NOTAS DE POBLACION

Revista Latinoamericana de Demografía

LC/DEM/G. 124
Septiembre, 1992

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

NOTAS DE POBLACION

AÑO XX, Nº 55, SANTIAGO DE CHILE,
JUNIO 1992

ISSN 0303 - 1829

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA
Director: Reynaldo F. Bajraj

La revista Notas de Población es una publicación del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), cuyo propósito principal es la difusión de investigaciones y estudios de población sobre América Latina, aun cuando recibe con particular interés artículos de especialistas de fuera de la región y, en algunos casos, contribuciones que se refieren a otras regiones del mundo. Se publica dos veces al año (junio y diciembre), con una orientación interdisciplinaria, por lo que acoge tanto artículos sobre demografía propiamente tal, como otros que aborden las relaciones entre los fenómenos demográficos y los fenómenos económicos, sociales y biológicos.

Redacción y Administración:
Casilla 91, Santiago, Chile

Precio del ejemplar: US$12
Suscripción anual: US$20

SUMARIO

Página

PRESENTACION

Los artículos que forman parte de este número de *Notas de Población* fueron originalmente presentados en el Seminario sobre la Transición de la Fecundidad en América Latina, el que tuvo lugar en Buenos Aires, Argentina, entre el 3 y el 6 de abril de 1990. Este Seminario fue organizado por el Comité sobre Análisis Comparativo de la Fecundidad de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, en colaboración con el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y el Centro de Estudios de Población (CENEP), siendo su objetivo principal responder a preguntas relativas a la magnitud y rapidez de las reducciones de fecundidad en la región, y sus causas y consecuencias más importantes.

Para el presente número se han seleccionado 6 artículos que abarcan diferentes aspectos de la transición de la fecundidad desde una perspectiva regional. Los artículos versan sobre los niveles, tendencias y diferencias en la fecundidad observada y deseada, sus determinantes próximos, y sus interrelaciones con la evolución de los programas de planificación familiar y algunos cambios socio-económicos. En su conjunto, los artículos presentan evaluaciones y discusiones actualizadas sobre dichos temas, haciendo uso de informaciones recientes y en algunos casos, incorporando interesantes innovaciones en las técnicas de estimación y análisis.

En números futuros de *Notas*, se contempla la inclusión de otros documentos presentados en el mismo Seminario, que tratan de una variedad de tópicos referidos al estudio de la transición de la fecundidad.

LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y SU FUNCION EN LA TRANSICION DE LA FECUNDIDAD EN AMERICA LATINA

Axel Mundigo
(Organización Mundial de la Salud,
Ginebra, Suiza)

RESUMEN

Este artículo traza los orígenes de los cambios en la fecundidad, de las actitudes respecto de la anticoncepción y de los valores de tamaño reducido de familia en América Latina, sobre la base de informaciones recogidas durante las décadas de los 60 y los 70 sobre el aborto, la fecundidad y la prevalencia anticonceptiva. Explora los inicios y el papel de los programas de planificación familiar, sugiriéndose que ellos actuaron como facilitadores de la transición "masiva", más que como iniciadores de ese proceso. Estudios anteriores sugieren que el "exceso de fecundidad" era generalizado en la mayoría de los países de la región en los años 60 y que por tanto existía ya en esa época una verdadera demanda insatisfecha para la regulación de la fecundidad.

Cuando comenzaron a organizarse los programas de planificación familiar, la investigación sobre el aborto llevada a cabo en unos pocos países puso a disposición de los gobiernos un importante argumento económico y de salud para mejorar esos servicios, en contraposición a la asignación de los escasos recursos económicos y camas de maternidad para atender las complicaciones del aborto inducido. Las iniciativas privadas eran con frecuencia de escala pequeña, basadas en medios urbanos, de naturaleza semi-experimental, y servían a una población reducida, cuya demanda latente por servicios anticonceptivos era elevada.

Su éxito inicial, el apoyo posterior que recibieron de fuentes financieras externas y la atmósfera mundial relativa a la percepción de los problemas asociados al crecimiento de la población otorgaron un ambiente propicio para su rápida expansión.

(PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR)
(ABORTO PROVOCADO)

(BAJA DE LA FECUNDIDAD)
(SERVICIOS DE SALUD)

THE ROLE OF FAMILY PLANNING PROGRAMMES IN THE FERTILITY TRANSITION OF LATIN AMERICA

SUMMARY

This article traces the origins of fertility changes, of attitudes towards contraception and of lower family size values in Latin America, on the basis of information collected during the 1960s and 1970s on abortion, fertility and contraceptive prevalence. It explores the origins and the role of family planning programmes and suggests that they acted as facilitators of the "mass" transition rather than as the agents that unleashed this process. Earlier studies suggest that by the 1960s "excess fertility" was widespread in most countries of the region, and therefore a real unmet demand for fertility regulation already existed.

When the organized family planning programs started, research on abortion conducted in a few countries provided an important economic –as well as health– argument for governments to improve these services, instead of using the scarce financial resources and hospital maternity beds to attend abortion complications. Private initiatives were often small in scale, urban based and semi–experimental in nature, serving a population where the latent demand for contraception was high. Their initial success, the subsequent support received from external funding sources and the general world atmosphere regarding the perception of the problems associated with population growth provided an environment propitious for their rapid expansion.

(FAMILY PLANNING PROGRAMMES) (FERTILITY DECLINE)
(INDUCED ABORTION) (HEALTH SERVICES)

I. EL INICIO DE LA TRANSICION DE LA FECUNDIDAD

Como resultado de la expansión de programas y servicios de salud del sector público, cuya finalidad era la erradicación de enfermedades endémicas, se registró en América Latina durante los 20 años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial un descenso lento pero significativo en las tasas de mortalidad. La fecundidad en este período continuó alta e incluso aumentó en algunos países dadas las mejores condiciones de salud. Alrededor de los años 60, los demógrafos latinoamericanos comenzaron a producir estimaciones y a delinear las tendencias que predecían el futuro crecimiento de la población y, en centros nacionales y regionales de investigación, se empezó a estudiar la influencia que ejercen sobre el desarrollo los factores demográficos. En los Estados Unidos, Coale y Hoover (1958) publicaron un estudio que señalaba los resultados negativos que tiene una fecundidad alta para el progreso económico de los países en desarrollo y sostenía que las inversiones para el sustento de poblaciones en rápida expansión impiden hacer otras que son necesarias para los sectores vitales de la economía. Sus conclusiones, basadas en datos para India y México, y el debate que les siguió, cobraron gran importancia porque contribuyeron a producir un clima propicio a la ayuda internacional para los programas de población e influyeron las políticas del gobierno de los Estados Unidos de América. A medida que se documentaba la magnitud del crecimiento poblacional, en especial los efectos de poblaciones que duplican su tamaño rápidamente, y las consecuencias de estructuras de edades más jóvenes, utilizando informaciones nuevas provenientes de fuentes fidedignas, se comenzaron también a oír argumentos más decididos para un control del crecimiento demográfico, convirtiéndose el problema poblacional en una "crisis" de dimensión global hacia fines de la década de 1960.

