 30 años, y el 73% antes de cumplir los 35 (Hawker *et al.*, 1990). Berquó (1994) revela que en São Paulo y en el nordeste de Brasil la edad mediana a la esterilización se redujo en 7 años entre 1986 y 1991: en la segunda mitad de la década de los años ochenta era de 36.6 y 38.2 años, respectivamente, y descendió a 29.7 y 31 años en 1991. En República Dominicana, la esterilización se efectúa a edades relativamente jóvenes: el 20% antes de los 25 años y más de la mitad antes de los 30 (Ramírez, 1991); en 1990 la mitad de las mujeres unidas de 30 a 34 años estaban esterilizadas (IEPD y Oficina Nacional de Planificación, 1992).

En general, las mujeres esterilizadas en los países de la región se han sometido a dicha operación cuando tienen, en promedio, alrededor de 4 hijos. Así se ha detectado en Ecuador (Ordóñez *et al.*, 1992), Jamaica (McFarlane y Warren, 1989), República Dominicana (Tactuk, Molina, Jansen, Ceballos y Taveras, 1990) y Honduras (MSP, 1990). En algunos países, el promedio de hijos al momento de la esterilización es menor: 3 hijos en El Salvador (ADS, 1987), en Trinidad y Tabago (Family Planning Association of Trinidad and Tobago, 1988) y en São Paulo y el nordeste de Brasil (Berquó, 1994).

7. El aborto

El aborto es ilegal en casi toda la región de América Latina y el Caribe. De los países para los que se contó con alguna información, sólo no lo es en Cuba y Puerto Rico. Ese hecho hace muy difícil que las autoridades nacionales o los investigadores lleguen a una estimación más o menos exacta de la tasa de aborto.

Cuando se pregunta directamente a las mujeres sobre su experiencia abortiva, sólo un porcentaje muy reducido confiesa haberse practicado alguna maniobra abortiva. Así, por ejemplo, en encuestas aplicadas en Nicaragua, Panamá y Uruguay, sólo el 6% de las mujeres confesó haber tenido un aborto inducido (Rémez, 1994a; Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993; Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 1990). En una encuesta efectuada en Paraguay, el 10% de las mujeres señaló haberlo tenido (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993). En otros países, el porcentaje que ha reportado abortos inducidos es un poco más elevado: 15% en Brasil (Monteiro, 1994), 23% en Colombia urbana (Zamudio, Rubiano y Wartemberg, 1993), 23% de las unidas en Costa Rica (Gendell, 1988) y 30% de las mujeres de estratos bajos en Buenos Aires (Llovet y Ramos, 1988).

Los investigadores han utilizado varios métodos para estimar una cifra más real de abortos provocados. Uno de ellos se basa en las mujeres que han debido hospitalizarse por complicaciones abortivas, cifra que incluso es difícil de conocer con exactitud, por cuanto las mujeres señalan que el aborto sucedió espontáneamente. Sin embargo, los médicos han podido llegar a determinar cuándo un aborto es espontáneo y cuándo inducido. Restando el número de abortos espontáneos del total de abortos hospitalizados, y estimando el porcentaje de abortos que llegan a los hospitales, se ha llegado a estimar la tasa de abortos provocados en ciertos países.

En algunos se ha logrado estimar el porcentaje de aquellos abortos hospitalizados que han sido provocados. Por ejemplo, en Chile se ha estimado que el 12% de los abortos hospitalizados son inducidos (Lavín *et al.*, 1994), en tres ciudades de Perú, el porcentaje llega al 33% (Chirinos, Sobrevilla y Alcántara, 1994), en Fortaleza (Brasil), al 31% (Coelho *et al.*, 1993 en Misago *et al.*, 1994) y entre las mujeres pobres de esa misma ciudad al 48% (Misago *et al.*, 1994); en la ciudad de León (Nicaragua) alcanza al 61% (Marín, 1994). Algunos investigadores han estimado que, en general, el 75% de los abortos hospitalizados son inducidos y que uno de cada cinco abortos es atendido en los hospitales. Otros han estimado un multiplicador menor de abortos que no llegan a ser atendidos en estos centros (Singh y Wulf, 1994).

Otra manera de estimar la cantidad de abortos inducidos es la utilizada por Gonzáles en Perú (en Cervantes, 1994), quien calculó la tasa de fecundidad que debería existir a partir del comportamiento reproductivo y el porcentaje de mujeres que no usan anticonceptivos. Otra forma de cálculo fue la usada por alumnos de Cervantes, también en Perú, y consiste en restar del total de las mujeres embarazadas un 10% de aborto espontáneo y las muertes fetales intermedias y tardías, y calcular los nacimientos que debieron ocurrir, comparándolos con los que realmente ocurrieron. También Requena (1990) en Chile utilizó una fórmula, que consiste en restar al total de años-mujer expuestos aquellos no expuestos a embarazo por no-uni6n, lactancia, uso de anticonceptivos y embarazo de término.

En base a algunos de estos tipos de cálculos, u otros semejantes, se preparó la tabla 22, donde se muestran estimaciones hechas sobre el aborto en algunos países de la región, expresado según cantidad de mujeres en edad fértil, cantidad de embarazos o cantidad de nacidos vivos o partos ocurridos. En varios casos, las diversas fórmulas arrojan estimaciones bastante disímiles, lo que no permite asegurar con exactitud que alguna de ellas sea reflejo fiel de lo que está sucediendo en la realidad. Sin embargo, da luces sobre el posible orden de magnitud del problema.

Si se estima la tasa de aborto según la *cantidad de mujeres en edad fértil*, ellas fluctuarían, en las décadas de 1980 y 1990 entre 20 y 57 abortos por mil mujeres en edad fértil. Llevada esta tasa a *embarazos y nacidos vivos*, fluctuaría entre alrededor de 120 a 439 abortos por mil embarazos, y entre 100 y más de 500 abortos por mil nacidos vivos, cifras que son alarmantes, puesto que, según ellas, más del 40% de los embarazos terminaría en aborto.

a) *Cambios en el tiempo*

En general, en casi todos los países para los que se dispone de alguna estimación de la práctica abortiva ésta parece haber aumentado con el tiempo, a pesar del aumento del uso de anticonceptivos e incluso de la esterilización. Sin embargo, las distintas fórmulas de estimación utilizadas dan tendencias contradictorias en algunos casos.

Los países en los que pareciera existir una tendencia clara al aumento del aborto son Belice, Brasil, Costa Rica, Nicaragua y Venezuela. En otros países, la tendencia pareciera reflejar una disminución; es el caso de Colombia. Existen otros en los que la información es contradictoria. Así sucede en los casos de Chile, Cuba y Perú, en los que distintos autores tienen una apreciación diferente. En Chile, Salazar (1993a), por ejemplo, señala que el aborto ha aumentado, pero otras cifras parecen mostrar lo contrario. En Perú, por su parte, la Presidencia del Consejo de Ministros (1993) entrega una cifra que induce a pensar que el problema ha disminuido, pero otras muestran una tendencia al aumento. Por último, en Cuba, Soza *et al.* (1990) señalan que el aborto legal ha tenido vaivenes, aumentando primero y declinando posteriormente hacia 1980, para luego volver a subir hacia 1984. Según Alvarez (1994), después de dicho año ha vuelto a declinar. Sin embargo, calculando la tasa por nacidos vivos y sumando los procedimientos de regulación menstrual, Soza *et al.* (1990) señalan que hacia 1988 ha presentado un aumento.

b) *Diferenciales según algunas características*

□ *Edad de la mujer*

En la mayoría de los países para los que se cuenta con alguna información sobre la práctica del aborto, esta aumenta con la edad de la mujer. Sin embargo, mientras en algunos parece darse una relación lineal, en otros aumenta hasta una cierta edad para luego ir descendiendo. En Cuba, Panamá y Uruguay, por ejemplo, parece aumentar linealmente con la edad (Puñales, 1992; Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993; Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 1990). Sin embargo, en el municipio más poblado de La Habana se constató que las tasas mayores de aborto estaban entre las adolescentes, disminuyendo con la edad de la mujer (Alvarez, 1994). En cambio, en Chile (área norte de Santiago) aumenta hasta los 34 años, y luego no se aprecia una relación sistemática (Molina, 1991). En Colombia, por su parte, aumenta hasta los 39 años para luego descender (Zamudio *et al.*, 1993); sin embargo, al considerar el porcentaje de embarazos que terminan en aborto inducido, éste es mayor conforme disminuye la edad de la mujer, de manera que de todos los embarazos de mujeres menores de 20 años, el 37% termina en aborto inducido (Zamudio *et al.*, 1994a).

En otros países la prevalencia del aborto es mayor entre las mujeres más jóvenes. En Paraguay, entre las mujeres que declararon haber tenido un aborto inducido, la incidencia de este es mayor entre las mujeres de 20 a 24 años, disminuyendo a medida que la mujer tiene mayor edad (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993). Entre las mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto, la mayoría tiene entre 20 y 29 años en Brasil (Fortaleza), Chile (Misago *et al.*, 1994; Salazar, 1993a), República Dominicana (Paiewonsky, 1994), Argentina (Vigliola, 1992) y Bolivia (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1994).

En el Perú se produce una distribución bimodal, siendo mayor el aborto en las edades de 30 o más y entre las adolescentes (Chirinos *et al.*, 1994).

□ *Áreas urbana y rural*

Es en las áreas urbanas donde se produce mayormente el aborto. Algunas cifras estimativas así lo indican. En Cuba, en 1982 mientras se producían 21 abortos por cada 100 mujeres del área rural, en el área urbana se producían 77 (Catasús *et al.*, 1988) y en La Habana en 1984 el número de abortos legales era similar al número de nacimientos (Soza *et al.*, 1990). En Perú también se revela la misma situación, puesto que en 1991 la tasa en las áreas rurales se estimó en 63 por mil nacidos vivos, mientras que en las áreas urbanas se estimó en 165, llegando a 205 en Lima-Callao (Presidencia del Consejo de Ministros, 1993).

Encuestas llevadas a cabo tanto entre la población general como entre mujeres ingresadas a los hospitales, muestran que en Panamá, Uruguay y Nicaragua la incidencia es mayor en el área urbana (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993; Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 1990; Marín, 1994).

□ *Estado conyugal*

En la mayoría de los países para los que se ha estimado la tasa de aborto, el mayor riesgo se produce entre las mujeres solteras o entre aquellas sin unión estable. Así se reporta en Cuba (Alvarez, 1994), Brasil (Misago *et al.*, 1994) Chile (Reyes, 1990), Paraguay (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993), Uruguay (Ministerio de Salud Pública, 1990), Panamá y Colombia. En Panamá, la mayor incidencia en 1984 se daba entre las mujeres separadas, divorciadas y viudas, tanto en el área urbana como en la rural (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993). En Colombia, un estudio de cobertura nacional llevado a cabo en 1992 reveló que el 42% de los abortos se produjo cuando la mujer estaba soltera, versus un 28% entre las casadas y un 26% entre las mujeres en unión libre. Cuando las solteras pertenecen a los estratos más altos de la sociedad, aumenta la probabilidad de aborto. Así, el 31% de abortos de solteras en los estratos bajos asciende al 55% en los estratos más altos. En estos últimos, las solteras aportan la mayor parte de los abortos (Zamudio *et al.*, 1994a).

En algunos, sin embargo, parece que la práctica del aborto es mayor entre las casadas y convivientes. Así ha sucedido con mujeres ingresadas a los hospitales en Nicaragua (ciudad de León) (Marín, 1994), Bolivia (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1994) y Perú (Chirinos *et al.*, 1994), aun cuando debe considerarse que esta información corresponde sólo a mujeres que han debido ingresar a los hospitales por complicaciones del aborto.

□ *Número de hijos*

No existe una prevalencia clara del aborto en la región según el número de hijos que ha tenido una mujer. Mientras en algunos países la práctica del aborto es más frecuente entre mujeres con varios

hijos —lo que revelaría que en varios casos se usa como un método de regulación de la paridez— en otros un porcentaje elevado de mujeres que han abortado tienen pocos o ningún hijo. En estos casos, al parecer, son otras las razones que llevarían a las mujeres a practicar el aborto.

En el primer caso la información avala esta situación en Chile, donde las mujeres que más abortan son las con 4 o más hijos (Reyes, 1990), y en Uruguay, donde entre las mujeres con algún vínculo (casada, unida o pareja estable sin convivencia) el porcentaje de abortantes aumenta con el número de hijos, hasta los 3-4 hijos, para luego descender (Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 1990). En el segundo, son más los países en los que no da una relación con el número de hijos. En Brasil, por ejemplo, un estudio llevado a cabo entre mujeres pobres ingresadas en un hospital obstétrico de Fortaleza reveló que el 34% no tenía hijos previos, el 26% tenía un solo hijo, el 33% entre 2 y 4 hijos y sólo el 8% tenía 5 o más hijos. (Misago *et al.*, 1994).

En Colombia, el estudio de cobertura nacional ya aludido llegó a determinar que el 43% de los abortos corresponde a primeros embarazos. Aun cuando no se encontraron diferencias significativas con el número de hijos, se apreció una tendencia a ser más bajo en las mujeres sin hijos, aun cuando el 17% de las mujeres sin hijos ha tenido un aborto, comparado con el 25% de las mujeres con más hijos (Zamudio *et al.*, 1993). Aun cuando no existe una relación clara con el número de hijos, sí la hay con el número de embarazos, de manera que el aborto es más probable en la medida en la que la mujer ha tenido más embarazos, lo que reflejaría que las mujeres con embarazos múltiples utilizan el aborto como método extremo para limitar el número de hijos (Zamudio *et al.*, 1994a).

Una investigación llevada a cabo entre mujeres de estratos populares de Buenos Aires, Argentina, con segunda o tercera paridez, el 42% de las mujeres que habían abortado lo había hecho antes de tener su primer hijo y otro 42% entre el primero y segundo (Llovet y Ramos, 1988).

Por último, entrevistas realizadas en República Dominicana a mujeres abortantes de nivel socioeconómico bajo hospitalizadas en Santo Domingo señalan que el 84% de ellas había tenido hijos, con un promedio de 1.8 hijos, si bien sólo una tercera parte había dado por concluida su paridez. El 16% no tenía hijos (Paiewonsky, 1994).

□ Nivel de instrucción

No existe una relación lineal sistemática con el nivel de instrucción. Hay países en los que no existe ninguna relación. Es el caso de Uruguay (Ministerio de Salud Pública, 1990), Perú (Chú y Vásquez, 1994) y Paraguay (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993).

En otros países, el aborto es más frecuente entre las mujeres con educación primaria, aun cuando la relación tampoco es lineal. Esta situación se produce en Panamá, donde su incidencia es mayor hasta primaria incompleta, pero sólo en el área rural; en el área urbana es mayor con primaria

completa, pero tampoco se observa una relación lineal clara (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993). También en Chile parecería que las mujeres con baja educación son más proclives al aborto (Reyes, 1990).

En otros países, aun cuando tampoco se observa una relación sistemática, hay una mayor tasa de aborto entre las mujeres con educación secundaria. Es el caso de Cuba (Alvarez, 1994). En otros es mayor entre las mujeres con educación primaria o secundaria. Es el caso de Bolivia (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1994). Y en Colombia tiende a ser más alto en las mujeres que tienen primaria incompleta o universitaria, es decir, en los dos extremos (Zamudio *et al.*, 1994a).

□ *Actividad económica de la mujer*

Algunos estudios han analizado el aborto según actividad económica de la mujer y, en general, han concluido que las mujeres económicamente activas tienen una mayor tasa de abortos. Por ejemplo, en Colombia el aborto ha mostrado ser diferencial por actividad económica, siendo mayor entre las activas (Zamudio *et al.*, 1993). En Chile una investigación cualitativa realizada con 31 mujeres abortantes hospitalizadas por complicaciones de aborto mostró que dos tercios de ellas realizaba labores remuneradas y que el 40% hacía el principal aporte económico al hogar (Salazar, 1993a).

Sin embargo, en otros países la relación no es muy clara. En Cuba, por ejemplo, en 1982 las mujeres que trabajaban tenían una mayor cantidad de abortos, pero sólo en las áreas más urbanizadas (Catasús *et al.*, 1988); en 1990, controlando la edad de la mujer, su condición de actividad ya no mostraba una asociación con el aborto (Alvarez, 1994). En Panamá, en 1984, la mayor incidencia en el área urbana se daba entre las mujeres que trabajaban fuera del hogar (versus las que trabajaban remuneradamente dentro del hogar o no tenían un trabajo remunerado); en el área rural, la más alta incidencia se apreciaba entre las que trabajaban, ya fuese dentro o fuera del hogar (Instituto de la Mujer de España y FLACSO, 1993). En República Dominicana, los estudios no han encontrado diferencias significativas (Paiewonsky, 1994).