Durante los decenios de 1950 y 1960 los gobiernos latinoamericanos actuaban generalmente bajo el supuesto que "gobernar es poblar"

y consideraban que la expansión de la población era un recurso para el crecimiento futuro de la economía nacional. Entre los dirigentes gubernamentales la posición ideológica central era pro-natalista: se pensaba que el crecimiento demográfico era un ingrediente esencial para acelerar la producción, generar la demanda, e incrementar la mano de obra necesaria para el desarrollo industrial; y en algunos casos se consideraba que para la seguridad nacional era esencial una mayor población. El hecho que la productividad más bien depende de la capacitación y el adiestramiento de la fuerza laboral que de su número absoluto preocupaba sólo a un número reducido de dirigentes políticos. Para muchos, mientras la tasa de crecimiento demográfico permaneciese más baja que la del producto nacional bruto, no había razón para preocuparse.

En las declaraciones de los dirigentes o intelectuales de la época se ven reflejadas las filosofías "poblacionistas" imperantes.

Por ejemplo, Gilberto Loyo (1963), el reconocido economista mexicano y personero del gobierno opinó que: "la presión demográfica crea fuerzas sociales y políticas que tienden a acelerar el progreso y a mostrar, con mayor claridad, las características y la gravedad de los problemas [económicos]. Sin estas presiones demográficas ... la evolución progresiva de este mundo sería más lenta y dudo que fuera menos onerosa." Estos puntos de vista han vuelto a hacerse populares en algunos sectores y han encontrado a un portavoz acérrimo en el economista estadounidense Julian Simon (1981, 345-346) que sostiene que: "No existe razón física o económica para que el ingenio humano y espíritu emprendedor no continúen por siempre respondiendo a las escaseces inminentes y a los problemas del momento con fórmulas nuevas que, después de un período de ajuste, no nos dejen en mejor estado que antes de surgir el problema. Agregar más personas nos causará un número mayor de tales problemas pero al mismo tiempo habrá más personas para resolverlos y dejarnos con un dividendo a largo plazo de gastos más bajos y de menor escasez." Debe mencionarse que Gilberto Loyo no se oponía a la planificación familiar. En otro artículo (1974, 198) comenta que: "la aplicación de medidas de planificación familiar, basadas en el derecho que tiene la pareja de determinar la dimensión de su familia ... le permitiría a la mayoría de los países latinoamericanos con tasas altas de natalidad registrar importantes reducciones en los años 80."

Frente a tales antecedentes, se examinan en este artículo los diversos factores –individuales, políticos, internacionales– que dieron impulso al inicio de la transición de la fecundidad en América Latina, especialmente

la función que ejercieron sobre ella los programas de planificación familiar. Esta mezcla de factores incluye también presiones demográficas, sociales y económicas significativas que obraron sobre la familia para que redujera su tamaño. Cabe recalcar que dentro de una sociedad particular no todos los grupos se vieron expuestos a las mismas presiones ni tuvieron acceso a la regulación de la fecundidad o a los métodos anticonceptivos al mismo tiempo, lo cual produjo una transición demográfica de fases múltiples.

II. AMERICA LATINA: UNA TRANSICION DE FASES MULTIPLES

La transición de la fecundidad en América Latina no ha proseguido de manera uniforme ni ha sido un fenómeno generalizado que abarca a todos los grupos sociales simultáneamente. Se podría decir, más bien, que su trayectoria ha sido por etapas. Una fase anterior o inicial, y más bien reducida en términos del impacto demográfico general puesto que se limitó a grupos de situación económica acomodada, tuvo sin embargo importancia al establecer nuevas normas de comportamiento reproductivo. A medida que las fases subsiguientes u otras más avanzadas se iniciaban, otros grupos empezaban a reducir sus valores reproductivos extendiéndose más adelante estos valores a todos los estratos sociales. Las fases más avanzadas de la transición de la fecundidad son más complejas y fueron impulsadas también por la modernización y por condiciones económicas nuevas que produjeron el derrumbe de la razón fundamental que tradicionalmente favorecía las familias grandes.

Este razonamiento se funda en la teoría de transición de Caldwell (1982, 338) que está basada en la dirección del movimiento de la riqueza familiar y en el modo racional de las decisiones económicas: cuando la familia comienza a invertir en sus hijos, cambiando así la dirección del "flujo de la riqueza" de sociedades campesinas en las cuales los jóvenes apoyan a los viejos, "la mayoría de las parejas seguirán teniendo hijos pero lograrán hacerlo recibiendo de una fuente más pequeña y más concentrada todos los placeres que desean los padres ... Tendrán un número [más pequeño], plenamente conscientes que tener hijos no es económico." La familia de clase media en América Latina comenzó, especialmente durante el período de postguerra, a darle mayor importancia a la educación a largo plazo de sus hijos, con la expectativa que dentro de las próximas generaciones éstos alcanzarían a mejorar tanto

su situación económica como su categoría profesional, asegurando así el mejoramiento futuro de la familia en la sociedad. Las familias pioneras en cuanto a cambios de comportamiento reproductivo fueron aquellas cuya situación económica hubiera sufrido una fuerte baja de no haberse percatado que a nivel individual la reproducción sin límites les era perjudicial económicamente y, por consiguiente, también a su grupo social. Su motivación de reducir el tamaño de la familia se vio respaldada por los costos, siempre ascendentes, del tipo de consumo que aseguraría su posición a largo plazo: la educación. La escolaridad en sí haría a los hijos más costosos a medida que tanto los gastos directos como los indirectos aumentarían y con las demandas crecientes que los hijos impondrían a sus padres, el comportamiento reproductivo de las familias de clase media cambiaría. Comenzarían a surgir valores de fecundidad más bajos y éstos se mantendrían por temor a la inflación que amenazaría los logros económicos conseguidos por la clase media durante los años de postguerra. La inflación significaba además un aumento de los gastos educacionales, sin dejar de mencionar los costos de la vivienda, comida, ropa y varios otros relacionados directamente con la preservación del estilo de vida de la familia.

La evidencia de estos cambios tempranos en el comportamiento de la fecundidad a nivel individual en América Latina surgió inicialmente de estudios epidemiológicos que mostraron una alta incidencia de abortos inducidos y el costo de atención asociado a un número creciente de complicaciones de aborto en hospitales públicos de Chile (Armijo y Monreal, 1965). Estos estudios demostraron también que "las mujeres de clase media tenían más abortos que las hijas de trabajadores", lo cual muestra cuán fuerte es el compromiso de la clase media de controlar el tamaño de la familia aun al verse enfrentada a un embarazo no deseado. Igualmente, entre estos grupos pueden apreciarse las tasas más bajas de fecundidad en las encuestas iniciales de ciudades latinoamericanas realizadas por CELADE (1963-64). En su informe sobre los resultados de las encuestas llevadas a cabo en la Ciudad de Panamá, Río de Janeiro y San José, los investigadores Miró y Rath (1965, 50) observaron que los datos para estas ciudades "prueban sin lugar a dudas la correlación inversa que existe entre el nivel educacional y la fecundidad". En Río de Janeiro, tomando tan sólo un caso, las mujeres con educación secundaria tenían en promedio 1.4 hijos mientras que las mujeres con tres años o menos de educación primaria tenían 3 o más. En Panamá y San José, las diferencias eran aún más asombrosas. Los autores señalan que el nivel de escolaridad mide más exactamente la situación socioeconómica que

otros indicadores, tales como el trabajo del esposo, pero sea cual fuere el índice utilizado, los resultados mostraron uniformemente que la fecundidad era más baja entre las familias más acomodadas de estas ciudades.

La evidencia de un cambio de valores, basada en un estudio realizado en 1960 sobre hombres en Brasil y México, es otra indicación del cambio de actitudes hacia el tamaño de la familia entre trabajadores con ambiciones de clase media (Kahl, 1967). La muestra obtenida para el estudio se basa en 627 hombres para Brasil y en 740 para México (residentes en Río de Janeiro y en Ciudad de México, pero de distintos antecedentes urbanos y rurales como también de categoría profesional). El ideal de tamaño de familia de estos hombres fue en promedio sorprendentemente pequeño para aquel tiempo: 2.6 hijos entre los brasileños y 3.9 entre los mexicanos. En México, el deseo de tener un múmero de hijos levemente más alto era uniforme entre todas las categorías ocupacionales. En Brasil el tamaño medio ideal de familia fue bastante homogéneo entre los grupos ocupacionales, pero en México los hombres en ocupaciones manuales tenían tamaños de familia ideales levemente más altos que los profesionales o los administrativos. El estudio considera una posición de "clase media" como el factor determinante de las aspiraciones de tamaño de familia en México y, en el caso del Brasil, a la residencia metropolitana. En el estudio se predice que el descenso de la fecundidad en Brasil se deberá pasado el tiempo a la "metropolización", mientras que en México esto ocurrirá más naturalmente entre los sectores de clase media que disminuirán el tamaño de familia para así poder mantener esa posición social.

En América Latina, la siguiente fase definible de la transición de la fecundidad comienza en la mayoría de los países a mediados de la década de 1960 o alrededor de 1970, dada la mayor generalización de los nuevos patrones de comportamiento reproductivo a través de la población. Las normas de fecundidad de la clase media se extienden rápidamente a grupos socioeconómicos más bajos, aunque las motivaciones para reducir el tamaño de la familia son diferentes. La transformación de muchas economías a mercados orientados hacia el consumidor, el establecimiento de los medios de comunicación masiva, el deseo universal de poseer un aparato televisor –aun entre los sectores más pobres de la población– contribuyen a la generalización de nuevos patrones de comportamiento, incluyendo los reproductivos. Aunque la toma de decisión de la familia de clase media tuvo su origen en la protección de su posición futura en la sociedad, otros grupos sociales comenzaron a reducir la fecundidad

para poder hacerle frente a una serie de obligaciones financieras impuestas por una nueva economía de consumo masivo. Entre los observadores de estos cambios ha surgido un debate de gran amplitud sobre las diferentes "estrategias de sobrevivencia" adoptadas por las familias al encontrarse frente a graves crisis económicas, denotando una gran diversidad en las adaptaciones individuales o a nivel del hogar que incluyen el papel del cambio en la conducta reproductiva (Jelin y Feijoo, 1980; Schmink, 1984).

Durante los años 60 la mujer tuvo sin lugar a dudas un exceso de fecundidad (por sobre los niveles deseados) y a todo nivel existía una demanda insatisfecha de planificación familiar. Miró y Rath (1965, 60-61) llegaron a la conclusión que "el número de hijos considerado ideal por las mujeres entrevistadas en tres ciudades latinoamericanas es bien diferente al número de hijos que en realidad tienen" y "que la actitud general de las mujeres hacia la planificación familiar es favorable, pero que el uso de la anticoncepción aún es aparentemente algo ineficaz ya sea porque no se emplea en forma seria y persistente o porque se usa un método inapropiado." De su estudio sobre la Quinta Normal en Santiago de Chile en 1952, Requena (1965) también concluye que de una muestra representativa de este barrio de clase media, tan sólo un 18.5 por ciento de las mujeres usaban un método anticonceptivo y que estos métodos eran en su mayoría de poca eficacia: condón, diafragma, ritmo y coito interrumpido. Cuando se agrega el aborto al uso de métodos anticonceptivos la tasa de prevalencia se eleva a un 46 por ciento lo cual no sólo confirma una incidencia elevada de abortos sino una fuerte motivación por reducir el tamaño de la familia. Requena observó que existía una mayor prevalencia de la anticoncepción entre las mujeres con mayor escolaridad mientras que las mujeres de situación económica más baja y de menor escolaridad tendían a recurrir al aborto, sugiriendo que la educación no sólo es importante en la toma de decisiones para reducir la fecundidad, sino que también en la determinación del medio que se adoptará para regular la reproducción.

Los primeros programas de planificación familiar comenzaron a aparecer en los grandes centros urbanos y luego se expandieron a ciudades de provincia respondiendo a la creciente demanda de anticoncepción. Estos programas, como también gran parte de la investigación pionera en este campo, fueron iniciados por representantes de la profesión médica o por grupos de médicos –principalmente ginecólogos– en respuesta a su inquietud por las consecuencias para la salud de prácticas tales como el aborto inducido. Sus esfuerzos se

realizaron a una escala pequeña e inicialmente respondieron a las necesidades de planificación familiar insatisfecha de los grupos urbanos de clase media. Es difícil sostener que el inicio de la transición demográfica en América Latina se debe a los programas de planificación familiar; éstos parecen más bien haber sido un instrumento mediador que contribuyó a cambios de conducta ya encaminados y cuya legitimidad yace en la demanda que ya existía de tales servicios. A medida que el descenso de la fecundidad se aceleraba y que el comportamiento de la fecundidad cambiaba a través del total de la sociedad, las funciones de los programas de planificación familiar cobraron mayor importancia, ampliando su alcance al utilizar medios comerciales de distribución y otras fórmulas innovadoras de servicios. Con el avance de la transición de la fecundidad, sus funciones variaron respondiendo a la demanda creciente del sector urbano y más tarde al del rural pobre donde la necesidad de servicios insatisfechos era mayor. Como se verá más adelante, en América Latina las farmacias también tuvieron una función importante en la satisfacción de la demanda de anticoncepción.

III. ORIGENES DE LOS PROGRAMAS

En la mayoría de los casos, los orígenes de los programas de planificación familiar en América Latina se remontan a los años 60 siendo éstos, como ya se ha dicho, principalmente, de naturaleza privada. Al comienzo, el suministro de servicios de planificación familiar dentro del sector público respondió a un conjunto de circunstancias comunes. Las diversas etapas que atravesó el desarrollo de estos programas, según las observaciones de Taucher (1979, 204), son las siguientes: a) los grupos sociales más acomodados comienzan el uso de métodos anticonceptivos utilizando los servicos privados; b) al intensificarse el debate público sobre la "crisis demográfica" y al reiniciarse la discusión de teorías neomaltusianas, grupos médicos privados comienzan a organizar, con ayuda financiera internacional, actividades de planificación familiar en pequeña escala para los sectores de bajos ingresos; c) cuando las investigaciones sobre el aborto demuestran que existe una necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar, las autoridades nacionales de salud comienzan a presionar para que se incorpore la planificación familiar dentro del sistema nacional de salud pública, incluyéndola como parte integral de los servicios de atención materno-infantil; y, d) bajo algunos gobiernos, la planificación familiar se incorpora dentro de los programas de atención

materno-infantil, mientras que en otros opera verticalmente dentro del sistema de salud, y aun en otros sigue contando con el apoyo creciente de programas del sector privado para proveer de servicios de planificación familiar. Brasil y Colombia son dos ejemplos notables de esta política.