□ *Nivel socioeconómico*

Definitivamente, los estudios muestran una heterogeneidad en los países respecto de la práctica del aborto según estrato socioeconómico.

Hay países donde la prevalencia parece ser mayor en los estratos más pobres de la sociedad. Es el caso de Chile (Reyes, 1990; Salazar, 1993a). En otros, aun cuando no existe una diferencia significativa, se ha apreciado una tendencia a que también sea mayor entre las mujeres de estratos de menor nivel de vida. Por ejemplo, en Cuba en 1982 no se observó una relación clara con el nivel de vida (Catasús *et al.*, 1988), pero en 1990 en el municipio más poblado de La Habana las tasas de aborto eran mayores a medida que aumentaba el hacinamiento en los hogares (Alvarez, 1994). En

Perú se realizó una investigación, considerando mujeres hospitalizadas por aborto inducido en dos hospitales de Lima, un grupo control de mujeres hospitalizadas por otras razones y un grupo control de mujeres de la comunidad. Se observó una diferencia significativa en el porcentaje de cónyuges o convivientes cesantes, siendo mayor en las abortantes (Chú y Vásquez, 1994). Sin embargo, en otra ciudad del Perú se descubrió que las madres de familia con mayor proporción de abortos (espontáneos e inducidos) eran las del nivel socioeconómico bajo-medio (34%), frente a un 12% entre las de nivel bajo y 7% entre las de nivel medio-alto (Soto y Guevara, 1988).

En otros países, las mujeres más proclives al aborto son las de estratos medios y altos. Por ejemplo, en Brasil en 1989 se detectó que las mujeres no pobres tenían un mayor porcentaje de abortos que las pobres, en todas las regiones salvo en el sudeste, donde las proporciones eran similares. Monteiro (1994) sugiere que en esta región, por ser la más desarrollada, las mujeres pobres tienen menores dificultades para practicarse un aborto que en otras. En Uruguay también se ha observado que entre las mujeres que han tenido algún vínculo (casadas, unidas o con pareja estable sin convivencia), las del estrato medio son las que muestran una leve mayor tendencia al aborto, salvo en las edades 15-24 años, donde se produce un leve mayor porcentaje en el estrato alto (Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 1990).

En Colombia, un estudio de cobertura nacional llevado a cabo en 1992 no reportó diferencias significativas del porcentaje de mujeres abortantes de diferentes estratos sociales, aun cuando se apreció una tendencia a ser más alto en los estratos bajo y medio-alto (Zamudio *et al.*, 1993). Sin embargo, el porcentaje de embarazos que terminan en aborto aumenta con el estrato social (Zamudio *et al.*, 1994a). Entre las mujeres solteras, el 31% de abortos de mujeres de estratos bajos asciende hasta 55% en los estratos más altos. Zamudio *et al.* (1994b) estimaron que los abortos han contribuido en un 13% a la reducción del número promedio de hijos, explicación que es distinta según el estrato social: 11% en los estratos bajos y 19% en los altos.

c) *Relación con la anticoncepción*

Es dable formular una hipótesis en cuanto a que las mujeres que utilizan prácticas abortivas no usan métodos anticonceptivos o que lo hacen en menor medida que las que no han tenido abortos inducidos. Sin embargo, las investigaciones realizadas al respecto no permiten verificar tal hipótesis. Como dichas investigaciones han considerado sólo a las mujeres ingresadas a los hospitales por complicaciones abortivas, dan cuenta sólo de una parte de la realidad. En dos países (Perú y Brasil), entre las mujeres que habían tenido un aborto con complicaciones, el mayor porcentaje no era usuaria de métodos anticonceptivos (Chirinos *et al.*, 1994; Misago *et al.*, 1994). En otros dos (Nicaragua y República Dominicana), el mayor porcentaje usaba algún método (Marín, 1994; Paiewonsky, 1994). Sin embargo, en todos estos países más del 45% de las mujeres que usaba algún método practicaba el ritmo, la abstinencia u otros métodos tradicionales.

El estudio de Paiewonsky (1994) sobre mujeres ingresadas a los hospitales en Santo Domingo reveló que, aunque el 75% había practicado alguna vez la anticoncepción, sólo el 25% la practicaba cuando quedó embarazada del hijo que abortó, concluyendo que, aunque las mujeres abortantes tienen una experiencia anticonceptiva bastante mayor que la de las mujeres en general, su práctica es accidentada y poco sistemática, con una alta tasa de discontinuación.

En Cayey (Puerto Rico), donde el aborto es legal, también se constató que es mayor el porcentaje de mujeres abortantes que usaba algún método anticonceptivo cuando quedó embarazada. Sin embargo, también en este caso las dos terceras partes usaba el ritmo o el coito interrumpido (Azize, 1994).

Por último, en el municipio más poblado de La Habana, donde también el aborto es legal, se constató que el 27% de las mujeres que nunca habían usado métodos anticonceptivos ha tenido algún aborto, en contraposición al 55% de las que habían usado algún método. Esto indicaría, según Alvarez (1994), que el aborto es, en ocasiones, la forma de iniciar la utilización de medios anticonceptivos.

d) Razones aducidas para la práctica del aborto y efectos del mismo

En Cuba, las razones más aludidas en 1990 por las mujeres del municipio más poblado de La Habana para recurrir al aborto fueron tener una pareja sexual sin unión estable, ser joven y no vivir con la pareja (Alvarez, *op. cit.*). En Perú, un estudio realizado mediante los relatos de 50 mujeres de Lima que habían tenido un aborto inducido en clínicas privadas reveló que las principales razones para abortar, si bien no excluyentes entre sí, pueden agruparse en: calidad de la relación de pareja (32%), continuación o inicio de proyectos para mejorar la calidad de vida —trabajo, estudios, migración— (26%), temor a la familia (14%), carencia de recursos económicos (12%), problemas de salud (10%) e imponderables —falta del método anticonceptivo o violación— (6%) (Cardich, 1994). En Chile, una entrevista aplicada en 1990 y 1991 a más de 7 mil mujeres con diagnóstico relacionado con aborto en los nueve hospitales públicos que existen en Santiago arrojó como principales razones: ser soltera (46%), problemas económicos (39%) y no querer (ella o su pareja) tener más hijos (31%); el 19% confesó que le fracasó el método anticonceptivo (Lavín *et al.*, 1994). Y en Puerto Rico —en el estudio realizado en Cayey en 1991 con 423 mujeres en clínicas de aborto— reveló que las tres principales razones aducidas fueron: carencia de recursos económicos (68%), dificultad para enfrentar más responsabilidades (67%) y tener problemas con el cuidado del hijo (57%) (Azize, 1994).

En Colombia, un estudio de cobertura nacional reveló que la presión social más cercana y más violenta para que la mujer recurra a un aborto es la del compañero: de las mujeres que habían abortado con conocimiento del compañero, el 33% fue presionada por éste (el 41% de los primeros embarazos y el 53% de las solteras) (Zamudio *et al.*, 1994a).

Los efectos que perciben las mujeres sobre la práctica del aborto y las consecuencias psicológicas en las mujeres han sido muy poco estudiados. Algunos autores, sin embargo, han incursionado en este tema. Marín (1994) reporta los resultados de un estudio realizado en un hospital de León (Nicaragua) en 1992. La mayoría de las mujeres declaró haber tenido problemas personales posteriores, al sentir el peso de la culpa, la que no era compartida de manera similar por su pareja: la mitad de las mujeres dijo que había observado en su pareja manifestaciones explícitas de alivio, lo que provocó alteraciones en la relación y vida sexual posterior. Y en Chile, en una investigación cualitativa realizada con 17 mujeres abortantes hospitalizadas en Santiago, se detectó que el alivio post-aborto fue sentido sólo por las mujeres que pudieron expresar sus sentimientos durante el período de decisión. La ambivalencia afectiva durante el embarazo también repercute en sentimientos negativos después del aborto, especialmente en sentimientos de culpa, rabia y ansiedad, particularmente hacia sí misma (Salazar, 1993b).

8. Referencias bibliográficas

- Achío, M. y Gómez, V. M. (1994), La fecundidad. En Caja Costarricense de Seguro Social, *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Fecundidad y formación de la familia*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- ADS (Asociación Demográfica Salvadoreña) (1987), *Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL-85*. San Salvador: ADS.
- ____ (1989), *Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL-88*. San Salvador: ADS.
- ____ (1993), *Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL-93. Informe preliminar*. San Salvador: ADS.
- Alan Guttmacher Institute (1988), *Adolescents of today, parents of tomorrow: Brasil*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- ____ (1989a), Paraguay: la fecundidad ha variado muy poco en los últimos 10 años. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, Número Especial de 1989*, 37-38.
- ____ (1989b), Las salvadoreñas adoptan la P.F. tarde; esterilización es el método más común. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, Número Especial de 1989*, 36-37.
- ____ (1994), *Clandestine abortion: A Latin American reality*. New York: AGI.
- Alvarez, L. (1994), Un informe psico-sociodemográfico del aborto en Cuba. En Universidad Externado de Colombia (Ed.), *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: impactos demográficos y psicosociales del aborto* (pp. 33-51). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- APROFA (Asociación Chilena de Protección de la Familia) (1990a), Encuesta de Fecundidad Región Metropolitana, Chile 1989. *Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia*, 1-6, 3-7.
- ____ (1990b), Encuesta de Fecundidad. *Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia*, 7-12, 5-9.
- APROFA (Asociación Chilena de Protección de la Familia) y CERC (Centro de Estudios de la Realidad Contemporánea) (1993), Encuesta de Fecundidad. Chile 1989-1990. *Boletín* 7, 12.
- Aramburú, C. (1990), *Is population policy necessary? The case of Latin American and the Andean countries*. Symposium on the Politics of Induced Fertility Change. Bellagio.
- Aramburú, C., Arias, R. y Fortunic, P. (1989), *De la cintura para arriba: aspectos de la sexualidad en tres contextos culturales*. Lima: INANDEP.
- Argentina, Ministerio de Salud y Acción Social (1991), *Fecundidad en la adolescencia. República Argentina 1980-1985*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social.
- ____ (1993), *Módulo de utilización y gasto en servicios de salud Aglomerado Gran Buenos Aires. Situación sanitaria de la población de 13 a 19 años (adolescentes) - Cifras definitivas*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social.
- Atkin, L. C. y Alatorre-Rico, J. (1991), *The psychosocial meaning of pregnancy among adolescents in Mexico City*. México: Instituto Nacional de Perinatología.
- Azize, Y. (1994), La realidad del aborto en Puerto Rico: investigar para educar. San Juan: Universidad de Puerto Rico. En Universidad Externado de Colombia (Ed.), *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: determinantes del aborto y factores asociados* (pp. 95-105). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Barker, M. L. y Saint-Victor, R. (1992), El embarazo en adolescentes: la experiencia del Caribe de habla inglesa. En G. López, J. Yunes, J. A. Solís y A. R. Omran (Eds.), *Salud reproductiva en las Américas* (pp. 158-178). Washington D.C.: OPS.
- Belize, Social Planning Unit and Department of Women's Affairs (1994), *Belize Report for the Fourth World Conference on Women (Beijing 1995)*. Belmopan: Social Planning Unit/Department of Women's Affairs, Ministry of Human Resources, Youth, Women and Culture.
- Bernales, M. y Ponce, F. (1992), *Honduras y su población juvenil (15-24 años): problemática sociodemográfica y educativa*. Tegucigalpa: Secretaría de Planificación, Coordinación y Presupuesto.
- Berquó, E. (1992, septiembre), *Some notes on reproductive health in Brazil*. Ponencia presentada en el Ford Foundation Board of Trustees Meeting, New York, Estados Unidos.
- ____ (1994), *Mulheres brancas e negras frente a esterilização* (mimeografiado). Campinas: NEPO, Universidade Estadual de Campinas.
- Bethancourt, F. (1989), *La mujer adolescente panameña* (mimeografiado). Panamá: UNICEF.
- Bidegain, G. (1988), Fecundidad y planificación familiar en Venezuela. En G. Bidegain y G. Díaz, *La planificación familiar en Venezuela*. Caracas: PLAFAM.
- Bobadilla-Fernández, J. L., Schaepfer-Pedrazzini, L. y Alagon, J. (1990), *Patrones de reproducción y mortalidad en la infancia*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Boland, B. (1992), *Population dynamics and development in the Caribbean*. Saint Lucia: CELADE.
- Bolivia, INE (Instituto Nacional de Estadística) (1990), *Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1989*. La Paz: INE.
- ____ (1994), *Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994*. La Paz: INE.

- Bongaarts, J. y Lightbourne, R. (1992), Fecundidad deseada en América Latina: tendencias y diferenciales en siete países. En CELADE, *Notas de Población*, 55, 79-102.
- Buvinic, M., Valenzuela, J. P., Molina, T. y González, E. (1992), *The fortunes of adolescent mothers and their children. A case study on the transmission of poverty in Santiago, Chile*. The Population Council/International Center for Research on Women.
- Caja Costarricense del Seguro Social (1993), *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Informe preliminar*. San José: Caja Costarricense del Seguro Social.
- Cardich, R. (1994), Desde las mujeres: visiones y circunstancias del aborto. En Universidad Externado de Colombia (Ed.), *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: impactos demográficos y psicosociales del aborto* (pp. 1-13). Bogotá: Universidad Externado de Colombia. Castillero, V. (1992), *La adolescente embarazada: actitud y conducta de la adolescente y del progenitor ante su rol de padres y cómo son percibidos por sus familias (caso Chile)*. Curso de Postgrado en Población y Desarrollo. Santiago: CELADE.
- Castro, R. (1994), Estrategias en salud reproductiva del adolescente en Chile. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia, Sogía*, 1 (1), 38-45.
- Castro, T. y Juárez, F. (1995), La influencia de la educación de la mujer sobre la fecundidad en América Latina: en busca de explicaciones. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, Número Especial de 1995*, 4-10.
- Castro, T. y Njogu, W. (1994), A decade of change in contraceptive behaviour in Latin America: A multivariate decomposition analysis. *Population Bulletin of the United Nations*, 36, 81-109.
- Catasús, S., Farnós, A., González, F., Grove, R., Hernández, R. y Morejón, B. (1988), Cuban women: Changing roles and population trends. *Women, Work and Development*, 17. Geneva: International Labour Office.
- Cayemittes, M. y Chahnazarian, A. (1989), *Survie et santé de l'enfant en Haïti*. Port-au-Prince: Institut Haïtien de L'Enfance.
- CCRP (Corporación Centro Regional de Población) (1989), *Demografía y salud en Colombia*. Bogotá: CCRP.
- CCRP (Corporación Centro Regional de Población) y MINSALUD (Ministerio de Salud) (1988), *Colombia: Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud 1986*. Bogotá: CCRP/MINSALUD.
- CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) (1993), *América Latina: tasas de fecundidad por edad. 1950-2025* (Boletín Demográfico N° 52).
- CEPAR (Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable) (1988), *Medición y determinantes de las preferencias reproductivas en el Ecuador*. Quito: CEPAR.
- ____ (1989a), *Encuesta de Información y Experiencia Reproductiva de los Jóvenes Ecuatorianos en Quito y Guayaquil*. Quito: CEPAR.
- ____ (1989b), *Efectos de la disponibilidad de anticonceptivos en la regulación de la fecundidad en el área rural del Ecuador*. Quito: CEPAR.
- ____ (1990), *Encuesta Socio-Demográfica en Zonas Marginales de Quito. ENSODEMA 1990*. Quito: CEPAR.
- ____ (1993), *Encuesta de Salud y Planificación Familiar en Barrios Urbanos Marginales de Quito. ESPLAFAM 1992*. Quito: CEPAR.
- CEPAR (Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable) e ININMS (Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales) (1988), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1987*. Quito: CEPAR/ININMS.
- CEPAR (Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable) y MSP (Ministerio de Salud Pública) (1990), *Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. ENDEMAIN-89*. Quito: CEPAR/MSP.
- CEPEP (Centro Paraguayo de Estudios de Población) (1991), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990*. Asunción: CEPEP.
- Cervantes, R. (1994), La Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología ante el problema de salud pública del aborto. En Colegio Médico del Perú y Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, *Salud, población y desarrollo* (pp. 42-45). Lima: Colegio Médico del Perú/Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.
- Chadwick, M. (1992), *Proyecto Embarazo en Adolescentes*. Santiago: SERNAM/UNICEF.
- Chahnazarian, A. (1992), Hausse récente de la fécondité en Haïti: un nouvel engouement por la vie en union? *Population* 3, 583-607.
- Chávez, L. (1991), *La fecundidad en la Sierra Peruana*. Santiago: CELADE.
- Chirinos, J. L., Sobrevilla, L. y Alcántara, E. (1994), El aborto en el Perú: estudio epidemiológico hospitalario en las ciudades de Iquitos, Piura y Puno. Universidad Peruana Cayetano Heredia. En Universidad Externado de Colombia (Ed.), *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: incidencia* (pp. 47-69). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Chú, M. y Vásquez, A. (1994), Determinantes socio-culturales del aborto inducido en países en desarrollo. Caso peruano. Lima: Universidad Cayetano Heredia. En Universidad Externado de Colombia (Ed.), *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: determinantes del aborto y factores asociados* (pp. 1-15). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