Las fechas siguientes (Soto, 1976) marcan los comienzos de los programas organizados de planificacion familiar (privados o públicos) en Latinoamérica:

1959:	México
1961:	Uruguay
1963:	Chile, Honduras, Venezuela
1965:	Colombia, Guatemala, República Dominicana
1966:	Argentina, Brasil, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Haití, Panamá, Paraguay
1967:	Bolivia, Perú
1968:	Nicaragua

Estos programas, a excepción del de Nicaragua, se desarrollaron inicialmente con ayuda de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) pero con el aporte de fondos adicionales para la planificación familiar durante la década de 1970 –a saber, del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP)– y fueron incorporados en forma gradual por los gobiernos dentro de los servicios existentes de atención materno-infantil (García y Carvajal, 1979, 220-224). Por ejemplo en Colombia, la Asociación Pro-bienestar de la Familia (PROFAMILIA) comenzó sus servicios en 1965 pero alrededor del año 1970 el gobierno empezó a incluir la planificación familiar dentro de sus servicios de salud materno-infantil.

El nivel de prevalencia de uso de anticonceptivos para los países de América Central a mediados de los años 70 se muestra en el cuadro 1. Exceptuando Costa Rica, cuya prevalencia era de un 16 por ciento, la de los demás países era muy baja; sin embargo, hacia fines del decenio de 1980, la mayoría de estos países había logrado alcanzar tasas tres a cuatro veces mayores. Los primeros usuarios de estos programas estaban comenzando a adoptar normas sociales ya ampliamente aceptadas entre grupos socioeconómicos más altos y su uso de anticoncepción moderna tuvo como objetivo, al inicio, limitar el tamaño de familia. En la mayoría de los casos el promedio de edad era de 26 ó 27 años; sin embargo, y a medida que se expandieron algunos de los programas, el promedio de edad de los usuarios nuevos tendía a descender a 25 ó 24 años, como en el caso de Costa Rica. Igualmente, al aumentar los programas y la

aceptación de la planificación familiar como norma social, se produjo un cambio importante cuando la mujer comenzó a usar cada vez más la planificación familiar para espaciar sus embarazos. La mayoría de estas primeras usuarias confiaban en la píldora y un 10 a 15 por ciento en el DIU. Exceptuando El Salvador, la aceptación de la esterilización fue insignificante en América Latina (García y Carvajal, 1979).

Cuadro 1

AMERICA CENTRAL: USUARIAS NUEVAS Y ACTIVAS, Y TASA DE PREVALENCIA, ALREDEDOR DE 1974-1975

País	Año	Usuarias nuevas	Usuarias activas	Tasa de prevalencia
Costa Rica	1974	25 827	68 888	16.0
El Salvador	1974	15 367	76 836	8.4
Guatemala	1974	22 182	29 609	2.5
Honduras	1974	8 520	10 201	7.4
Nicaragua	1974	9 384	47 705	9.5
Panamá	1976	11 408	40 105	11.1

Fuente: García, M. L. y J. Carvajal, 1979, 222-223.

IV. UN CLIMA POLITICO NUEVO

La calidad y amplitud de los análisis demográficos en Latinoamérica durante los años 60 mejoró de manera notable, en particular como resultado de los esfuerzos del entonces nuevo Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) en Santiago de Chile. Este Centro comenzó a publicar estadísticas oficiales y estimaciones demográficas elaboradas científicamente que mostraban que las tasas de natalidad en América Latina eran en efecto extremadamente altas. Por ejemplo Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, la República Dominicana y Venezuela exhibieron tasas de natalidad de 44 o más nacimientos por mil, registrándose para Nicaragua y Honduras tasas de natalidad récord de 50 a 52 nacimientos por mil, respectivamente (Taucher, 1979, A-2).

La reacción a las consecuencias de la nueva realidad demográfica mostrada por CELADE y los estudios llevados a cabo por institutos investigadores nacionales fue al principio lenta por parte de los gobiernos latinoamericanos. El primer foro sobre población –y de carácter histórico

en cuanto al establecimiento de políticas– fue la Conferencia de Caracas de 1967 oficialmente conocida como "Reunión sobre Políticas de Población en relación al Desarrollo en América Latina". Es probable que siga siendo aún hoy en día el debate de amplitud regional más importante en términos de su influencia sobre las posiciones gubernamentales subsiguientes y también por haberle dado legitimidad a la planificación familiar como responsabilidad del sector público. Esta Conferencia, patrocinada por la Organización de Estados Americanos (OEA), fue el resultado de largos y sostenidos debates internos sobre población. En efecto, en 1964 el Secretario General de la OEA convocó a una reunión informal para discutir la relación entre la población y el desarrollo. Hasta aquella fecha, el consenso de muchos representantes gubernamentales a las reuniones de la OEA se veía reflejado en declaraciones tales como: "el incremento de la población, en general, es un factor positivo en el desarrollo económico" (Representante venezolano a la OEA, citado por Stycos, 1968). La mayoría de las referencias sobre el problema demográfico formuladas por la OEA habían sido hasta entonces vagas, sugiriéndose en ellas, en general, que los gobiernos formulen políticas de acuerdo a sus necesidades nacionales, o pidiéndose un número mayor de investigaciones técnicas y una mayor participación por parte de las agencias técnicas internacionales. El próximo paso se tomó en 1966 cuando la OEA, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Population Council y el Aspen Institute for Humanistic Studies sostuvieron discusiones informales sobre la posibilidad de organizar una importante reunión técnica bajo los auspicios de la OEA con el propósito de debatir los problemas de población que afectan a Latinoamérica. Se decidió proseguir con el planeamiento de una conferencia para discutir los objetivos de las políticas de población y formular estrategias para su ejecución dentro del contexto de los programas de desarrollo. En una reunión preparatoria en Washington, en febrero de 1967, se logró un acuerdo final sobre el contenido técnico y el programa de la Conferencia.

La Conferencia de Caracas, que tuvo lugar entre el 11 y el 16 de septiembre de 1967, fue patrocinada por la OEA, en colaboración con la OPS, el Consejo de Población y el Instituto Aspen, siendo su anfitrión el gobierno de Venezuela. Se invitaron a participantes con capacidad técnica más bien que oficial para así facilitar el libre intercambio de ideas (Unión Panamericana, 1967, 1-7). Pese a su significado, la Conferencia no fue inaugurada ni por el personero de la OEA con más alto rango ni tampoco por el Presidente de Venezuela, lo cual indica cuán políticamente

sensitivo era en aquel tiempo el tema de población. En cambio, la sesión inaugural incluyó al Sub-Secretario para Asuntos Económicos y Sociales de la OEA, al Director Adjunto de la OPS y al Ministro del Interior de Venezuela. La reunión fue presidida por una personalidad del sector académico, el Dr. Luis Lander, Director del Centro de Estudios para el Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela, y su relator principal fue el Dr. Víctor Urquidi, Presidente del Colegio de México. Así se pudo asegurar que la reunión se realizaría dentro de un marco técnico que permitiría sin embargo una amplia franqueza en las discusiones sobre políticas.

Como resultado de esta Conferencia se logró obtener una "Declaración" y un conjunto de "Recomendaciones", incluyendo ambos documentos puntos importantes que más tarde ejercerían una influencia sobre las posiciones políticas, especialmente en relación a la función futura de los programas de planificación familiar en la región. Son de interés especial los puntos 6, 7 y 15 de la "Declaración", siendo el punto 15 un enunciado importantísimo puesto que en él se reconoce el hecho que se puede influir en la disminución de la fecundidad a través de programas específicamente diseñados que facilitan el acceso de la población a la planificación familiar y, porque admite de manera implícita la función del Estado en la política de planificación familiar y en los programas de este sector. Las "Recomendaciones" de la Conferencia contribuyeron al establecimiento de la dirección futura que se le daría a los programas de planificación familiar en la región. Debe observarse aquí que las referencias respecto a la planificación familiar en estas "Recomendaciones" figuran bajo el capítulo de "Salud", reflejando así la naturaleza médica de las primeras intervenciones y programas. Las recomendaciones números 1, 2, 5, 24-26 y 28-30 son consideradas como claves, ya que tienen un significado de interés histórico dentro de la política de población en Latinoamérica, porque se establece en ellas un tono político correcto y se ofrece un argumento aceptable a las naciones para que puedan tomar decisiones en cuanto al crecimiento demográfico y función de los programas de planificación familiar. En estas "Recomendaciones" se hace hincapié en la integración que existe entre la población y el desarrollo como también entre la planificación familiar y la atención de salud materno-infantil; se presenta una razón fundamental para que se considere a la anticoncepción como una forma de eliminar los abortos inducidos innecesarios realizados bajo condiciones poco seguras; y se recalca cuán importante es estudiar y evaluar los problemas demográficos y la planificación familiar.

Poco después de convocarse la Conferencia de Caracas, los países comenzaron a cambiar sus posiciones pronatalistas sostenidas por largo tiempo y empezaron a adoptar políticas públicas en este campo, especialmente en México. Cabe hacer notar que Víctor Urquidi, el relator de la Conferencia, ejerció más adelante un papel notable en la preparación de la versión preliminar de la Ley de Población de México. Igualmente, cabe mencionar que varias personalidades entre los participantes a la Conferencia ejercieron más adelante gran influencia en sus propios países, ya sea en la formulación de políticas de población o en el desarrollo de programas de planificación familiar.

V. LA INFLUENCIA DE LA PROFESION MEDICA

La profesión médica merece un debido reconocimiento por su función en cuanto a los cambios de actitudes políticas y el desarrollo de servicios pioneros de planificación familiar, servicios que más adelante constituirían los fundamentos de programas más extensos en América Latina. Los primeros estudios que documentan la demanda insatisfecha de servicios de regulación de la fecundidad fueron dirigidos por investigadores médicos o del sector de salud pública. En las escuelas de medicina o de salud pública en países tales como Brasil, Chile, Colombia, México y otros, se formaron grupos de investigación sobre cuestiones de planificación familiar bajo diversos nombres y siglas, como ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina). Lo mismo ocurrió con los programas de planificación familiar más importantes, tales como PROFAMILIA en Colombia, BEMFAM en Brasil y los amplios programas de servicios en México iniciados y dirigidos por reconocidas personalidades médicas.

El esfuerzo que demostraron los investigadores médicos en documentar la incidencia del aborto inducido en América Latina constituye un aporte significativo puesto que le abrió el camino a la planificación familiar. Los estudios sobre el aborto ejercieron una función clave al influir en las opiniones latinoamericanas en favor de la planificación familiar y de las políticas públicas relacionadas con la población y salud. Los ya citados trabajos de Armijo y Monreal en Chile, como también el de Requena, a principios de los años 60, fueron fundamentales en propiciar una serie de argumentos y justificaciones novedosos, basados en la salud, para el suministro de servicios de planificación familiar (Armijo y Monreal, 1965; Requena, 1965). Los

trabajos realizados por estos tres investigadores son considerados como estudios clásicos sobre el aborto en América Latina. Más tarde, otros investigadores seguirían sus pasos, no solamente en Chile sino también en varios otros países, llegando a las mismas conclusiones: básicamente, que la mujer que ya no quiere tener más hijos tomará cualquier medida para lograrlo por extrema que sea, incluso arriesgando su propia vida. Los investigadores demostraron además que un aborto no efectuado bajo condiciones seguras constituye una carga económica muy pesada para el sistema nacional de salud, dado que a los hospitales de maternidad no les queda otra opción que prestar servicios a la mujer que llega con complicaciones causadas por un aborto incompleto. Este fue un argumento poderoso en favor de la planificación familiar. Cuando en 1964 se creó el Comité Chileno de Protección a la Familia, solamente dos departamentos en hospitales de Santiago ofrecían información sobre anticoncepción como parte de los servicios regulares de ginecología (Delgado-García, 1966).

Armijo y Monreal (1965) documentaron la existencia de un incremento constante del número de admisiones a hospitales debido a abortos incompletos clandestinos, llegando a un total de 57 368 casos en 1960. Notaron también que a lo largo de un período de veinte años de observación de estadísticas hospitalarias, el número de partos había aumentado 1.8 veces mientras que el número de casos admitidos debido a complicaciones de aborto había aumentado 4.4 veces –o un alza desde 84 complicaciones de aborto por 1 000 nacimientos, a fines de los años 30, a 223 por mil nacimientos en 1960. Nuevamente, estos datos sobre el aborto indican cambios en el comportamiento reproductivo que comienzan en el período anterior a la Segunda Guerra Mundial, lo cual apoya la hipótesis de una fase mucho más temprana de transición de la fecundidad. La existencia de tendencias similares se corrobora en estudios posteriores en otros países.

Armijo y Monreal estimaron que un año, 1960, le costó a Chile 184 000 días-cama ofrecer servicios que fueron necesarios por complicaciones de aborto, o un gasto correspondiente a un millón de dólares (en dólares de 1990, la cifra remontaría por lo menos 10 veces la cantidad). Para mejorar e ir más allá de las estadísticas de los hospitales, Armijo y Monreal (1965, 264-65) extrajeron una muestra aleatoria censal en 1961 representativa de 2 464 viviendas para Santiago y sus alrededores. Más adelante, en 1963-64, se obtuvieron muestras para dos provincias chilenas: Concepción (en el sur) y Antofagasta (en el norte). Para estas tres áreas se obtuvo información sobre 3 776 mujeres

entre las edades 20-45 años. De estas mujeres, un 41.3 por ciento admitió voluntariamente haber tenido un historial de aborto, lo cual dio un total de 3 989 abortos de todos los tipos, y un 23 por ciento (885 mujeres) admitieron haber tenido un aborto inducido. La mayoría de las mujeres con un antecedente de aborto inducido admitieron haber tenido entre uno a tres abortos (74.6 por ciento para Santiago, 87.5 por ciento para Concepción y 63.4 por ciento para Antofagasta). Con esta sorprendente información el número total de abortos inducidos llegó a 2 415. Igualmente admirable fue el hecho que de las mujeres que admitieron haber tenido un aborto inducido, un 8.4 por ciento tuvo más de siete. Es difícil subestimar el impacto de estos hallazgos.