- CISFEM (Centro de Investigación Social, Formación y Estudios de la Mujer) (1992), *Situación de la mujer en Venezuela*. Caracas: CISFEM.
- Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta (sin fecha), *Una experiencia de trabajo en la aproximación de la realidad familiar de la adolescente embarazada atendida en la "Unidad Reproductiva de la Adolescente Embarazada"*. Antofagasta: Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta.
- Costa, A. M. (1992), *O paism: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada*. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução.
- Cuba, Comité Estatal de Estadísticas (1988), *Encuesta Nacional de Fecundidad 1987: resumen de indicadores seleccionados*. La Habana: Comité Estatal de Estadísticas.
- Curtis, S. L. y Diamond, I. (1995), Cuando la fecundidad no concuerda con la prevalencia del uso de anticonceptivos: un análisis del nordeste del Brasil. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, Número Especial de 1995*, 11-16, 21.
- De la Cruz, R. E. de (1994), Panorama de la situación demográfica y socioeconómica de la familia panameña. En N. Atencio, F. Beens, E. Davis, C. Leiro, U. Pitti y R. E. de De la Cruz, *La familia en Panamá. Situación actual y perspectivas* (pp. 15-71). Panamá: E.C.U. Ediciones.
- Dominica, Central Statistical Office (1993), *Demographic Statistics N° 1*. Roseau: Central Statistical Office.
- Dral, I. F. (1993), *Female productivity & reproductivity in Port of Spain, Trinidad: A case study of hucksters and factoryhands*. Utrecht: Social Faculty University of Utrecht.
- Espinoza, M. A. (1994), El aborto y la morbilidad y mortalidad materna. En Colegio Médico del Perú y Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, *Salud, población y desarrollo* (pp. 33-36). Lima: Colegio Médico del Perú/Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.
- Family Planning Association of Trinidad and Tobago (1988), *Trinidad and Tobago Demographic and Health Survey 1987*. Port of Spain: Family Planning Association of Trinidad and Tobago.
- Ferrando, D. y Aramburu, C. E. (1992), La transición de la fecundidad en Perú. En Centro Latinoamericano de Demografía, *Notas de Población*, 56, 173-202.
- Ferrando, D., Singh, S. y Wulf, D. (1989), *Adolescentes de hoy, padres de mañana: Perú*. Lima: Alan Guttmacher Institute.
- Ferraz, E. A., Ferreira, I. Q., Soares, M. P. y Morris, L. (1992), *Pesquisa sobre saúde reprodutiva e sexualidade do jovem. Rio de Janeiro, Curitiba e Recife 1989-1990*. Washington, DC: BENFAM.
- Flórez, C. E. (1989), *La transición demográfica: efectos en la formación de la familia*. Bogotá: Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico, Universidad de Los Andes.
- Freitez, A. y Romero, D. (1991), *Estudio de los patrones de nupcialidad y fecundidad en Venezuela a partir de la Encuesta Nacional de Fecundidad 1977*. Caracas: Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, Universidad Católica Andrés Bello.
- García, C., Gómez, V. M. y Lindeboom, W. (1994), Actitudes reproductivas. En Caja Costarricense de Seguro Social, *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Fecundidad y formación de la familia*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Gendell, M. (1988), *Stalls in the fertility decline in Costa Rica and South Korea*. Washington, DC: Department of Demography, Georgetown University.
- Gómez, V. M. (1992), *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes: experiencia reproductiva de las mujeres menores de 25 años en Costa Rica*. San José: Caja Costarricense del Seguro Social.
- Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1989), *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Guengant, J. P. (1992), *Demographic trends and issues*. Simposium en Población y Desarrollo, Antigua.
- Guengant, J. P., Jagdeo, T. y Richards, D. (1991), *Teens in a changing society-Saint Lucia-*. Port of Spain: National Population Unit.
- Gutiérrez, C. (1993), *Situación social, conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia en Lima Metropolitana*. Curso de postgrado en Población y Desarrollo. Santiago: CELADE.
- Hawker, S., Ramos, I., Da Silva, S. R. y Schuch, C. (1990), Family planning among low-income women in Rio de Janeiro: 1984-1985. *International Family Planning Perspectives*, 16 (1), 16-22.
- Henriques, M. H. (1989), Brazil: Changes in nuptiality and their fertility implications. En International Union for the Scientific Study of Population (1989), *International Population Conference, 1989*, (v. 3 pp. 163-174). Liege: IUSSP.
- Herlman, A. I., Riley, A. P. y Rosero-Bixby, L. (1990), *Regional differences in family size preferences in Costa Rica and their implications for transition theory* (Research Reports N° 90-162). Ann Arbor, MI: Population Studies Center.
- Hernández, R. (1992), *Los embarazos en adolescentes en Panamá* (mimeografiado). Panamá: APLAFA.
- Herold, J. M., Monterroso, E., Morris, L., Castellanos, G., Conde, A. y Spitz, A. (1988), Sexual experience and contraceptive use among young adults in Guatemala City. *International Family Planning Perspectives*, 14 (4), 142-146.

- Herold, J. M., Valenzuela, M. S. y Morris, L. (1992), Premarital sexual activity and contraceptive use in Santiago, Chile. *Studies in Family Planning*, 22, 128-136.
- Herold, J. M., Westoff, C. F., Warren, C. W. y Seltzer, J. (1989), Catholicism and fertility in Puerto Rico. *American Journal of Public Health*, 79, 1258-1262.
- Honduras, MSP (Ministerio de Salud Pública) (1990), *Encuesta de Seguimiento de Mujeres Embarazadas y Mujeres con Niños Menores de Un Año, Honduras, 1988*. Tegucigalpa: MSP.
- IEDP (Instituto de Estudios de Población y Desarrollo) y Oficina Nacional de Planificación (1992), *Encuesta Demográfica y de Salud 1991*. Santo Domingo: IEPD/Oficina Nacional de Planificación.
- Instituto de Investigaciones Estadísticas (1994), *Anuario Demográfico 1993*. La Habana: Instituto de Investigaciones Estadísticas.
- Instituto de la Mujer (1989), *Fecundidad adolescente*. Santiago: Instituto de la Mujer.
- Instituto de la Mujer de España y FLACSO (1992), *Mujeres latinoamericanas en cifras*. Tomos relativos a Chile y Guatemala. Santiago: Instituto de la Mujer de España/FLACSO.
- ____ (1993), *Mujeres latinoamericanas en cifras*. Tomos relativos a Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Santiago: Instituto de la Mujer de España/FLACSO.
- ____ (1994), *Mujeres latinoamericanas en cifras*. Tomos relativos a Argentina, Bolivia, Nicaragua y Perú. Santiago: Instituto de la Mujer de España/FLACSO.
- ____ (1995), *Mujeres latinoamericanas en cifras: México*. Santiago: Instituto de la Mujer de España/FLACSO.
- Jagdeo, T. (1992), *Caribbean fertility dynamics*. Reunión de Población y Desarrollo, Antigua.
- Jamaica, National Family Planning Board (1988), *Young Adult Reproductive Health Survey. Jamaica-1987. Final Report*. Kingston: National Family Planning Board.
- Lamur, H. E. (1989), Fertility and social reciprocity in an urban neighbourhood in Suriname. En H. E. Lamur y J. S. MacDonald (Eds.), *Social consequences of population pressure in the Guianas* (pp. 223-241). Amsterdam: Amsterdam Centre for Caribbean Studies.
- Lavín, P., Lavín, F., Vivanco, S., Tuane, R., Bravo, C., Bierschwale, H., Melo, H., Silva, P. y Cerón, R. (1994), Informe preliminar sobre la caracterización de los casos y costos del tratamiento del aborto hospitalizado en Santiago de Chile. Santiago: Universidad de Chile, Facultad de Medicina. En Universidad Externado de Colombia (Ed.), *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: atención hospitalaria y costos del aborto* (pp. 76-104), Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Llovet, J. J. y Ramos, S. (1988), *La práctica del aborto en las mujeres de sectores populares de Buenos Aires*. Buenos Aires: CEDES.
- Loza, G. y Vallenás, G. (1992), *Uso y demanda de métodos anticonceptivos en el Perú*. LC/DEM/R.196. Santiago: CELADE.
- Marín, F. de M. (1994), Aborto inseguro: el caso de Nicaragua. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. En Universidad Externado de Colombia (Ed.), *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: determinantes del aborto y factores asociados* (pp. 48-58). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- McFarlane, C. P., Friedman, J. S. y Morris, L. (1993), *Jamaica Contraceptive Prevalence Survey. Preliminary report*. Georgia: National Family Planning Board.
- McFarlane, C. P. y Warren, C. (1989), *1989 Jamaica Contraceptive Prevalence Survey. Final report*. Kingston: National Family Planning Board.
- México, Secretaría de Salud (1989), *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987*. México: Secretaría de Salud.
- ____ (1990), *La salud de la mujer en México. Cifras comentadas*. México: Secretaría de Salud.
- Mier y Terán, M. (1990), *Implicaciones del descenso de la fecundidad en la participación laboral femenina: el caso de México*. México: Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Millán, T., Valenzuela, S. y Vargas, N. (1995), Salud reproductiva en adolescentes escolares: conocimientos, actitudes y conductas en ambos sexos, en una comuna de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 123 (3), 368-375.
- Misago, C., Fonseca, W., Correia, L. L. y Nations, M. (1994), Determinants of induced abortion among poor women admitted to hospitals in Fortaleza, North Eastern Brazil. Fortaleza: London School of Medicine and Tropical Medicine/Instituto de la Salud de la Mujer y del Niño. En Universidad Externado de Colombia (Ed.), *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: determinantes del aborto y factores asociados* (pp. 59-65). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Molina, R. (1991), Fecundidad del adolescente. Análisis de algunas variables intermedias. En UNICEF y SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer), *Embarazo en adolescentes. Diagnóstico 1991* (pp. 27-35). Santiago: UNICEF/SERNAM.
- ____ (1992), Salud reproductiva del adolescente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 52 (1), 3-7.
- Molina, R., Luengo, X., Guarda, P., González, E. y Jara, G. (1991), *Adolescencia, sexualidad y embarazo* (Serie Científica Médica 2). Santiago: Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

- Monteiro, M. (1994), Interrupções da gravidez no Brasil. Rio de Janeiro: Universidad Estatal de Rio de Janeiro/IBGE. En Universidad Externado de Colombia (Ed.), *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: incidencia* (pp. 41-46). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Morillo, A. (1993), *República Dominicana. Necesidades insatisfechas y demanda total de métodos de planificación familiar: situación actual y perspectivas futuras* (LC/DEM/R.195. Serie OI N° 89). Santiago: CELADE.
- Morris, L. (1988), Young adults in Latin America and the Caribbean: Their sexual experience and contraceptive use. *International Family Planning Perspectives*, 14 (4), 153-158.
- ____ (1990), *Sexual experience and use of contraception among young adults in Latin America*. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services.
- Morris, L., Núñez, L., Monroy de Velasco, A., Bailey, P., Cárdenas, C. y Whatley, A. (1988), Sexual experience and contraceptive use among young adults in México City. *International Family Planning Perspectives*, 14 (4), 147-152.
- Naciones Unidas (1989a), *Adolescent reproductive behaviour. Evidence from developing countries. Vol. II* (Population Studies N° 109/Add.1). New York: United Nations.
- ____ (1989b), *Levels and trends of contraceptive use as assessed in 1988* (Population Studies N° 110. ST/ESA/SER.A/110). New York: United Nations.
- ____ (1994), *The health rationale for family planning: Timing of births and child survival* (ST/ESA/SER.A/141). New York: United Nations.
- Nicaragua, Comisión Nacional de Población (1993), *Informe Nacional sobre Población en Nicaragua*. Managua: Comisión Nacional de Población.
- Núñez, L., Monroy de Velasco, A., Morris, L., Bailey, P., Cárdenas, C. y Whatley, A. (1988), *Encuesta sobre Información Sexual y Reproductiva de Jóvenes. 1985. Informe de resultados*. México: AMIDEM/CORA.
- Oberle, M. W., Sosa, D., Madrigal-Pana, J., Becker, S., Morris, L. y Rosero, L. (1989), Fecundidad y uso anticonceptivo en Costa Rica, 1987. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, Número Especial de 1989*, 16-21.
- Olivares, D., Retamosa, E. y Charalambopoulos, J. (1989), *Análisis crítico de la población adolescente que consulta en la Clínica Central de la Asociación Argentina de Protección Familiar*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Protección Familiar.
- Ordóñez, M. (1993), *La necesidad insatisfecha y la demanda total de planificación familiar en Colombia, 1990* (LC/DEM/R.194 Serie OI N° 86). Santiago: CELADE.
- Ordóñez, J., Stupp, P. W. y Monteith, R. S. (1992), *La esterilización femenina en el Ecuador: características e impacto en la fecundidad 1979-1989*. Quito: CEPAR.
- Padilla, A. (1994), Aspectos demográficos del Perú en los últimos 20 años. En Colegio Médico del Perú y Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (Eds.), *Salud, población y desarrollo* (pp. 12-14). Lima: Colegio Médico del Perú/Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.
- Paiewonsky, D. (1994), Algunos hallazgos en torno a los condicionantes sociales del aborto inducido en la República Dominicana. Santo Domingo: IEPD. En Universidad Externado de Colombia (Ed.), *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: determinantes del aborto y factores asociados* (pp. 31-46). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Palma, Y. y Suárez, J. (1991), El descenso de la fecundidad en México. En IRD/Macro International, *Demographic and Health Surveys World Conference, Proceedings Volume III* (pp. 1833-1864).
- Panamá, Ministerio de Salud (1989), *Comportamiento sexual de los adolescentes y jóvenes entre 15-24 años en la provincia de Panamá Año 1984. Informe final, resumen*. Panamá: Ministerio de Salud, Departamento de Salud del Escolar y del Adolescente.
- Panamá, MIPPE (Ministerio de Planificación y Política Económica) (1992), *Aspectos socio-demográficos de la mujer* (Documento de Trabajo N° 97). Panamá: MIPPE.
- Pantelides, E. A. (1990), *¿Cuántas y quiénes son las adolescentes que tienen hijos?* Buenos Aires: CENEP.
- Pantelides, E. A. y Binstock, G. (1993), Factores de riesgo de embarazo adolescente en el Paraguay. *Revista Paraguaya de Sociología*, 87, 171-186.
- Paxman, J., Rizo, A., Brown, L. y Benson, J. (1993), The clandestine epidemic: The practice of unsafe abortion in Latin America. *Studies in Family Planning*, 24 (4), 205-226.
- Pereira, R., Tórrez, H., García, F., Calle, M., Montaña, J. y Caballero, R. (1992), *Situación de la planificación familiar en Bolivia*. La Paz: Unidad de Política de Población, Ministerio de Planeamiento y Coordinación.
- Perú, INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) y Asociación Benéfica PRISMA (1992), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991/1992*. Lima: INEI/PRISMA.
- Perú, Ministerio de Salud (1989), *Programa Nacional de Planificación Familiar 1988-1991*. Lima: Ministerio de Salud.
- Perú, Presidencia del Consejo de Ministros (1993), *El Perú ante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD. El Cairo, 1994*. Lima: Presidencia del Consejo de Ministros.

- Piraccini, M. (1995), População brasileira: um retrato en movimento. En M.C. Minayo (Ed.), *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80* (pp. 14-56). São Paulo-Rio de Janeiro: Editora Hucitec-Abrasco.
- Prada, E. (1992, octubre), *La planificación familiar en América Latina*. Trabajo presentado a la Reunión de Expertos Gubernamentales sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe, Santa Lucía.
- Prada, E. y Ojeda, G. (1988), Primeros hallazgos de la Encuesta de Demografía y Salud de Colombia, 1986. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, Número Especial*, 12-16.
- Prada, E., Singh, S. y Wulf, D. (1988), *Adolescentes de hoy, padres del mañana: Colombia*. Bogotá: Alan Guttmacher Institute.
- PROFAMILIA (Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana) (1991), *Colombia: Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud 1990*. Bogotá: PROFAMILIA.
- PROFAMILIA (1993), *Encuesta sobre Salud Familiar, Nicaragua 92-93. Informe preliminar*. Managua: PROFAMILIA.
- Puñales, A. V. (1992), *Relación de pareja y divorcio: algunos resultados de investigación*. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociales.
- Quental, I. (1993), *Necessidade insatisfeita e demanda total de anticoncepção no Nordeste do Brasil, 1986-1991* (LC/DEM/R.197 Serie OI N° 91). Santiago: CELADE.
- Quilodrán, J. (1991), *Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México*. México: El Colegio de México.
- Ramírez, N. (1991), *República Dominicana: implicaciones de los hallazgos de la DHS-86 para las políticas y programas de salud y planificación familiar*. Trabajo presentado en la Conferencia Mundial de Encuestas Demográficas y de Salud, Washington.
- Reca, I. C., Martín, C., Catasús, S., Díaz, M. y Alvarez, M. (1989), *Caracterización de algunas tendencias de la formación de parejas y familias en la población joven*. La Habana: CIPS-ACC/CEDEM-UH.
- Rémez, L. (1989), Adolescent fertility in Latin America and the Caribbean: Examining the problem and the solutions. *International Family Planning Perspectives*, 15 (4), 144-148.
- ____ (1990), Mexican fertility falls as female sterilization becomes more popular. *International Family Planning Perspectives*, 16 (1), 36-38.
- ____ (1994a), Half of Nicaraguan women use contraceptives, yet birthrates remain high. *International Family Planning Perspectives*, 20 (3), 116-117.
- ____ (1994b), Confronting the reality of abortion in Latin America. *International Family Planning Perspectives*, 21 (1), 32-36.
- Requena, M. (1990), El aborto inducido en Chile. En M. Requena (Ed.), *Aborto inducido en Chile* (pp. 17-45). Santiago: Sociedad Chilena de Salud Pública.
- Reyes, C. (1990), Familia. En S. Montecinos y J. Rossetti (Eds.), *Tramas para un nuevo destino*. Santiago: Montecinos y Rossetti.
- Rind, P. (1989), In Trinidad and Tobago, fertility rates are low and method use is high. *International Family Planning Perspectives*, 15 (4), 157-159.
- ____ (1991), Trinidad and Tobago: Users of reversible methods prefer pill or condoms over hormonal injectables. *International Family Planning Perspectives*, 17 (1), 30-31.
- Robles, R. R., Martínez, R. E., Vera, M. y Alegría, M. (1988), Factores socioculturales asociados con el uso de contraceptivos en Puerto Rico. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 104, 23-33.
- Rodríguez, G. (1992), Los componentes de espaciamiento y limitación de la transición de la fecundidad en América Latina. En Centro Latinoamericano de Demografía, *Notas de Población*, 56, 57-86.
- Romero, M., López Carrillo, L. y Langer, A. (1994), Determinantes del aborto en adolescentes mexicanas. En Universidad Externado de Colombia (Ed.), *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: determinantes del aborto y factores asociados* (pp. 66-79). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Rosero, L. (1994), Planificación familiar. En Caja Costarricense de Seguro Social, *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Fecundidad y formación de la familia*. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Rutenberg, N. y Landry, E. (1991, agosto), Use and demand for sterilization: A comparison of recent findings from the Demographic and Health Surveys. *Demographic and Health Surveys. World Conference* (pp. 667-694). Washington D.C.
- ____ (1993), A comparison of sterilization use and demand from the Demographic and Health Surveys. *Family Planning Perspectives*, 19 (1), 4-13.
- Rutenberg, N., Ochoa, L. H. y Arruda, J. M. (1988), Los determinantes inmediatos de la baja fecundidad en el Brasil. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, Número Especial*, 17-21.
- Salazar, G. (1993a), *El aborto en Chile: la situación actual. Nuestras estrategias*. Santiago: Instituto de la Mujer.
- ____ (1993b), *Una revisión de las repercusiones psicológicas del aborto desde una perspectiva psicosocial y de género*. Santiago: Instituto de la Mujer.
- Sandoval, I. (1990), *La salud materno-infantil en mujeres adolescentes (12-19 años) del Área Metropolitana de San José*. Heredia: IDESPO.

- Sandoval, I. y López, N. (1990), *Embarazo adolescente en el Área Metropolitana de San José (1985-1987)*. Heredia: IDESPO.
- SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer) (1992). Embarazo en adolescentes. Ayudemos a que no adelanten su tiempo. *Revista Mujer*, 3, 10-13.
- SIAP (Servicios de Investigación y Acción en Población) (1989), *Mujer urbana: realidad y deseos respecto al comportamiento reproductivo*. La Paz: SIAP.
- Silva, A. M. (1989), *Fecundidad, regulación de la fecundidad y aborto en Chile 1960-1987*. Santiago: Instituto de la Mujer.
- ____ (1990), *Estadísticas sobre planificación familiar y aborto en Chile*. Santiago: Instituto de la Mujer.
- ____ (1992), Obstáculos socioculturales a la prevención del embarazo adolescente. *Proposiciones 21, septiembre 1992*, 170-173.
- Singh, S. y Wulf, D. (1990), *Adolescentes de hoy, padres del mañana: un perfil de las Américas*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- ____ (1991), Estimating abortion levels in Brazil, Colombia and Peru, using hospital admissions and fertility survey data. *International Family Planning Perspectives*, 17 (1), 8-13.
- ____ (1994), Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos. New York: Alan Guttmacher Institute. En Universidad Externado de Colombia (Ed.), *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: incidencia* (pp. 1-23). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Solís, F. (1991), Impacto demográfico de las embarazadas adolescentes. En UNICEF y SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer), *Embarazo en adolescentes. Diagnóstico 1991* (pp. 13-25), Santiago: UNICEF/SERNAM.
- Sosa, M. y Alfonso, J. C. (1994), *Evaluación del Programa de Servicios de Salud Reproductiva y Planificación Familiar en Cuba. Elementos para su análisis*. Taller de Evaluación de Proyectos de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, La Habana.
- Soto, V. A. y Guevara, D. (1988), Chiclayo, Perú: sexualidad y planificación familiar en mujeres de diferente condición socioeconómica. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, Número Especial*, 29-32.
- Souza, G. A. A. de (1991), A hipótese da convergência: uma ilusão de ótica. *Caderno CRH*, 15, 47-69.
- ____ (1992), Esterilização. O encerramento das carreiras reprodutivas e as esterilizações femininas na Bahia. *Veracidade*, 3 (2), 5-8.
- Soza, M., Hardy, E., Cabezas, E. y Faundes, A. (1990), *Abortion in Cuba, 1989*. Population Council Workshop, Toronto.
- Tactuk, P., Molina, M., Jansen, S., Ceballos, Z. y Taveras, M. (1990), *Determinantes, niveles y tendencias de la fecundidad en la República Dominicana*. Santo Domingo: Instituto de Estudios de Población y Desarrollo/Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia.
- Tórrez, H. (1992), *Dos casos de la planificación familiar en Bolivia, 1989*. La Paz: Unidad de Política de Población, Ministerio de Planeamiento y Coordinación.
- ____ (1993), *Hacia un conocimiento ampliado de la planificación familiar en Bolivia* (LC/DEM/R. 192 Serie OI N° 86). Santiago: CELADE.
- UNICEF (1991), *Embarazo en adolescentes. Diagnóstico 1991*. Santiago: UNICEF.
- Uruguay (1993), *Informe Nacional Sobre Población. Uruguay-1993. Documento para la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994*. Montevideo: Uruguay.
- Uruguay, Ministerio de Salud Pública (1990), *Factores determinantes directos de la fecundidad y sus implicancias en salud*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.
- Valenzuela, M. S., Herold, H. y Morris, L. (1989), *Encuesta de Salud Reproductiva en Adultos Jóvenes. Gran Santiago 1988: informe final*. Santiago: Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Viel, B. y Campos W. (1988), *La planificación familiar en Chile y su efecto sobre los índices de salud*. Santiago: Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia (pp. 7-12).
- Vigliola, O. (1992), *La situación de la mujer argentina*. Buenos Aires, Asociación Argentina de Protección Familiar.
- Ward, V. M., Bertrand, J. T. y Puac, F. (1992), Exploring sociocultural barriers to family planning among Mayans in Guatemala. *International Family Planning Perspectives*, 18 (2), 59-65.
- Warren, C. W., Oberle, M. W., Morris, L. y Médica, V. (1988), Changes in contraceptive use and fertility: Panama, 1976 to 1984. *Social Biology*, 35 (1-2), 74-81.
- Wartenberg, L. (1994), El aborto adolescente en Colombia: factores asociados derivados del contexto familiar y de la relación de pareja. En Universidad Externado de Colombia (Ed.), *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: determinantes del aborto y factores asociados* (pp. 80-94). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Weinberger, M. B. (1990, abril), *Changes in the mix of contraceptive methods during fertility decline: Latin America and the Caribbean*. Trabajo presentado en el Seminario sobre la Transición en América Latina, Buenos Aires, Argentina.
- ____ (1994), Recent trends in contraceptive use. *Population Bulletin of the United Nations*, 36, 55-80.
- Weinberger, M. B., Lloyd, C. y Blanc, A. K. (1989), Educación de la mujer y fecundidad: un decenio de cambios en cuatro países latinoamericanos. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, Número Especial de 1989*, 1-12.

- Westoff, C. F. (1988), La demanda potencial de planificación familiar: nuevo cómputo de la necesidad insatisfecha y estimaciones para cinco países latinoamericanos. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, Número Especial*, 2-11.
- ____ (1991), *Reproductive preferences: A comparative view* (Demographic and Health Surveys, Comparative Studies N° 3). Columbia, Maryland: Institute for Resource Development Inc.
- Whittle, L., Gómez, V. M. y Morris, L. (1992), *Comportamiento sexual de los costarricenses menores de 25 años. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes*. San José: Caja Costarricense del Seguro Social.
- Zamudio, L. y Rubiano, N. (1994), La familia en Colombia. En Consejería Presidencial para la Política Social e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, *Las familias de hoy en Colombia. Tomo I* (pp. 5-116). Bogotá: Consejería Presidencial para la Política Social/Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Zamudio, L., Rubiano, N. y Wartemberg, L. (1993), *El aborto en Colombia-condiciones sociodemográficas y culturales: informe de avance*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- ____ (1994a), *El aborto en Colombia: condiciones sociodemográficas y culturales*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- ____ (1994b), *El impacto demográfico del aborto inducido en Colombia. La incidencia del aborto en Colombia*. En Universidad Externado de Colombia (Ed.), *Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: impactos demográficos y psicosociales del aborto* (pp. 52-57). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

IX. CONCLUSIONES

La revisión de los diagnósticos nacionales y la sistematización de conocimientos sobre los patrones reproductivos de la mujer en América Latina y el Caribe ha permitido presentar la información comparativa entre los países. Queda de relieve la heterogeneidad existente en la región, pero también la existencia de ciertos patrones comunes. También ha puesto de manifiesto la falta de información en algunos aspectos y el vacío de conocimiento en otros.

En la mayoría de los países de la región ha aumentado la edad de la mujer a la primera unión conyugal pero ha disminuido la edad al tener el primer hijo. Este descenso estaría indicando que, aun cuando la fecundidad ha seguido bajando, la reproducción ha tendido a rejuvenecerse.

En general, las mujeres rurales, de estratos socioeconómicos bajos, de niveles bajos de educación y las de grupos étnicos a los que se asocia un menor nivel educacional se unen y tienen su primer hijo antes que las mujeres urbanas y con una mejor posición socioeconómica. De todas las variables revisadas, la diferencia mayor se produce por nivel educacional, incluso controlando el área de residencia y el nivel socioeconómico, brecha que ha ido aumentando con el tiempo.

La edad a la unión es menor cuando se trata de uniones consensuales, pero no hay evidencia de que las mujeres que inician su unión consensualmente tengan su primer hijo a una edad más temprana que las que forman uniones legales, por cuanto no hay suficientes investigaciones al respecto. Sin embargo, cabe postular que, dado que las mujeres que se unen a edades más tempranas tienen su primer hijo a edad temprana, aquellas que se unen consensualmente también lo tienen a una edad promedio menor que las que se unen legalmente.

También se observó que las mujeres que previamente a la unión son económicamente activas se unen más tarde que las inactivas.

Los pocos modelos multivariados realizados en la región señalan que el nivel de instrucción es el factor que más explica la edad al unirse y al tener el primer hijo, seguido por la actividad económica de la mujer previa a la unión. Sin embargo, el nivel educacional mantiene su efecto, lo que hace suponer que esta variable no actúa sólo a través del trabajo sino que también lo hace directamente. El grado de urbanización, por último, también tiene su efecto, poniendo en evidencia un factor cultural en el comportamiento diferencial de las mujeres respecto de la edad a la unión y del primer hijo.

Existe una estrecha relación entre la edad a la primera unión (y al tener el primer hijo) y la fecundidad. Las mujeres que se unen o tienen su primer hijo más temprano llegan a tener más hijos que las que se casan más tarde. En la mayoría de los países, sin embargo, esta relación se observa sólo en mujeres que llevan unidas más de 10 años. Y, aunque el nivel educacional de la mujer hace variar

dicha relación, no logra anularla, y dos mujeres con el mismo nivel educacional tendrán —después de 10 años de unidas— una mayor o menor cantidad de hijos según se hayan unido más o menos jóvenes.

El rejuvenecimiento de la reproducción, especialmente en jóvenes rurales, de menor nivel educacional y estrato socioeconómico bajo, junto con un aumento de las uniones consensuales, permite hipotetizar que la situación de las jóvenes y de sus hijos es cada vez más vulnerable. Es fundamental realizar investigaciones en profundidad para contrastar esta conjetura.

Un aspecto muy relacionado con lo anterior es el embarazo de adolescentes. Si bien la fecundidad entre las adolescentes ha venido descendiendo —aun cuando en menor medida que la fecundidad de las mujeres adultas— no lo ha hecho el embarazo de adolescentes. Algunos investigadores postulan que, a pesar del descenso de la fecundidad entre las adolescentes, no ha habido un cambio real en su comportamiento sexual y el hecho de que tengan menos hijos se debería sólo a un aumento de los abortos inducidos y no a una disminución del número de embarazos. Es necesario realizar más investigaciones para comprobar esta hipótesis, ya que es posible que otros factores también estén jugando algún papel como, por ejemplo, un mayor uso de anticonceptivos entre las adolescentes, el temor al SIDA o la implementación de programas eficaces de prevención.

La fecundidad y embarazo de las adolescentes es mayor en las áreas rurales y especialmente entre las con bajo nivel educacional. Aun cuando el embarazo adolescente se ve en todos los grupos socioeconómicos, en varios países es mayor en los estratos más bajos. La actividad económica de la adolescente, sin embargo, no parece guardar una relación con la fecundidad y embarazo precoces.

Un número sustancial de primeros embarazos o nacimientos de adolescentes se produce en la región antes de la unión. En varios países el embarazo o nacimiento del primer hijo conduce con bastante automaticidad a la unión, primordialmente consensual; en otros, parece que la maternidad no está tan asociada a la formación de una unión conyugal, y la adolescente permanece soltera.

La maternidad adolescente tiene varias consecuencias para la madre y el niño o niña. Entre las relativas al hijo, los estudios han señalado que existe para ellos un mayor riesgo de salud: mayor probabilidad de muerte, menor peso al nacer, prematuridad y desnutrición. Además, en muchos casos el niño debe crecer sin la presencia de su padre, lo que repercute en su desarrollo socioemocional. Para la madre, además de los riesgos de aborto, existen consecuencias psicosociales: disminución de la autoestima y abandono de muchas de las tareas de esta etapa de su desarrollo.

A pesar del subregistro generalizado, las estimaciones del aborto entre adolescentes oscilan entre el 9 y 45% de los embarazos, fenómeno que aparentemente no guarda relación ni con el nivel educacional ni con el estrato socioeconómico de la joven. Dos estudios revisados dan cuenta con mayor profundidad de las causas diferenciales del aborto en los distintos estratos. Pero aún es escasa la investigación cualitativa en la región. Uno de los resultados más novedosos de un estudio realizado

en México dice relación con el mayor apoyo recibido por la adolescente que decidió no abortar, lo que muestra la importancia de las redes sociales que dan apoyo diario o en momentos de crisis.

En las áreas urbanas y entre las adolescentes unidas con mayor nivel de instrucción existe mayor uso de anticonceptivos, el que es muy diferencial en los países de la región. Sin embargo, la información sobre el uso de anticonceptivos entre las adolescentes solteras es muy escasa.

Otro hecho de relevancia está en las uniones consensuales. Al respecto, América Latina, y especialmente el Caribe, es la región con la mayor proporción de este tipo de uniones, que en algunos países son más numerosas que las legales. En varios países ha disminuido este tipo de uniones, pero en otros ha aumentado. En casi la totalidad de ellos el mayor porcentaje de uniones consensuales se produce entre las adolescentes.