En cuanto a la naturaleza de las primeras fases de la transición de la fecundidad, tiempo en que los métodos anticonceptivos eran en general poco eficaces, surge una interrogante importante: ¿Cuáles eran las características de las mujeres que recurrían al aborto inducido? ¿eran éstas solteras, jóvenes?, ¿trabajaban en oficinas o industrias? La respuesta es negativa ya que casi todas estaban casadas y las tasas más altas de aborto correspondían a mujeres que ya habían tenido 4 a 6 embarazos. Esto significa que la mayoría de los abortos ocurría entre mujeres que por lo menos tenían tres hijos vivos. Debe recordarse que aunque se recurría al aborto inducido para controlar la fecundidad, éste era (y aún lo es) ilegal en Chile.

En 1967, después de los estudios realizados en Chile, CELADE dirigió un programa de encuestas comparativas sobre el aborto inducido y la planificación familiar en América Latina, conocido como PEAL. Esta nueva serie de estudios se llevó a cabo en Bogotá (1968), Ciudad de Panamá (1969), Buenos Aires (1969) y Lima (1970). La metodología empleada por CELADE fue más tarde aplicada a Bolivia, Nicaragua y Paraguay en estudios sobre el aborto inducido, en su mayoría en áreas urbanas (Gaslonde, 1975).

La evidencia que se obtuvo de estos estudios urbanos demostró que la tasa de prevalencia de abortos era alta, en particular donde las tasas de natalidad eran bajas, y que había no sólo diferencias urbano-rurales importantes, sino que también diferencias significativas según educación y condición socioeconómica. La nueva evidencia indicó, como en el caso chileno, que el aborto era más común entre las mujeres urbanas maduras y casadas que ya tenían tres a cuatro hijos. Gaslonde (1975, 18) observó que en todas las ciudades estudiadas por el PEAL, a excepción de Buenos Aires, las tasas de aborto se habían elevado en los cinco años anteriores a las encuestas y que en forma especial el aumento había sido importante

en Bogotá, Lima, Ciudad de Panamá y Asunción. El alza fue particularmente aguda en Lima, registrándose aumentos anuales de un 24 por ciento. Las tasas de aborto, basadas en el número de abortos por 100 mujeres en edad de procreación para los 12 meses que precedieron la encuesta, eran similares a las que Armijo y Monreal (1965, 265) encontraron con anterioridad para Santiago (un 26.2 por ciento). La tasa correspondiente para Bogotá fue de un 18 por ciento; para Lima, 32 por ciento; para Panamá, 27 por ciento; para Asunción, 33 por ciento; y para Buenos Aires, 19 por ciento. Sólo en este último caso, la tasa equivale a los *cuatro* años precedentes a la encuesta. Estas tasas tendían a elevarse universalmente con la paridez y con la edad, encontrándose entre las mujeres maduras el alza más grande en las tasas de aborto durante los cinco años que precedieron a la encuesta. Para la mayoría de las ciudades se notó una baja en esta tasa entre las mujeres más jóvenes quienes se supone estaban ahora usando métodos más eficaces para controlar la natalidad (Gaslonde, 1975).

En México, país donde se desconocían las circunstancias relativas al aborto, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) llevó a cabo dos estudios, uno en 1967-68 y el segundo durante el período 1967-71, cuyos objetivos eran determinar las características socioeconómicas y demográficas de las mujeres con complicaciones de aborto y poder identificar la mujer de alto riesgo con el fin de prevenir abortos inducidos innecesarios. El primer estudio fue una investigación epidemiológica basada en una muestra representativa de 2 000 mujeres entre las edades de 16 a 49 años de una muestra aleatoria de la población total con cobertura del IMSS. El segundo estudio se realizó en tres grandes hospitales de maternidad del IMSS en la Ciudad de México (Ordóñez, 1975). Para este último estudio se recogió información a través de un período de cinco años sobre 61 964 pacientes que habían sido admitidas en los tres hospitales a raíz de complicaciones causadas por abortos. De las 1 753 mujeres que fueron entrevistadas en el primer estudio, 468 reconocieron haber tenido uno o más aborto inducidos (un 26.7 por ciento). Aunque las cifras no son representativas de la población total de la Ciudad de México, muestran la magnitud del problema. Basándose en estos dos estudios, Ordóñez (1975, 28) calculó que en la Ciudad de México en 1971 hubo alrededor de 700 mil abortos inducidos ilegales.

Los estudios mexicanos fueron especialmente útiles en la determinación de las características de la mujer que ha tenido un aborto. Como en otros países, los datos revelaron que las mujeres que habían informado haber tenido un aborto son las que también estabán más

propensas a tener un mayor número de ellos. Por ejemplo, de 3 714 mujeres admitidas a un programa especial de anticoncepción para reducir el aborto inducido, el promedio de abortos por mujer fue tres. En México, como en otros países latinoamericanos, la mayoría de las mujeres que tuvieron un aborto eran amas de casa, aunque las tasas más altas ocurrían entre las mujeres que trabajaban. Ordóñez (1975, 29) concluye que: "como ya se ha notado en otros países de América Latina, el aborto es considerablemente más frecuente entre mujeres que viven en uniones estables que entre mujeres solteras ... El problema del aborto es mínimo entre las mujeres solteras." Entre estas mujeres, las razones principales por las cuales recurren al aborto inducido son las económicas (un ingreso insuficiente para alimentar la familia existente) y el tener ya demasiados hijos –sumando estas dos razones un 65 por ciento del total de razones dadas (42.3 por ciento económicas y 22.5 por ciento, tamaño grande de familia). La diferencia de condiciones bajo las cuales se han realizado los abortos inducidos llevó a una conclusión adicional: las clases acomodadas obtuvieron servicios seguros de médicos privados mientras que los grupos más pobres tuvieron que recurrir a clínicas clandestinas de aborto que ni siquiera reúnen las normas mínimas de sanidad. Desde luego, se han presentado excepciones y, en varios países, médicos privados han tratado de ofrecer sus servicios bajo condiciones seguras y sanitarias a mujeres de bajos ingresos. Muchos hospitales en Latinoamérica, en cuyos países las leyes respecto al aborto son restrictivas, se ven necesariamente enfrentados a diario con las demandas de mujeres que han tenido un aborto incompleto. Con frecuencia el problema se agudiza cuando en algunos países el hospital debe dejar constancia en la policía de los casos de aborto inducido con lo cual intensifica los problemas emocionales de la mujer. Una solución es registrar el aborto inducido como espontáneo, dificultando así las posibilidades de cerciorarse de la magnitud del problema; sin embargo, desde un punto de vista humano, es la única opción que le resta a los servicios (Viel, 1988).

A medida que los gobiernos latinoamericanos aceptaron la realidad que revelaron las investigaciones sobre la fecundidad y el aborto –al reconocer el derecho de la pareja, y en particular el de la mujer, a una anticoncepción eficaz ya sea permitiendo la expansión de los programas de planificación familiar del sector privado o integrando esos servicios dentro de los programas existentes de atención materno-infantil– surge una interrogante, a menudo provocativa: ¿qué otros actores contribuyen al proceso de transición de la fecundidad en América Latina? En efecto,

poco se sabe sobre la dinámica del uso de anticoncepción: ¿Es que la mayoría de las mujeres se enteran y comienzan a usar anticonceptivos como resultado de un contacto con los servicios que ofrecen los programas de planificación familiar? y luego ¿continúan ellas usándolos independientemente de estos servicios organizados? ¿Es que tienen mayor confianza en los médicos privados o son lo suficientemente independientes para encontrar aquello que necesitan entre la variedad de anticonceptivos que ofrecen las farmacias y puestos de distribución?