Cuando se habla de uniones consensuales, deben distinguirse, sin embargo, diversas situaciones. Una es la que experimentan parejas que se ven forzadas a adaptarse a malas situaciones económicas y, por lo tanto, recurren a la unión consensual como forma de iniciar la vida conyugal, la que en muchos casos legalizan más adelante. Agrupa principalmente a parejas de estratos bajos, madres solteras y jóvenes embarazadas. En otros países, la unión consensual es aceptada por la cultura tradicional, pareciéndose en su forma de organización a la unión legal. Por otra parte, hay situaciones que podrían interpretarse como una respuesta nueva a los cambios económicos y socioculturales que han venido ocurriendo, constituyéndose en una opción. Por último, la unión consensual también se ha convertido en un puente entre el divorcio y un segundo matrimonio.

La fecundidad de las mujeres unidas consensualmente es mayor que la de las unidas legalmente. Esto puede tener diversas explicaciones: la menor edad a la unión de las mujeres que se unen consensualmente, su menor nivel de instrucción, su más frecuente residencia rural, el menor uso de anticonceptivos y su mayor inestabilidad. Este último factor haría que las mujeres, al volver a unirse, deseen tener un hijo con la nueva pareja, lo que redundaría en una mayor fecundidad.

Sería interesante que se realizaran análisis multivariados para detectar el peso de esas variables en la explicación de la mayor fecundidad que muestran las mujeres que se unen consensualmente. También es importante analizar si existe mayor vulnerabilidad de las mujeres unidas en forma consensual, en comparación con las mujeres casadas legalmente, especialmente en lo que dice relación con la protección legal de ellas y sus hijos.

La ruptura del lazo matrimonial es otro hecho que ha aumentado considerablemente, incluso a pesar de la deficiente y subestimada información que existe sobre el tema.

La investigaciones han revelado que la separación y divorcio es mayor en las zonas urbanas y que es más probable entre las mujeres que se unen a temprana edad o que lo hacen consensualmente. Se ha detectado, también, que la disolución de la unión es más frecuente en sus primeros años.

A pesar del aumento de las rupturas matrimoniales, existe todavía un gran vacío de información sobre la disolución de la unión. Los datos que publican los países presentan una gran subestimación, pues no consideran la disolución de uniones diferentes a las legales ni las separaciones de hecho. Además, falta investigación cualitativa metodológicamente completa sobre sus causas y consecuencias, tanto a nivel de la pareja como de los hijos.

Se ha señalado, por ejemplo, que el divorcio aumenta con un mayor desarrollo social y una participación social más amplia de la mujer. Sin embargo, los estudios no son concluyentes. También se ha postulado que la actividad económica de la mujer está causalmente relacionada con la inestabilidad familiar. La mayoría de los estudios que avalan esta hipótesis son transeccionales en el tiempo, analizando las frecuencias diferenciales de rupturas entre las mujeres económicamente activas e inactivas, pero una vez producida la disolución de la unión. Se han realizado muy pocos estudios que consideren la historia de actividad de la mujer y tampoco son concluyentes. También hay escasa investigación sobre el efecto de otras variables que pueden estar incidiendo en la ruptura o estabilidad matrimonial. Algunos estudios sugieren, por ejemplo, que el embarazo prematrimonial es adverso a la estabilidad de la unión dentro de los primeros cinco años; otros, que la existencia de niños pequeños disminuye la probabilidad de ruptura, pero que el nacimiento de un hijo durante el primer año de unión la aumenta; por último, otros ponen su énfasis principal en el sexo de los hijos.

Y, una vez producida la ruptura, existe una heterogeneidad de situaciones en cuanto a la frecuencia de una segunda unión entre las mujeres, siendo muy escasa en algunos países bastante más frecuente en otros. La mayoría de las segundas nupcias son consensuales.

Tampoco en este aspecto se ha realizado suficiente investigación. De los pocos estudios llevados a cabo se pueden desprender algunas tendencias, las que hay que seguir estudiando: en algunos países las segundas nupcias son más frecuentes en el área rural y en otros, en el área urbana; parece ser más frecuente cuando la disolución corresponde a una unión consensual; y también es posible colegir que la fecundidad es más alta cuando existen segundas nupcias.

Dado que una nueva unión puede tener un efecto importante en la socialización de los niños y en la redefinición de responsabilidades al interior de la familia, es necesario realizar más investigaciones sobre las segundas uniones.

En otro orden de cosas, el número ideal de hijos ha disminuido desde la década de 1970, considerablemente en algunos países y muy levemente en otros, siendo menor entre las mujeres más jóvenes. En general, el número ideal de hijos es mayor en las áreas rurales, pero su diferencia con

el de las áreas urbanas ha disminuido de tal manera que en algunos países ha llegado a ser mayor en las áreas urbanas. Las mujeres con mayor nivel de instrucción tienen un ideal de hijos menor, pero también las diferencias con las con un menor nivel de educación se han acortado notablemente. Son pocos los estudios que analizan la fecundidad ideal de las mujeres según tipo de unión, los que han constatado que las mujeres en unión consensual desean en promedio menos hijos que las mujeres unidas legalmente.

Está claro que en una gran cantidad de países el número ideal de hijos de las mujeres jóvenes ya no depende —o depende cada vez menos— de su nivel de instrucción, de su inserción social o del área de residencia.

En la mayoría de los países el número ideal de hijos es menor que el número real, pero también en la mayoría la brecha se ha hecho más pequeña. Sobresalen algunos países, como Colombia, Chile, Uruguay y Cuba, en los que ya no existe diferencia entre el número ideal y real de hijos e, incluso, donde el ideal sobrepasa al real. Aun cuando no hay mucha información, la diferencia entre ideal y real es más pronunciada mientras menor es el nivel educacional de la mujer y también en las áreas rurales. Es preciso indagar en mayor profundidad las causas que producen en algunos grupos de mujeres una distancia entre su fecundidad real e ideal, por cuanto esta situación no sólo se limita al acceso a los medios anticonceptivos sino que es un proceso más complejo, en el que están involucrados otros factores, como el status de la mujer en la sociedad, sus expectativas, su relación de pareja, el valor que adjudica a la maternidad y su actitud hacia la planificación familiar.

En todos los países ha habido un aumento sostenido en el uso de la anticoncepción, pese a que existen diferenciales importantes entre ellos. Aun cuando las mujeres de áreas urbanas son más proclives —y tienen mayor acceso— al uso de anticonceptivos, en algunos países las diferencias entre áreas urbanas y rurales ya no son significativas.

Las mujeres de mayor nivel educacional y en unión legal muestran, en general, un mayor uso de métodos anticonceptivos, aun cuando las diferencias por nivel educacional han venido disminuyendo. Sólo seis estudios de los revisados analizan la relación entre estrato socioeconómico y anticoncepción y sus resultados no permiten sacar conclusiones sobre alguna relación sistemática; tampoco lo permiten los pocos estudios que analizan el uso de anticonceptivos por ideas religiosas o éticas.

La mayoría de los estudios revisados analiza el efecto simple de algunas variables sobre la anticoncepción. Sólo se tuvo acceso a dos estudios multivariados. Uno de ellos, con información sobre cinco países, mostró que la educación de la mujer reveló una influencia poderosa en el comportamiento anticonceptivo, y que el deseo de tener hijos también emergió como un predictor importante. Sin embargo, algunos de estos predictores disminuyen su efecto con el tiempo en algunos países mientras en otros aumentan.

Las investigaciones han detectado que el uso de anticonceptivos por las actuales generaciones tiene lugar a edades bastante más tempranas, y con un menor número de hijos, que en las anteriores. Aun cuando la mayoría de las mujeres utiliza los anticonceptivos para limitar el número de hijos, en estas generaciones parece haber aumentado su uso para espaciarlos, especialmente en las áreas urbanas y entre las mujeres con mayor educación. A pesar de ello y de que, en general, parece haber aumentado el intervalo intergenésico, éste es menor entre las mujeres más jóvenes y no existe una relación sistemática de éste con el nivel de instrucción de la mujer, dejando una duda respecto del real objetivo asignado por ellas a la anticoncepción. Es necesario, por lo tanto, realizar mayores análisis sobre el tema.

Por otra parte, en la mayoría de los países no se pospone el nacimiento del primer hijo. Los escasos análisis realizados acerca del intervalo protogenésico muestran que no existe una relación sistemática de este con el área de residencia, el nivel de instrucción, la actividad económica de la mujer ni el grupo étnico. Sin embargo, aún es escasa la investigación sobre este aspecto.

La esterilización ha llegado a ser la práctica anticonceptiva más usada en varios países de la región y, aunque generalmente se señala que ésta es mayor en las áreas urbanas y entre las mujeres con mayor educación, si se toma en consideración sólo a las usuarias de planificación familiar, la situación, en general, es a la inversa.

La práctica abortiva también parece haber aumentado, a pesar del mayor uso de anticonceptivos, produciéndose mayormente en las áreas urbanas. Mientras en algunos países es más frecuente entre mujeres con varios hijos —lo que revelaría que se practica como un método de regulación de la paridez— en otros un porcentaje elevado de mujeres que han abortado tiene pocos o ningún hijo. El mayor riesgo parece producirse, entonces, entre las mujeres solteras o entre las sin unión estable.

Los efectos que perciben las mujeres sobre la práctica del aborto y sus consecuencias psicológicas han sido muy poco estudiados. Los escasos autores que han incursionado en este tema han detectado que la mayoría de las mujeres ha sentido posteriormente culpa, sentimiento que no es compartido por su pareja, llevando en muchos casos a alteraciones en la relación y vida sexual posterior.

Una relación bastante estudiada en la región es la que se produce entre la participación económica de la mujer en el mercado de trabajo y la fecundidad. Todos los estudios muestran que las mujeres activas tienen una menor fecundidad, especialmente cuando trabajan en el mercado formal o lo hacen en forma asalariada.

Se ha visto que, en general, la asociación entre trabajo y fecundidad es más fuerte en los países desarrollados y en las zonas urbanas. Sin embargo, esto no siempre es así en todos los países de la región. Falta discernir, por ejemplo, por qué en Colombia y Chile la diferencia de la fecundidad según

participación económica es mayor en las áreas urbanas y por qué en otros es menor en estas áreas, como sucede en Cuba, República Dominicana, Honduras y Panamá.

A pesar de haberse desarrollado bastantes estudios sobre la relación entre fecundidad y trabajo, todavía no está claro el sentido de la misma, es decir, si es el trabajo lo que afecta la fecundidad o si es el número de hijos el que inhibe o favorece la inserción laboral. Uno de los análisis realizados sugiere que la asociación inversa encontrada se debe más a la influencia que la fecundidad ejerce sobre el trabajo, por cuanto no se han encontrado en ese país diferencias significativas en el uso de anticonceptivos entre las mujeres que trabajan en ocupaciones modernas, ocupaciones tradicionales o mujeres que no trabajan. Sin embargo, en otros países de la región las mujeres que trabajan sí muestran un mayor uso de anticonceptivos que las que no lo hacen. En varios países se ha observado que las mujeres con un hijo participan más en el mercado laboral que las mujeres sin hijos, participación que decrece cuando tienen dos o más. Asimismo, las mujeres con hijos pequeños muestran una tasa menor de participación que las que tienen hijos mayores. Pareciera, entonces, que el ciclo vital por el que atraviesan las familias tiene un peso importante en la explicación del trabajo femenino.

Otros estudios revelan que la edad del hijo menor influye en que la mujer trabaje o no, y entre las que tienen hijos más grandes, el factor influyente es el número de hijos. También la existencia de madres sustitutas que cuiden a los hijos aumenta la probabilidad de trabajo de la madre biológica.

Hay estudios que sugieren que la mujer que trabajaba antes de tener hijos tiene más probabilidad de seguir haciéndolo después de tenerlos. Sin embargo, es importante introducir más variables en los análisis que las que se han considerado hasta ahora, por cuanto, pese a haberse investigado bastante, todavía no existe una explicación clara sobre la concomitancia entre trabajo de la mujer y fecundidad.

ANEXO

Tabla 1

**AMERICA LATINA Y EL CARIBE: EDAD PROMEDIO O MEDIANA
AL UNIRSE. MUJERES DE 25-49 AÑOS (1970-1994)**

País	Año	Edad al unirse
Bolivia	1976	22.1
	1988	22.8
	1994	20.6
Brasil	1984	20.1
Colombia	1976	18.9
	1986	20.8
	1990	21.0
Costa Rica	1976	19.5
	1981	19.3
	1986	19.8
	1993	21.2
Cuba	1970	19.5
	1981	19.7
	1987	18.4
Chile	1970	22.5
	1982	22.8
	1988	23.2
Ecuador	1979	19.0
	1987	20.1
	1989	20.7
El Salvador	1985	19.8
	1988	20.3
Guatemala	1987	18.6
Guyana	1975	17.3
Haití	1977	21.8
Jamaica	1976	18.3
	1989	16.8
México	1976	18.4
	1982	21.4
	1987	20.5
Nicaragua	1992	18.6
Panamá	1976	21.4
	1984	20.9
Paraguay	1979	19.1
	1990	20.9
Perú	1977	18.9
	1986	20.5
	1990	21.1
República Dominicana	1975	17.8
	1986	18.5
	1991	19.0
Trinidad y Tabago	1987	20.0
Venezuela	1977	18.0
	1989	22.8

Fuentes: Véase la página 173.

Tabla 2

**AMERICA LATINA Y EL CARIBE: EDAD MEDIANA AL TENER EL PRIMER HIJO.
MUJERES DE 25-49 AÑOS. TOTAL Y AREAS URBANA Y RURAL**

País	Area de residencia				
	Año	Total	Urbana	Rural	Diferencia (años)
Bolivia	1989	21.0	21.3	20.7	0.6
	1994	21.2	21.4	20.9	0.5
Brasil	1984	21.3			
Colombia	1986	21.5	21.8	20.7	1.1
	1990	22.1	22.5	21.1	1.4
Costa Rica	1976		23.3	21.6	1.7
	1993	21.7			
Chile	1982	22.2			
	1988	22.7			
Ecuador	1987	21.0	23.8	20.3	3.5
Guatemala	1987	19.9	21.3	19.3	2.0
Jamaica	1989	20.2			
México	1987	21.0	21.6	19.6	2.0
Nicaragua	1993	19.9	20.9	19.1	1.8
Panamá	1975	22.6	23.2	21.5	1.7
	1980	21.4			
Paraguay	1990	21.7	22.8	20.5	2.3
Perú	1991	21.7	22.5	20.0	2.5
Rep. Dominicana	1986	20.4	21.1	19.4	1.7
	1991	20.9	21.8	19.4	2.4
Trinidad y Tabago	1987	21.7	22.1	21.3	0.8

Nota: Las celdillas vacías representan falta de información.

Fuentes: Bolivia: INE (1990, 1994); Brasil: CEPAL (1993); Colombia: CCRP y Minsalud (1988) y PROFAMILIA (1991); Costa Rica: Vega (1994) y Achío y Gómez (1994); Chile: Muñoz *et al.* (1991); Ecuador: CEPAR (1988a); Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1989); Jamaica: McFarlane y Warren (1989); México: Welti y Grajales (1989); Nicaragua: PROFAMILIA (1993); Panamá: Araica (1989) y Warren y otros (1988); Paraguay: CEPEP (1991); Perú: INEI y Asociación Benéfica PRISMA (1992); República Dominicana: CONAPOFA (1987) e IEPD y Oficina Nacional de Planificación (1992); Trinidad y Tabago: Heath *et al.* (1988).

Tabla 3

AMERICA LATINA Y EL CARIBE: EDAD PROMEDIO O MEDIANA AL INICIO DE LA PRIMERA UNION, SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION. MUJERES DE 25-49 AÑOS Y DE 25-29 AÑOS

País	Año	25-49 años		25-29 años	
		Sin instrucción	Secundaria	Sin instrucción	Secundaria
Bolivia	1989	20.0	22.0 ^{a/}	19.7	21.5 ^{a/}
	1994	20.2	22.4 ^{a/}	19.5	22.7 ^{a/}
Colombia	1986	18.1	22.1	17.8	21.7
	1990	18.7	22.0	18.7	22.2
Costa Rica	1993	19.9 ^{e/}	22.5 ^{a/}		
Ecuador	1989	18.9	21.3		
El Salvador	1985	18.3	22.8		
Guatemala	1987	17.7	22.8 ^{b/}		
Jamaica	1989	16.8	16.7	16.5	17.1
México	1987	17.4	22.7 ^{a/}	16.8	22.8 ^{a/}
Nicaragua	1993	16.8	22.2 ^{a/}		
Panamá	1980	18.1	21.4		
Paraguay	1990	18.8 ^{c/}	23.3 ^{a/}		
Perú	1991	18.8	21.4		
Rep. Dominicana	1986	16.6	19.6	17.1	21.8
	1991	16.6	20.9	16.3	21.2
Trinidad y Tabago	1987	18.0 ^{d/}	24.0		
Uruguay	1986			17.0 ^{d/}	19.1

Nota: Las celdillas vacías representan falta de información.

^{a/} Secundaria o más

^{b/} Al menos 1 año de secundaria

^{c/} 0 a 2 años de primaria

^{d/} Menos que primaria completa

^{e/} Primaria o menos

Fuentes: Bolivia: INE (1990, 1994); Colombia: CCRP y Minsalud (1988) y PROFAMILIA (1991); Costa Rica: Ramírez (1994); Ecuador: CEPAR y MSP (1990); El Salvador: Alan Guttmacher Institute (1988a); Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1989); Jamaica: McFarlen y Warren (1989); México: Palma y Suárez (1991); Nicaragua: PROFAMILIA (1993); Panamá: Araica (1989); Paraguay: Insfran (1992); Perú: INEI y Asociación Benéfica PRISMA (1992); República Dominicana: CONAPOFA (1987) e IEPD y Oficina Nacional de Planificación (1992); Trinidad y Tabago: Heath *et al.* (1988); Uruguay: Ministerio de Salud Pública (1990).

Tabla 4

AMERICA LATINA Y EL CARIBE: EDAD MEDIANA AL TENER EL PRIMER HIJO, SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION. MUJERES DE 25-49 AÑOS Y DE 25-29 AÑOS

País	Año	25-49 años		25-29 años	
		Sin instrucción	Secundaria	Sin instrucción	Secundaria
Bolivia	1989	20.7	23.1 ^{a/}	19.8	22.3 ^{a/}
	1994	20.7	23.1 ^{a/}	20.3	23.3 ^{a/}
Colombia	1986	18.9	22.9	18.4	22.5
	1990	19.6	23.3	21.0	23.3
Chile	1982	21.6	26.7 ^{b/}		
	1988	22.8	25.8 ^{b/}		
Ecuador	1987	19.6	22.0	18.7	21.3
Guatemala	1987	19.1	25.7 ^{c/}	19.0	23.8 ^{c/}
México	1987	19.0	24.0 ^{a/}		
Nicaragua	1993	18.2	24.0 ^{a/}		
Panamá	1975	22.3	22.6		
Paraguay	1990	19.6 ^{d/}	24.5 ^{a/}	18.4 ^{d/}	23.9 ^{a/}
Perú	1991	19.6	21.9	18.7	21.6
Rep. Dominicana	1991	18.7	22.8	17.5	22.9
Trinidad y Tabago	1987	19.5 ^{e/}	25.4 ^{a/}	20.4 ^{e/}	25.9 ^{a/}

Nota: Las celdillas vacías representan falta de información.

^{a/} Secundaria o más

^{b/} Superior (universitaria)

^{c/} 4 años o más de secundaria

^{d/} 0 a 2 años de primaria

^{e/} Menos que primaria completa

Fuentes: Bolivia: INE (1990, 1994); Colombia: CCRP y Minsalud (1988) y PROFAMILIA (1991); Chile: Muñoz *et al.* (1991); Ecuador: CEPAR (1988a); Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1989); México: Welti y Grajales (1989); Nicaragua: PROFAMILIA (1993); Panamá: Araica (1989); Paraguay: CEPEP (1991); Perú: INEI y Asociación Benéfica PRISMA (1992); República Dominicana: IEPD y Oficina Nacional de Planificación (1992); Trinidad y Tabago: Heath *et al.* (1988).

Tabla 5

**AMERICA LATINA Y EL CARIBE: MUJERES UNIDAS CONSENSUALMENTE,
POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, EN ORDEN DECRECIENTE**
(porcentaje)

País	Año	Grupo de edades .							
		15-49	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Haití	1982	67.6	73.4	76.2	68.8	66.8	68.5	61.5	61.1
Rep. Dominicana	1975	62.6	85.8	75.4	64.0	62.4	47.5	53.8	41.0
Nicaragua	1985 ^{a/} 1992 ^{f/}	50.5 56.0	69.7	58.8	55.3	50.6	48.7	41.3	39.7
Honduras ^{a/}	1983	49.8	31.4	39.4	45.3	50.7	51.7	55.9	57.6
Panamá	1980 1990 ^{g/}	53.5 49.6	75.7	61.6	53.0	51.1	49.6	46.2	42.8
El Salvador ^{a/}	1985	48.7	70.4	63.8	56.0	49.2	45.7	47.8	42.9
Jamaica	1982	47.5	91.7	77.3	57.1	43.3	36.3	28.6	22.8
Cuba ^{b/}	1987	45.0	74.2	52.4					
Guatemala ^{b/}	1987	39.7	53.1	45.6					
Venezuela	1981	33.4	38.1	34.6	32.9	32.5	33.0	32.8	31.4
Colombia	1985	29.1	58.2	41.0	33.3	28.4	25.6	22.3	20.1
Ecuador	1982	28.6	44.4	34.3	29.1	26.4	25.7		22.4
Perú	1981	26.7	57.5	40.3	27.8	22.0	19.8	17.9	16.2
Trinidad y Tabago	1980	26.1	46.3	32.7	25.6	23.0	21.3	20.1	
Paraguay	1982 1990 ^{h/}	22.8 41.8	32.0	27.2	24.9	22.7	20.6	17.8	15.5
Bolivia ^{e/}	1994	22.1	65.3	42.6	23.6	14.8	13.3	12.7	9.3
Guyana	1980	21.3	36.1	27.0	21.0	18.9	16.9	15.3	14.5
Costa Rica	1984 ^{a/} 1993 ^{d/}	17.4 21.0	37.1 58.0	22.5 26.0	19.1 20.0	17.3 19.0	15.9 20.0	14.9 17.0	13.3 14.0
Martinica	1976	19.1	51.6	31.4	21.7	18.4	16.5	15.1	13.6
Guadalupe	1975	16.9	33.0	22.0	16.6	14.7	15.8	15.5	16.2
México	1980 1990 ^{g/}	14.4 14.2	27.8	17.0	13.3	11.8	12.3	11.7	11.4 9.6
Argentina	1980	13.0	32.1	18.3	13.0	11.6	11.6	10.8	9.6
Brasil	1980	12.7	22.2	15.5	13.0	11.8	11.3	10.4	9.3
Uruguay	1975	10.0	17.6	11.7	9.1	8.0	10.7	9.7	9.6
Puerto Rico	1980	5.4	15.5	8.4	5.2	4.3	4.2	3.5	3.5
Chile	1982	4.6	8.4	4.7	4.3	4.3	4.4	4.6	4.5

Nota: Las celdillas vacías representan falta de información.

Fuentes: Naciones Unidas (1990); ^{a/} García y Gomáriz (1989); ^{b/} Díaz (1994); ^{c/} Davis (1994); ^{d/} Ramírez (1994); ^{e/} INE (1994); ^{f/} Instituto de la Mujer de España y FLACSO (1994); ^{g/} Instituto de la Mujer de España y FLACSO (1995); ^{h/} Pantelides y Binstock (1993).

Tabla 6

**PAISES SELECCIONADOS: DISOLUCIONES DE LA PRIMERA UNION
(LEGAL O CONSENSUAL) POR DIVORCIO O SEPARACION
(porcentaje)**

País	Año	Porcentaje
Bolivia (urbana)	1986	8
Colombia (urbana)	1985	33
Costa Rica (urbana) (nacional)	1989 1993	11 23
Cuba	1987	49
El Salvador ^{a/}	1988	14
México	1982	11
Perú	1986	16
Puerto Rico	1982	30
República Dominicana	1980	41
Uruguay ^{b/}	1986	48
Venezuela	1977	27

^{a/} Mujeres de 25 a 39 años ^{b/} Porcentaje de los matrimonios legales
Fuentes: Bolivia: Vargas (1988); Colombia: Zamudio y Rubiano (1991b); Costa Rica: Vega (1994) y Ramírez (1994); Cuba: CEB (1988); El Salvador: A. Guttmacher Inst. (1989); México: Ojeda (1989); Perú: INE y CONAPO (1986); Puerto Rico: Canabal (1990); Rep. Dominicana: Duarte *et al.* (1988); Uruguay: Uruguay (1993); Venezuela: Freitez y Romero (1991).

Tabla 7

**AMERICA LATINA Y EL CARIBE: UNIONES DISUELTAS (DIVORCIO O SEPARACION) SEGUN EDAD
AL INICIO DE LA UNION. MUJERES DE 20-29 AÑOS Y DE 30-39 AÑOS
(porcentaje)**

País	Año	20-29 años		30-39 años	
		Menores de 20 años al inicio de la unión	20 o más años al inicio de la unión	Menores de 20 años al inicio de la unión	20 o más años al inicio de la unión
Brasil	1986	28	19	21	14
Colombia ^{b/}	1976 1986	22	10	24 30	17 18
Cuba ^{c/}	1989			54 ^{a/}	39 ^{a/}
Ecuador	1987	22	18	17	18
El Salvador	1985	40	28	40	31
Guatemala	1987	16	14	17	14
México	1987	13	11	12	13
Perú	1986	18	15	15	13
Rep. Dominicana	1986	58	42	48	41
T. y Tabago	1987	52	38	51	41

Nota: Las celdillas vacías representan falta de información.

^{a/} Mujeres de todas las edades.
Fuentes: Singh y Wulf (1990); ^{b/} Prada *et al.* (1988); ^{c/} Catastís (1992).

Tabla 8

**ALGUNOS PAISES SELECCIONADOS DE AMERICA LATINA Y
EL CARIBE: UNIONES DISUELTAS POR SEPARACION
O DIVORCIO, SEGUN TIPO DE UNION
(porcentaje)**

		Unión consensual	Unión legal (civil o religiosa)
Colombia	1976	30	7
	1976 ^{a/}	63	13
	1985	52	17
Costa Rica	1993	37	17
Panamá ^{b/}	Década de 1970	56	23
Perú ^{b/}	Década de 1970	53	7
Puerto Rico	1982	65	24
República Dominicana	1980	53	18
Venezuela	1977	51	17

^{a/} Probabilidad de ruptura después de 20 años de unión

Fuentes: ^{b/} Singh y Wulf (1990); Colombia: Prada *et al.* (1988), Zamudio y Rubiano (1991a); Costa Rica: Ramírez (1994); Puerto Rico: Price y Teachman (1993); República Dominicana: Duarte *et al.* (1988); Venezuela: Freitez y Romero (1991).

Tabla 9

**PAISES SELECCIONADOS DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE:
MUJERES QUE SE HAN UNIDO MAS DE UNA VEZ
(porcentaje)**

País	Año	Total
Bolivia (urbana)	1986	7.0
Colombia (urbana)	1985	8.0
Costa Rica	Década de 1970	9.0
	1993	12.0
Cuba	1987	34.0
Ecuador (sectores populares de 4 ciudades)	1990	16.0
México	1976	7.5
Panamá	Década de 1970	25.0
República Dominicana	1980	30.0
Venezuela	1977	17.0

Fuentes: Bolivia: Vargas (1988); Colombia: Zamudio y Rubiano (1991a); Costa Rica: Freitez y Romero (1991) y Ramírez (1994); Cuba: Catasús *et al.* (1988); Ecuador: García y Mauro (1992); México: Quilodrán (1991); Panamá y Venezuela: Freitez y Romero (1991); República Dominicana: Duarte *et al.* (1988).

Tabla 10

**AMERICA LATINA Y EL CARIBE: NUMERO IDEAL DE HIJOS
DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y MUJERES UNIDAS. DECADAS 1970, 1980 Y 1990**

País	Mujeres en edad fértil			Mujeres unidas		
	Década 1970	Década 1980	Década 1990	Década 1970	Década 1980	Década 1990
Bolivia		2.6	2.5		2.8	2.7
Brasil		2.8			2.2 ^{b/}	
Colombia	3.5 ^{c/}	2.8	2.6	2.7 ^{a/}	3.1	2.8
Costa Rica	2.6	2.7	3.1	4.7	4.3	3.4
Cuba		2.4			2.6	
Chile			2.7			
Ecuador	3.5 ^{c/}	3.0		4.2	2.9 ^{b/}	
El Salvador		3.6				
Guatemala		3.8			4.2	
Jamaica			2.8	3.0 ^{a/}	1.9 ^{a/}	
México	4.2	3.0			2.9 ^{b/}	
Paraguay			3.9			4.4
Perú		2.7	2.5	3.8 ^{c/}	2.9 ^{c/}	2.7
Rep. Dominicana	4.3 ^{c/}	3.4 ^{c/} 2.8	3.1	4.6	3.6	
Trinidad y Tabago		2.9		2.6 ^{a/}	2.2 ^{a/} 3.1	
Uruguay					3.2	

Nota: Las celdillas vacías representan falta de información.

Fuentes: ^{a/} Bongaarts y Lightbourne (1992); ^{b/} Westoff (1991); ^{c/} Weinberger *et al.* (1989); Bolivia: INE (1990, 1994); Brasil: Rutemberg, Ochoa y Arruda (1988); Colombia: CCRP y Minsalud (1988), CCRP (1989) y PROFAMILIA (1991); Costa Rica: Gendell (1988), Caja Costarricense de Seguro Social (1993) y García *et al.* (1994); Cuba: Comité Estatal de Estadísticas (1988); Chile: APROFA y CERC (1993); Ecuador: CEPAR (1988) y CEPAR e ININMS (1988); El Salvador: ADS (1987); Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1989); Jamaica: McFarlane *et al.* (1993); México: Palma y Suárez (1991) y Secretaría de Salud (1989); Paraguay: CEPEP (1991); Perú: Chávez (1991) e INEI y Asociación Benéfica PRISMA (1992); República Dominicana: Ramírez (1991) e IEPD y Oficina Nacional de Planificación (1992); Trinidad y Tabago: Family Planning Association of Trinidad and Tobago (1988); Uruguay: Ministerio de Salud Pública (1990).

Tabla 11

**AMERICA LATINA Y EL CARIBE: NUMERO IDEAL DE HIJOS DE
LAS MUJERES, SEGUN EDAD**

País	Año	15-19 años	20-24 años	40-44 años	45-49 años	15-49 años
Bolivia (dos ciudades) (país)	1987	2.0				2.6
	1994	2.1	2.2	2.9	3.0	2.5
Brasil	1986	2.6	2.6	3.5		2.8
Colombia	1986	2.4 ^{a/}				2.7
Costa Rica	1976 ^{a/}	3.7	3.5	6.0	6.1	4.7
	1986 ^{a/}	2.9 ^{a/}	3.3	5.6	6.6	4.3
	1993	2.7	2.9 ^{a/}	4.0 ^{a/}	4.1 ^{a/}	3.4 ^{a/}
			2.8	3.8	3.9	3.1
Cuba	1987	2.2	2.2	2.6	2.6	2.4
Ecuador	1982		3.0	4.6		3.6
	1987		2.6	3.8		3.0
El Salvador	1985		3.0	4.7		3.6
Jamaica	1989		2.3		3.0	
	1993	2.2	2.7	3.4		2.8
México	1976		3.2		5.3	4.2
	1987		2.6		4.0	3.0
Paraguay	1990		3.3	5.0		3.9
Perú	1986	2.4	2.5	3.2		2.7
	1991-1992	2.2	2.2	2.9	3.1	2.5
Rep. Dominicana ^{b/}	1986		2.9			3.6
	1991		2.8	3.7		3.1
Uruguay ^{b/}	1986	2.6	2.9	3.5	3.7	3.2

Nota: Las celdillas vacías representan falta de información.

^{a/} Mujeres en unión

^{b/} Mujeres alguna vez unidas

Fuentes: Bolivia: SIAP (1989) e INE (1994); Brasil: Rutenberg *et al.* (1988) y Alan Guttmacher Institute (1988); Colombia: CCRP y Minsalud (1988) y Prada *et al.* (1988); Costa Rica: Guendell (1988), García *et al.* (1994) y Caja Costarricense del Seguro Social (1993); Cuba: Instituto de la Mujer de España y FLACSO (1993); Ecuador: CEPAR e ININMS (1988); El Salvador: ADS (1987); Jamaica: McFarlane y Warren (1989) y McFarlane *et al.* (1993); México: Palma y Suárez (1991) y Secretaría de Salud (1989); Paraguay: CEPEP (1991); Perú: Chávez (1991), INEI y Asociación Benéfica PRISMA (1992), Ferrando *et al.* (1989), Loza y Vallenos (1992) y Gutiérrez (1993); República Dominicana: Ramírez (1991) e IEPD y Oficina Nacional de Planificación (1992); Uruguay: Ministerio de Salud Pública (1990) e Instituto de la Mujer de España y FLACSO (1993).