VI. EL SECTOR PUBLICO FRENTE AL PRIVADO

En la mayoría de los países latinoamericanos existen hoy en día programas de planificación familiar dentro del sector público, ya sea que funcione independientemente dentro de los ministerios de salud o integrados como parte de los programas de atención materno-infantil. Sin embargo, lo que se continúa viendo en la región, y que la hace bastante excepcional, es la mezcla de programas con diversos grados de capacidad de servicios tanto del sector privado como del público. Además, están reforzados por actividades importantes de mercadeo comercial o social. Hasta cierto punto continúa la tradición de servicios especializados, basados en clínicas e independientes de los servicios de salud pública, lo cual ha influido en la forma en que las mujeres solicitan estos servicios, aun hoy en día. En el cuadro 2 puede verse que la función de los programas del sector privado todavía sigue siendo importante en el suministro de la anticoncepción puesto que el establecimiento de servicios públicos fue mucho más tardío, resultado en parte de la legitimización de la planificación familiar a fines de los años 60. En respuesta a la Conferencia Mundial sobre Población de Bucarest en 1974, muchos gobiernos latinoamericanos comenzaron a incorporar la planificación familiar dentro de sus servicios de salud pública, a menudo como parte de los programas de atención materno-infantil. En países como Brasil, donde el gobierno se ha opuesto tradicionalmente al suministro de servicios de planificación familiar o ha adoptado la actitud de "esperar y ver", el sector privado aparece particularmente sólido con un 47 por ciento de usuarios que en 1986 declaran haber obtenido un método anticonceptivo de estos servicios. En Colombia, país en que los servicios públicos y privados comenzaron casi en forma simultánea, el sector público después de sobrepasar al privado a fines de los años 70 se encuentra ahora a la zaga, siendo la correspondiente tasa de

Cuadro 2

PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPCION SEGUN PROGRAMAS DEL SECTOR PUBLICO Y PRIVADO. PAISES CON DATOS DISPONIBLES [a]

País	Año	Sector público	Sector privado
Brasil	1977	-	11.0[b]
	1986	17.5	47.0
Colombia	1974	14.0	17.0
	1977	26.1	22.5
	1984	23.9	31.2
	1986	24.4	38.7
Costa Rica	1978	26.0	38.0
	1981	25.0	41.0
	1984	26.4	38.5
Ecuador	1974	2.0	1.0
	1982	-	39.9[c] -
	1987	-	44.3[c] -
El Salvador	1976	7.3	14.5
Guatemala	1972	2.1	5.0
	1973	2.7	1.0
	1974	3.0	1.4
	1977	7.0	-
	1987	8.4	14.3
México	1973	1.0	12.2
	1975	9.0	5.0
	1976	12.0	9.0
	1978	19.0	21.0
	1979	19.5	18.3
	1982	20.6	17.4
República Dominicana	1976	12.8	11.2
	1977	10.0	21.0
	1986	-	50.0[c] -

Fuentes: Ecuador (1988, 58); República Dominicana (1987, 39); todos los demás: Ross *et al.* (1988, 208-209).

[a] Las tasas de prevalencia son para todos los métodos en uso entre mujeres actualmente casadas.

[b] Solamente anticonceptivos orales.

[c] No existen datos separados por sector.

prevalencia de un 24.4 por ciento y de un 38.7 por ciento en 1986. La solidez de los programas privados se muestra claramente en Costa Rica, El Salvador y Guatemala, como también en República Dominicana. México constituye la única excepción a la regla siendo sus programas del sector público más extensos, como resultado de una política clara, de un apoyo gubernamental y de una amplia red de servicios de salud pública ofrecidos a través de la Secretaría de Salud y de las clínicas del IMSS y sus programas externos.

Durante los veinte años entre 1965 y 1985, los países latinoamericanos que a la vez lograron el nivel más alto de desarrollo y que demostraron el mayor nivel de esfuerzo en sus programas presentaban un descenso considerable de la fecundidad: Colombia y México, cuya clasificación es alta para ambos indicadores tuvieron, respectivamente, una reducción de 2.8 y 2.6 hijos por mujer mientras que países con una clasificación más baja, como Guatemala, Honduras y Haití, lograron un descenso muy pequeño de la fecundidad (cuadro 3). En los casos de Chile y Panamá puede apreciarse la importancia que tiene el desarrollo sobre el cambio en la fecundidad dado que ambos países han tenido descensos en su fecundidad de 2.5 hijos por mujer pese a su

Cuadro 3

AMERICA LATINA: DESCENSO DE FECUNDIDAD 1960-1985,[a] NIVEL DE DESARROLLO (1980) Y ESFUERZO DE PROGRAMA (1982)

Indice de desarrollo	Esfuerzo de programa:							
	Fuerte		Moderado		Débil		Muy débil	
Alto	Colombia	2.8	Jamaica	2.1	Brasil	2.3		
	México	2.6	Panamá	2.5	Chile	2.5		
			Trinidad	2.1	Guyana	2.8		
					Venezuela	2.4		
Medio alto			R.Dominicana	3.1	Ecuador	1.9	Bolivia	0.4
			El Salvador	1.6	Perú	1.9	Nicaragua	1.4
							Paraguay	2.0
Medio bajo					Guatemala	0.7		
					Honduras	1.2		
Bajo					Haití	1.1		

Fuente: Bongaarts, Mauldin y Phillips, 1990.

[a] Descenso de fecundidad: promedio de descenso de nacimientos por mujer entre 1960-1965 y 1980-1985.