Tabla 12

**AMERICA LATINA Y EL CARIBE: NUMERO REAL E IDEAL DE HIJOS
DE MUJERES EN EDAD FERTIL. DECADAS 1970, 1980 Y 1990**

País	Tasa real de fecundidad			Tasa ideal de fecundidad		
	Década 1970	Década 1980	Década 1990	Década 1970	Década 1980	Década 1990
Bolivia	6.3 ^{c/}	5.3 ^{c/}	4.8		2.6	2.5
Brasil	4.5 ^{c/}	3.5 ^{c/}			2.8	
Colombia	4.4 ^{c/}	3.2 ^{c/} 3.3	2.7 ^{c/}	3.5 ^{a/}	2.8	2.6
Costa Rica	4.1 ^{c/} 3.5	3.4 ^{c/} 3.6	3.1	2.6	2.7	3.1
Cuba	2.8 ^{c/}	1.8 ^{c/}			2.4	
Chile	3.3 ^{c/}	2.8 ^{c/}	2.7 ^{c/}			2.7
Ecuador	5.7 ^{c/}	4.4 ^{c/}		3.5 ^{a/}	3.0	
El Salvador	5.9 ^{c/}	4.8 ^{c/} 4.4			3.6	
Guatemala	6.4 ^{c/}	5.9 ^{c/} 5.6			3.8	
Jamaica	4.4 ^{b/}	2.8 ^{b/}				2.8
México	5.7 ^{c/}	3.9 ^{c/} 4.0		4.2	3.0	
Paraguay	5.4 ^{c/}	4.7 ^{c/}	4.7			3.9
Perú	5.7 ^{c/}	4.3 ^{c/} 4.1	3.7		2.7	2.5
Rep. Dominicana	5.2 ^{c/}	4.0 ^{c/} 3.8	3.3	4.3 ^{a/}	3.4 ^{a/} 2.8	3.1
Trinidad y Tabago	3.2 ^{b/}	3.1		2.6 ^{b/}	2.9	

Nota: Las celdillas vacías representan falta de información.

Fuentes: ^{a/} Weinberger *et al.* (1989); ^{b/} Bongaarts y Lightbourne (1992); ^{c/} CELADE (1993); Bolivia: INE (1994); Brasil: Rutenberg *et al.* (1988); Colombia: CCRP (1989) y PROFAMILIA (1991); Costa Rica: Gendell (1988), Caja Costarricense del Seguro Social (1993) y Achío y Gómez (1994); Cuba: Comité Estatal de Estadísticas (1988); Chile: APROFA y CERC (1993); Ecuador: CEPAR e ININMS (1988); El Salvador: ADS (1987); Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1989); Jamaica: McFarlane *et al.* (1993); México: Palma y Suárez (1991), Secretaría de Salud (1989) y Rémez (1990); Paraguay: CEPEP (1991); Perú: Chávez (1991), INEI y Asociación Benéfica PRISMA (1992) y Loza y Vallenar (1992); República Dominicana: Ramírez (1991) e IEPD y Oficina Nacional de Planificación (1992); Trinidad y Tabago: Family Planning Association of Trinidad and Tobago (1988).

Tabla 13
AMERICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS QUE HAN SIDO MADRES Y TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE. DECADAS 1970, 1980 Y 1990

País	Adolescentes que han sido madres			Tasa de fecundidad adolescente		
	1970	1980	1990	1970	1980	1990
Antigua ^{d/}				94		
Argentina		10		74 ^{a/}	74 ^{a/} 68	
Bahamas				63 ^{b/}	49 ^{c/}	
Barbados				79 ^{d/}	44 ^{c/}	
Belice				158 ^{d/}	137 ^{c/}	
Bolivia		28 *	33 * 18	94 ^{a/}	87 ^{a/} 94	94
Brasil				66 ^{a/} 75	53 ^{a/} 81	
Colombia		14	13	81 ^{a/} 79	76 ^{a/} 76	70
Costa Rica				108 ^{a/} 104	98 ^{a/}	82
Cuba				107 ^{a/}	74 ^{a/} 83	63
Chile		11		78 ^{a/} 73	68 ^{a/} 68	66
Dominica ^{d/}				112		
Ecuador				116 ^{a/}	94 ^{a/} 84	
El Salvador		22		147 ^{a/}	142 ^{a/} 138	124
Granada				125 ^{d/}	152	
Guadalupe ^{b/}				59	103	
Guatemala				144 ^{a/} 148	137 ^{a/} 139	126
Guyana ^{b/}				115		
Haití				61 ^{a/} 57	55 ^{a/} 88	
Honduras				148 ^{a/}	137 ^{a/}	113
Jamaica				137	113	
Martinica ^{b/}				49		
México		20		106 ^{a/}	96 ^{a/} 84	
Montserrat ^{c/}				117		
Nicaragua				186 ^{a/}	176 ^{a/}	158 ^{c/}
Panamá		15 **		125 ^{a/}	95 ^{a/} 94	89
Paraguay			17	86 ^{a/} 80	80 ^{a/}	97
Perú	11	8	11	89 ^{a/} 85	76 ^{a/} 83	68
Puerto Rico ^{b/}				74	67	
Rep. Dominicana			18	113 ^{a/}	88 ^{a/} 102	88
San Kitts y Nevis ^{c/}				143	89	
Santa Lucía				175	158	90
San Vicente ^{c/}				164	91	
Trinidad y Tabago ^{b/}		11		77	84	
Uruguay ^{a/}				69	62	
Venezuela ^{a/}				109 107	84 72	

Notas: Las celdillas vacías representan falta de información. * Adolescentes de 18 y 19 años ** Provincia de Panamá
 Fuentes: véase la página 173

Tabla 14

ALGUNOS PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES ADOLESCENTES DE 15-19 AÑOS QUE HAN SIDO MADRES Y TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE, SEGUN AREA URBANA Y RURAL

País	Año	Porcentaje que ha sido madre		Fec. adolescente (tasa por mil)	
		Urbana	Rural	Urbana	Rural
Bolivia	1994	15.0	22.0	80	119
Brasil	1970	6.5	10.0		
	1986	10.0	13.0	101 ^{a/}	203 ^{a/}
Colombia	Década de 1970			76	160
	1986			64	117
	1990	12.0	16.0		
Costa Rica	1993			73	113
Chile	1990	5.0	17.0		
Ecuador ^{a/}	1982-1986			75	116
El Salvador	1985			115	180
	1993			101	158
Guatemala ^{a/}	1982-1986			97	162
México ^{a/}	1982-1987			78	147
Paraguay	1990	13.0	21.0	68	128
Perú	1972-1977			74	115
	1986	7.0	20.0	62	137
	1991	8.0	25.0	41	141
Rep. Dominicana	1982-1986			88	133
	1991	13.0	27.0	71	123
T. y Tabago ^{a/}	1982-1987			90	81

Nota: Las celdillas vacías representan falta de información.

Fuentes: ^{a/} Singh y Wulf (1990); Bolivia: INE (1994); Brasil: A. Guttmacher Inst. (1988); Colombia: Prada y Ojeda (1988), Prada *et al.* (1988) y PROFAMILIA (1991); Costa Rica: Achío y Gómez (1994); Chile: APROFA y CERC (1993); El Salvador: ADS (1987, 1989, 1993); México: Bobadilla-Fernández *et al.* (1990); Paraguay: CEPEP (1991); Perú: Ferrando *et al.* (1989), INEI y Asociación Benéfica PRISMA (1992) y Gutiérrez (1993); República Dominicana: IEDP y Oficina Nacional de Planificación (1992) y Tactuk *et al.* (1990).

Tabla 15

ALGUNOS PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES ADOLESCENTES DE 15-19 AÑOS QUE HAN SIDO MADRES O TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE, SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION

País	Año	Porcentaje que ha sido madre		Tasa de fecundidad adolescente (por mil)	
		Educación Primaria o menos	Educación Secundaria o Superior	Educación Primaria o menos	Educación Secundaria o Superior
Argentina	1980	31 ^{a/}	4		
Bolivia	1994	38 ^{a/}	9		
Brasil	1986			175	49
Colombia	1986			174 ^{a/}	48
	1990	63 ^{a/}	2 ^{c/}		
Costa Rica	1993			156 ^{b/}	46
Chile	1982	20	6		
Ecuador	1982-1986			149 ^{a/ d/}	57 ^{d/}
El Salvador	1985			248 ^{a/}	40
	1993			226 ^{a/}	32
Guatemala	1982-1986			210 ^{a/ d/}	44 ^{d/}
México	1982-1987			230 ^{a/ d/}	52 ^{d/}
Paraguay	1990	34	6		
Perú	1986	22	7	186 ^{a/}	62
	1991	39 ^{a/}	3 ^{c/}		
Rep. Dominicana	1981-1986			278 ^{a/ d/}	45 ^{d/}
	1991	44 ^{a/}	11		
Trinidad y Tabago ^{d/}	1982-1987			151	66

Nota: Las celdillas vacías representan falta de información.

^{a/} Sin educación

^{b/} Primaria incompleta

^{c/} Educación superior

Fuentes: ^{d/} Singh y Wulf (1990); Argentina: Ministerio de Salud y Acción Social (1991); Bolivia: INE (1994); Brasil: Alan Guttmacher Institute (1988); Colombia: Prada *et al.* (1988) y PROFAMILIA (1991); Costa Rica: Achó y Gómez (1994); Chile: Instituto de la Mujer (1989); El Salvador: ADS (1987, 1989 y 1993); México: Bobadilla-Fernández *et al.* (1990); Paraguay: CEPEP (1991); Perú: Ferrando *et al.* (1989) e INEI y Asociación Benéfica PRISMA (1992); República Dominicana: IEDP y Oficina Nacional de Planificación (1992).

Tabla 16

ALGUNOS PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES ADOLESCENTES DE 15-19 AÑOS UNIDAS QUE UTILIZAN METODOS ANTICONCEPTIVOS. TOTAL Y AREAS URBANA Y RURAL

País	Año	Total	Urbano	Rural
Antigua ^{b/}	1988	43		
Barbados ^{b/}	1988	43		
Bolivia	1989 1994	27 30	35	21
Brasil	1986	48	50	42
Colombia	1986	29	36 ^{a/}	23
Costa Rica	1986 1993	51 53	71	43
Cuba	1987	58		
Dominica ^{b/}	1988	33		
Ecuador	1989	25		
El Salvador	1985	22	29 ^{a/}	12 ^{a/}
Guatemala	1986	5	21	2
Guyana ^{b/}	1988	18		
Haití	1987	2		
Honduras	1984	13		
México	1987	30	40 ^{a/}	13 ^{a/}
Nicaragua	1992	23		
Panamá	1984	23		
Perú	1986 1992	23 29	40	12
Puerto Rico	1982	41		
República Dominicana ^{a/}	1986	25	28	20
Santa Lucía ^{b/}	1988	33		
San Vicente ^{b/}	1988	43		
Trinidad y Tabago ^{a/}	1987	42	45	40

Nota: Las celdillas vacías representan falta de información.

Fuentes: ^{a/} Singh y Wulf (1990); ^{b/} Jagdeo (1992); Bolivia: Tórriz (1992) e INE (1994); Brasil: Alan Guttmacher Institute (1988); Colombia: Prada *et al.* (1988); Costa Rica: Caja Costarricense del Seguro Social (1993); Cuba: Comité Estatal de Estadísticas (1988); Ecuador: CEPAR y MSP (1990); El Salvador: ADS (1987); Haití: Cayemites y Chahnazarian (1989); Honduras: Alan Guttmacher Institute (1988); México: Secretaría de Salud (1990); Nicaragua: Instituto de la Mujer de España y FLACSO (1994); Panamá: MIPPE (1992); Perú: Ferrando *et al.* (1989) e Instituto de la Mujer de España y FLACSO (1994); Puerto Rico: Robles *et al.* (1988).

Tabla 17

AMERICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE USAN METODOS ANTICONCEPTIVOS, DECADAS 1970, 1980 Y 1990

País	Todas las mujeres en edad fértil					Mujeres unidas en edad fértil (por décadas)				
	1970		1980		1990	1970		1980		1990
	I	II	I	II	I	I	II	I	II	I
Antigua								39 ^{c/}	53 ^{b/}	
Argentina ^{e/}				44						
Bahamas ^{d/}									62	
Barbados								46 ^{c/}	55 ^{b/}	
Belize										47
Bolivia				20	30			24	30	45
Brasil				43					71	
Colombia				39	40		48	49 ^{a/}	65	66
Costa Rica					53		65	67	69	75
Cuba								68 ^{d/}	78	
Chile			43	58						
Dominica								49 ^{c/}	50 ^{b/}	
Ecuador				34			35 ^{a/}	40 ^{a/}	53	
El Salvador				31		22 ^{c/}	34 ^{a/}	47	47	53
Granada ^{e/}								31		
Guadalupe						44 ^{b/}	44 ^{c/}			
Guatemala				16			19	25 ^{e/}	23	
Guyana ^{e/}						31				
Haití							5	7 ^{c/}	7	
Honduras								35	41	47
Jamaica							38 ^{c/}	46	52 ^{c/}	66
Martinica ^{e/}								51		
México		25 ^{c/}	30 ^{e/}	34 ^{e/}		12	38	48	53	
Montserrat ^{e/}								53		
Nicaragua					35			27 ^{c/}		50
Panamá							55	58	64	
Paraguay					30		29		38	44
Perú				27	36		31 ^{a/}	41 ^{a/}	46 ^{a/}	59
Puerto Rico			46					65 ^{c/}		
Rep. Dominicana	20			31	37	33 ^{a/}		46 ^{a/}	50	56
San Kitts y Nevis ^{e/}								41		
Santa Lucía								43 ^{c/}	47 ^{b/}	
San Vicente								42 ^{c/}	58 ^{b/}	
Suriname		37								
Trinidad y Tabago				37		44	52		53	
Uruguay ^{* e/}									83	
Venezuela							49	52 ^{c/}		

Nota: Las celdillas vacías representan falta de información.

I Primer quinquenio

II Segundo quinquenio

* Mujeres unidas y expuestas

Fuentes: véase la página 173

Tabla 18

PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE: PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS QUE USAN METODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGUN AREA, TIPO DE UNION Y NIVEL DE INSTRUCCION

País	Año	Area		Tipo de unión		Nivel de instrucción	
		Urbana	Rural	Legal	Consensual	Sin instrucción	Secundaria o superior
Argentina (Conurbano de Buenos Aires) ^{g/}	1993			60	55		
Bolivia	1983 ^{g/}	39	12			8	56
	1989	39	19			12	53
	1994	55	31			23	62
Brasil (País) (Nordeste) (País)	1986	62	42	68	51	45 ^{g/}	74 ^{g/}
	1986	66	52			36	73
	1991					48	77
Colombia	Década de 1970			56 ^{f/}	40 ^{f/}	22 ^{e/}	67 ^{e/}
	1986	70	54	74 ^{f/}	67 ^{f/}		
	1990	69	59				
Costa Rica	1986	74	62			62 ^{b/}	72
	1993	77	72			68 ^{b/}	78
Cuba ^{a/ g/}	1987	88	88				
Chile (Región Metropolitana) ^{g/}	1989			80	89		
Ecuador	1979	47	22	45 ^{f/}	39 ^{f/}	12 ^{e/}	58 ^{e/}
	1989	62	42	52 ^{f/}	47 ^{f/}	26	63
El Salvador	1985	59	30			36	56
	1993	66	43			43	67
Guatemala	1987	43	14			10	60
Haití	1987	8	5			5	9
Honduras	1981	47	16				
	1984	51	24			20	60
Jamaica	1989	52	56	60	52	52 ^{b/}	61 ^{e/}
México	1977			41	27		
	1987	63	39	65 ^{f/}	51 ^{f/}	24 ^{g/}	70 ^{g/}
Nicaragua	1993	60	33			29	69
Panamá	1984	64	52				
Paraguay	1987					26 ^{b/}	61
	1990	53	34			26 ^{b/}	61
Perú	Década de 1970 ^{f/}			44	33		
	1986	58	24	58 ^{f/}	45 ^{f/}	19	62
	1992	66	41			35	66
República Dominicana	Década de 1970			53 ^{f/}	34 ^{f/}	17 ^{e/}	54 ^{e/}
	1986	52	46	66 ^{f/}	50 ^{f/}	36	55
	1991	60	50			42	59 ^{g/}
Uruguay	1986			72	64	79 ^{a/ b/}	86 ^{a/}
Venezuela	1977			55	37	33	59
Trinidad y Tabago	1987	54	52			31 ^{d/}	58 ^{d/}

Nota: Las celdillas vacías representan falta de información.

^{a/} Mujeres unidas y expuestas al riesgo de embarazo

^{b/} Primaria incompleta o completa

^{c/} Educación superior

Fuentes: véase la página 173

Tabla 19

**ALGUNOS PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE: MUJERES
UNIDAS QUE USAN METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA LIMITAR
EL NUMERO DE HIJOS O ESPACIAR LOS NACIMIENTOS
(PORCENTAJE)**

País	Año	Limitar	Espaciar
Bolivia	1989	80	20
	1994	76	24
Brasil	1986	73	27
Colombia	1986	77	23
	1990	70	30
Ecuador	1979	67	33
	1989	60	39
El Salvador	1988	72	28
Jamaica	1989	62	38
Nicaragua	1993	68	30
Perú	1992	75	22
República Dominicana	1986	85	13
		71 ^{a/}	29 ^{a/}
	1991	81 ^{a/}	19 ^{a/}

^{a/} Todas las mujeres en edad fértil que usan anticoncepción

Fuentes: Bolivia: Tórriz (1993) e INE (1994); Brasil: Quental (1993); Colombia: Westoff (1988) y Ordóñez (1993); Ecuador: CEPAR (1988) y CEPAR y MSP (1990); El Salvador: ADS (1989); Jamaica: McFarlane y Warren (1989); Nicaragua: PROFAMILIA (1993); Perú: Loza y Vallenos (1992); República Dominicana: Westoff (1988) y Morillo (1993).

Tabla 20

AMERICA LATINA Y EL CARIBE: MUJERES UNIDAS QUE ESTAN ESTERILIZADAS.
DECADAS 1970, 1980 y 1990 (PORCENTAJE)

País	Década 1970		Década 1980		Década 1990
	1 ^{er} quinquenio	2 ^o quinquenio	1 ^{er} quinquenio	2 ^o quinquenio	1 ^{er} quinquenio
Antigua ^{a/}			9 (2 ^o)		
Argentina ^{d/}					20
Barbados ^{a/ **}			14 (2 ^o)		
Belice					19 (1 ^o)
Bolivia			3 (4 ^o) ^{a/}	4 (3 ^o) ^{b/}	3 (3 ^o)
Brasil				27 (1 ^o)	30 (1 ^o) ^{d/}
Colombia		4 (5 ^o) ^{a/}	11 (2 ^o) ^{a/}	18 (1 ^o)	21 (1 ^o)
Costa Rica		15 (2 ^o)	17 (2 ^o) ^{a/}	17 (2 ^o)	21 (1 ^o)
Cuba				25 (2 ^o)	
Chile ^{d/}					21
Dominica ^{a/}			15 (2 ^o) *		
Ecuador		8 (2 ^o) ^{a/}	12 (1 ^o) ^{a/}	18 (1 ^o)	
El Salvador	9 (1 ^o) * y ^{***} ^{a/}	18 (1 ^o)	32 (1 ^o)	30 (1 ^o)	31 (1 ^o)
Granada ^{a/}			2 (7 ^o)		
Guadalupe ^{a/}		11 (1 ^o)			
Guatemala		6 (1 ^o) ^{a/}	10 (1 ^o) ^{a/}	10 (1 ^o)	
Guyana ^{a/}	8 (2 ^o)				
Haití		0 (9 ^o) ^{a/}	1 (4 ^o) ^{a/}	1 (2 ^o) ^{b/}	
Honduras			12 (2 ^o) ^{a/}	13 (2 ^o)	
Jamaica ^{a/}		8 (2 ^o)	11 (2 ^o)		
Martinica ^{a/}		12 (2 ^o)			
México		3 (5 ^o) ^{a/}	13 (2 ^o) ^{a/}	19 (1 ^o) ^{a/}	22 (1 ^o) ^{d/}
Montserrat ^{a/}			2 (6 ^o) *		
Nicaragua			7 (2 ^o) ^{a/}		19 (1 ^o)
Panamá		21 (1 ^o) ^{a/}	32 (1 ^o)	37 (1 ^o) * ^{b/}	38 (1 ^o) ^{d/}
Paraguay		2 (6 ^o) ^{a/}		4 (5 ^o) ^{a/}	7 (2 ^o)
Perú	2 (6 ^o) ^{a/}	3 (5 ^o) ^{a/}	4 (5 ^o) ^{a/}	6 (4 ^o) ^{a/}	8 (3 ^o) ^{c/}
Puerto Rico		35 (1 ^o) ^{***} ^{a/}	39 (1 ^o) ^{a/}	44 (1 ^o)	47 (1 ^o) ^{d/}
Rep. Dominicana	12 (1 ^o)		27 (1 ^o) ^{a/}	33 (1 ^o)	39 (1 ^o)
San Kitts y Nevis ^{a/}			3 (7 ^o) *		
Santa Lucía ^{a/}			11 (2 ^o) *		
San Vicente ^{a/}			12 (2 ^o) *		
Trinidad y Tabago ^{a/}	2 (7 ^o)	4 (4 ^o)		8 (3 ^o)	
Uruguay				7 (4 ^o) **	22 ^{d/}
Venezuela		8 (3 ^o) ^{a/}	9 (3 ^o) ^{c/}		

Notas: Las celdillas vacías representan falta de información.

El valor entre paréntesis indica el lugar que ocupó la esterilización entre todos los métodos usados.

* Esterilización femenina y masculina

** Todas la mujeres en edad fértil

*** Alguna vez unidas

Fuente: véase la página 173

Tabla 21

**ALGUNOS PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE: MUJERES
UNIDAS ESTERILIZADAS, SEGUN AREA URBANA Y RURAL
(Porcentaje)**

País	Año	Urbana	Rural
Brasil (Nordeste) (País)	1986	32	16
	1991	41	31
Costa Rica	1986 ^{c/}	18	15
	1993	24	13
Cuba ^{b/ c/}	1987	25	30
Ecuador	1989	22	13
El Salvador	1988	37 ^{a/}	24
	1993	36 ^{a/}	28
México ^{c/}	1987	21	12
Nicaragua	1993	22	14
República Dominicana	1990	39	37
Trinidad y Tabago	1987	8	9

^{a/} Area metropolitana

^{b/} Mujeres unidas y expuestas al riesgo de embarazo

Fuentes: ^{c/} Instituto de la Mujer de España y FLACSO (1993, 1994, 1995); Brasil: Quental (1993); Costa Rica: Rosero (1994); Ecuador: Ordóñez *et al.* (1992); El Salvador: ADS (1989, 1993); Nicaragua: PROFAMILIA (1993); República Dominicana: IEPD y Oficina Nacional de Planificación (1992); Trinidad y Tabago: Family Planning Association of Trinidad and Tobago (1988).

Tabla 22

**ALGUNOS PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE:
ESTIMACIONES DE TASA DE ABORTO**

País	Año	Por mil mujeres en edad fértil	Por mil embarazos	Por mil nacidos vivos
Argentina (Buenos Aires, estrato bajo)	Década de 1980		140	
Belice	1980 1991			98 (reportados) 162 (reportados)
Bolivia (5 ciudades)	1984	40.0 *		
Brasil	1975 1980 1985 1991	26.9 ^{b/} - 36.5 ^{c/} - 38.1 ^{b/}	308 ^{b/}	230 255 349 440 ^{c/}
Colombia (país) (país) (urbana) (país)	1985 1989 1988-1991 1992	34.7 33.7 ^{b/} - 34.0 - 35.1 ^{b/} 25.0	260 ^{b/} 120 - 130	293 ^{b/} - 390 320 - 350
Costa Rica	1980 1985 1990			337 ** 379 ** 382 **
Cuba	1970 1980 1985 1991 1993	36.1 ^{a/} 42.1 ^{a/} - 47.0 55.0 ^{a/} 38.3 ^{a/} 27.0	242 ^{a/} 432 ^{a/} 433 ^{a/} 439 ^{a/}	319 (partos) ^{a/} 761 (partos) ^{a/} 836 (partos) ^{a/} 784 (partos) ^{a/}
Chile	1987 1990 1991	58.0 39.3 ^{b/} - 45.4 ^{b/ c/}	390 353 ^{b/} 400	330 550 ^{c/}
México	1990	13.0 ^{b/} - 23.3 ^{b/ c/}	171 ^{b/}	200 - 210 ^{b/}
Nicaragua	1980 1990			427 *** 526 ***
Perú	1977 1982 1989 1991	51.8 ^{b/} - 51.9 ^{c/} - 57.0 ^{b/}	100 300 ^{b/}	177 ^{b/} 400 - 430 ^{c/} 123
Puerto Rico	1991	20.0	200	
República Dominicana	1992	30.7 ^{b/} - 43.7 ^{b/ c/}	279 ^{b/}	390 ^{c/}
Uruguay	1981-1985			206 (partos)
Venezuela	1970 1980			315 ** 375 **

Nota: Las celdillas vacías representan falta de información.

* Estimado por la autora, multiplicando por 5 el porcentaje de abortos inducidos hospitalizados (en base a ^{a/}).

** Estimado por la autora, considerando un 75% de los abortos hospitalizados como inducidos y multiplicando por 5 este porcentaje (en base a ^{a/}).

*** Estimado por la autora, considerando un 61,5% de los abortos hospitalizados como inducidos (Marín, 1994) y multiplicando por 5 este porcentaje (en base a ^{a/}).

Fuentes: ^{a/} Instituto de la Mujer de España y FLACSO (1993, 1994); ^{b/} Singh y Wulf (1991, 1994); ^{c/} Alan Guttmacher Institute (1994); Argentina: Llovet y Ramos (1988); Belice: Social Planning Unit and Department of Women's Affairs (1994); Colombia: Zamudio *et al.* (1994a, 1994b) y Salas (1994); Cuba: Soza *et al.* (1990) y Alvarez (1994); Chile: Silva (1990), Requena (1990) y Salazar (1993a); México: Paxman, Rizo, Brown y Benson (1993); Perú: Cervantes (1994), Presidencia del Consejo de Ministros (1993) y Espinoza (1994); Puerto Rico: Azize (1994); Uruguay: Uruguay (1993).

FUENTES DE LA TABLA 1

Bolivia: Pereira (1992) e INE (1994); Brasil: CEPAL (1993); Colombia: Kendall (1980), CCRP y Minsalud (1988), y PROFAMILIA (1991); Costa Rica: Kendall (1980), ADC (1988) y Ramírez (1994); Cuba: Catasús (1991); Chile: Solís (1991) y Muñoz *et al.* (1991); Ecuador: CEPAR (1988a) y CEPAR y MSP (1990); El Salvador: A. Guttmacher Instit. (1988a); Guatemala: Ministerio de Salud Pública (1989); Guyana: ISI (1980); Haití: Naciones Unidas (1986); Jamaica: ISIS (1982) y Althaus (1991); México: Kendall (1980), Mier y Terán (1990) y Welti y Grajales (1989); Nicaragua: PROFAMILIA (1993); Panamá: Warren *et al.* (1988); Paraguay: DGE (1981) y CEPEP (1991); Perú: Kendall (1980), Guadalupe (1988) e INEI y Asociación Benéfica PRISMA (1992); República Dominicana: Kendall (1980), CONAPOFA (1987) e IEPD y ONAPLAN (1992); Trinidad y Tabago: Heath *et al.* (1988); Venezuela: Freitez y Romero (1991) y estimaciones basadas en información del Anuario Estadístico de Venezuela de la OCEI.

FUENTES DE LA TABLA 13

^{a/} CELADE (1993); ^{b/} Naciones Unidas (1989a); ^{c/} Boland (1992); ^{d/} Barker y Saint-Victor (1992); ^{e/} Rémez (1994b); Argentina: Pantelides (1990) y Ministerio de Salud (1991); Bolivia: Tórrez (1992) e INE (1990, 1994); Brasil: A. Guttmacher Inst. (1988); Colombia: Prada *et al.* (1988), PROFAMILIA (1991) y Zamudio y Rubiano (1994); Costa Rica: Sandoval y López (1990) y Achío y Gómez (1994); Cuba: Puñales (1992) e Instituto de Investigaciones Estadísticas (1994); Chile: Instituto de la Mujer (1989), Viel y Campos (1988), Solís (1991) y Castro (1994); Ecuador: CEPAR y MSP (1990); El Salvador: ADS (1989, 1993); Granada: Morris (1990); Guatemala: Herold *et al.* (1988) y Hernández (1992); Haití: Cayemittes y Chahnazarian (1989); Honduras: Bernales y Ponce (1992); Jamaica: National Family Planning Board (1988); México: Núñez *et al.* (1988) y Bobadilla-Fernández, Schaeffer-Pedrazzini y Alagon (1990); Panamá: Ministerio de Salud (1989), Hernández (1992) y Bethancourt (1989); Paraguay: CEPEP (1991); Perú: Ferrando *et al.* (1989) e INEI y Asociación Benéfica PRISMA (1992); República Dominicana: IEPD y ONAPLAN (1992) y Tactuk *et al.* (1990); Santa Lucía: Guengant *et al.* (1991); Trinidad y Tabago: Rind (1989); Venezuela: Bidegain (1988).

FUENTES DE LA TABLA 17

^{a/} Rutenberg y Landry (1993); ^{b/} Weinberger (1994); ^{c/} Naciones Unidas (1989b); ^{d/} Guengant (1992); ^{e/} Instituto de la Mujer de España y FLACSO (1992, 1993, 1994, 1995); Belice: Social Planning Unit and Department of Women's Affairs (1994); Bolivia: INE (1990, 1994); Brasil: Berquó (1992); Colombia: CCRP y Minsalud (1988), PROFAMILIA (1991) y Zamudio y Rubiano (1994); Costa Rica: Rosero (1994); Cuba: Comité Estatal de Estadísticas (1988); Chile: Reyes (1990) y Requena (1990); Ecuador: CEPAR y MSP (1990); El Salvador: ADS (1987, 1989, 1993); Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1989); Haití: Cayemittes y Chahnazarian (1989) y Chahnazarian (1992); Honduras: Oberle *et al.* (1989), MSP (1990) y ADS (1993); Jamaica: McFarlane y Warren (1989) y McFarlane *et al.* (1993); México: Secretaría de Salud (1989) y Palma y Suárez (1991); Nicaragua: PROFAMILIA (1993); Panamá: Warren, Oberle, Morris y Médica (1988), Weinberger (1990) y MIPPE (1992); Paraguay: Alan Guttmacher Institute (1989a), Weinberger (1990) y CEPEP (1991); Perú: Chávez (1991) e INEI y Asociación Benéfica PRISMA (1992); República Dominicana: McFarlane y Warren (1989), Ramírez (1991), IEPD y Oficina Nacional de Planificación (1992) y Morillo (1993); Suriname: Lamur (1989); Trinidad y Tabago: Family Planning Association of Trinidad and Tobago (1988), Rind (1991) y Dral (1993); Venezuela: Freitez y Romero (1991).

FUENTES DE LA TABLA 18

^{a/} Weinberger (1994); ^{b/} Weinberger *et al.* (1989); ^{c/} Castro y Njogu (1994); ^{d/} Instituto de la Mujer de España y FLACSO (1992, 1993, 1994, 1995); Bolivia: INE (1990, 1994); Brasil: Henriques (1989) y Quental (1993); Colombia: CCRP y Minsalud (1988) y PROFAMILIA (1991); Costa Rica: Caja Costarricense del Seguro Social (1993) y Rosero (1994); Ecuador: Ordóñez *et al.* (1992) y CEPAR y MSP (1990); El Salvador: ADS (1987, 1993); Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1989); Haití: Cayemittes y Chahnazarian (1989); Honduras: Alan Guttmacher Institute (1988); Jamaica: McFarlane y Warren (1989); México: Secretaría de Salud (1990) y Quilodrán (1991); Nicaragua: PROFAMILIA (1993); Panamá: MIPPE (1992); Paraguay: Alan Guttmacher Institute (1989a) y CEPEP (1991); Perú: INE (1988) e INEI y Asociación Benéfica PRISMA (1992); República Dominicana: Ramírez (1991) e IEPD y Oficina Nacional de Planificación (1992); Trinidad y Tabago: Family Planning Association of Trinidad and Tobago (1988); Uruguay: Ministerio de Salud Pública (1990); Venezuela: Freitez y Romero (1991).

FUENTES DE LA TABLA 20

^{a/} Naciones Unidas (1989b); ^{b/} Weinberger (1990); ^{c/} Instituto de la Mujer de España y FLACSO (1993, 1994, 1995); ^{d/} Ross (1991) en Berquó (1994); Belice: Rosero (1994); Bolivia: INE (1994); Brasil: Souza (1992); Colombia: CCRP y Minsalud (1988) y PROFAMILIA (1991); Costa Rica: Rosero (1994) y Caja Costarricense del Seguro Social (1993); Cuba: Comité Estatal de Estadísticas (1988); Ecuador: Ordóñez *et al.* (1992); El Salvador: ADS (1987, 1989, 1993); Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1989); Honduras: Rosero (1994); Nicaragua: PROFAMILIA (1993); Panamá: MIPPE (1992); Paraguay: CEPEP (1991); Puerto Rico: Morris citado en Ordóñez *et al.* (1992); República Dominicana: McFarlane y Warren (1989), IEPD y Oficina Nacional de Planificación (1992) y Ramírez (1991); Uruguay: Ministerio de Salud Pública (1990).