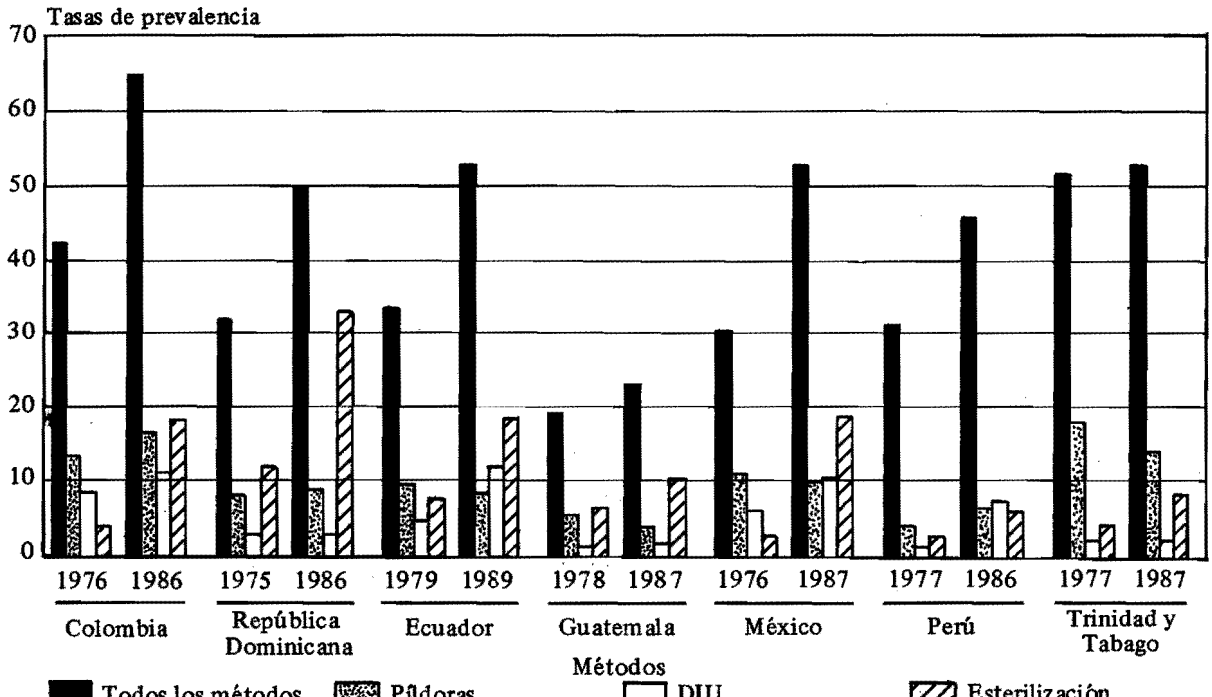
clasificación como débil y moderada, respectivamente, en cuanto a los esfuerzos de sus programas. Incluso países con un débil esfuerzo de programas, como Brasil y Venezuela, han experimentado un descenso significativo de la fecundidad.

Países con un sólido o moderado esfuerzo de programas, como Colombia, República Dominicana y Trinidad, denotan, desde los años 60, una disminución de la fecundidad en un promedio de 2 o más hijos lo que refleja otro cambio importante en el comportamiento anticonceptivo, indicativo de otra fase de la transición de la fecundidad en la región. Este cambio es la determinación que han demostrado las mujeres (y algunos hombres) de poner término a la reproducción de modo voluntario, utilizando un medio quirúrgico. Como puede verse claramente en el gráfico 1, la esterilización como método ha aumentado en forma rápida durante un período de diez años (aproximadamente entre 1977 y 1987). El perfil anticonceptivo de los países con el aumento más significativo en las tasas de prevalencia muestra cuán importante es hoy en día el rol de la esterilización, excediendo su prevalencia un 30 por ciento en el caso de República Dominicana y llegando casi a un 20 por ciento en Colombia, Ecuador y México.

Sin embargo, la oferta de servicios de los programas o su solidez no explica plenamente la alta tasa de prevalencia total que revela el gráfico 1 para muchos países latinoamericanos en los años 80. Hay países cuyo esfuerzo de programa se muestra muy débil, como Perú, pero cuyo nivel de prevalencia es relativamente alto. En efecto, existe otro actor clave por el lado de la oferta de anticoncepción: las farmacias y su función en cuanto al suministro de métodos que no requieren receta médica. La importancia que reviste la farmacia en la provisión de anticonceptivos en América Latina es asombrosa, lo que se evidencia en el cuadro 4. Por ejemplo, del total de mujeres que usaban la píldora en 1986 en Colombia, un 75 por ciento las obtuvo de farmacias, un 10 por ciento de programas públicos y un 9 por ciento de programas privados; de igual modo, los métodos inyectables también son suministrados principalmente por las farmacias, como también los son el condón y otros métodos de barrera. En efecto, PROFAMILIA, el amplio programa del sector privado, ayudó en este proceso al inaugurar a fines de 1970 el Programa de Mercadeo Social de venta directa al público, concentrando así sus esfuerzos en el suministro de métodos anticonceptivos que sólo pueden proveerse a través de un servicio clínico, incluyendo la esterilización masculina y femenina. En República Dominicana, Ecuador y Guatemala, las farmacias también son grandes proveedores de píldoras,

Gráfico 1

AMERICA LATINA: TASAS DE PREVALENCIA. PAISES SELECCIONADOS, 1975-1985[a]



Fuente: Weinberger, 1990.

[a] 0 años aproximados según disponibilidad. Las tasas son p/100 mujeres en edad reproductiva.

Cuadro 4

UTILIZACION DE ANTICONCEPCION[a] POR METODO Y FUENTE DE SERVICIOS: PAISES CON DATOS DISPONIBLES

País	Año	Método	Sector público	Sector privado	Farmacia
Colombia	1986	Píldoras	10.0	8.9	75.3
		Inyectables	10.7	13.5	73.4
		Condones	3.3	18.7	65.0
		Otros de barrera	0.0	5.8	88.9
Ecuador	1987	Píldoras	31.0	15.0	20.0
		Inyectables	10.0	5.0	15.0
		Otros de barrera	29.0	16.0	21.0
Guatemala	1987	Píldoras	29.2	40.0	12.1
		Inyectables	5.9	70.6	11.8
		Condones	12.9	12.8	69.2
		Otros de barrera	14.2	50.0	35.7
México	1979	Todos los métodos	51.1	17.6	31.3
	1982	Todos los métodos	53.2	15.3	31.3
	1987	Todos los métodos	61.8	16.2	21.9
Perú	1986	Píldoras	57.2	36.5	0.0
		DIU	34.9	46.5	9.3
		Inyectables[b]	9.1	30.2	9.1
República Dominicana	1986	Píldoras	40.9	13.1	16.7
		DIU	70.9	29.1	0.0
		Condones	32.5	8.2	42.2

Fuentes: Colombia (1988, 60); Ecuador (1988, 62); Guatemala (1989, 56); México (1989, 48-49); Perú (1988, 68); República Dominicana (1987, 44).

[a] Porcentaje de usuarias de un metodo anticoncetivo, según fuente.

[b] Incluye una gran proporción de "otras fuentes" (51.6%).

condones e inyectables aunque en términos proporcionales su importancia es menor que la de los programas establecidos. Pese al vigor de los programas nacionales de planificación familiar en México, un 30 por ciento de todos los métodos fueron obtenidos de farmacias a fines de los años 70; y, en un año tan reciente como 1987, una quinta parte de todos los métodos se obtuvo de esta fuente. Los datos presentados confirman la importancia de las farmacias como suministradores directos de anticonceptivos en América Latina. ¿Cómo o por qué recurren a las farmacias las mujeres?; ¿qué función ejerce el farmacéutico como asesor en la selección del método?; y ¿cuáles son las ventajas de ir a una

farmacia en vez de a una clínica? Son estas preguntas que necesitan indagarse. Parece además que la mujer latinoamericana tiene una cierta preferencia por los anticonceptivos inyectables cuya disponibilidad es a veces difícil a través de los programas organizados (por ejemplo, la Depo-Provera no ha sido aprobado por la U.S. Food and Drug Administration (FDA), la agencia estadounidense que regula alimentos y medicinas, con el resultado que los programas que reciben apoyo de las agencias de asistencia internacional de los Estados Unidos de América no pueden distribuir este método). En cambio, los anticonceptivos inyectables pueden ser ofrecidos fácilmente por farmacéuticos que tienen licencia para indicar inyecciones. Uno de los pocos estudios que han observado la función del farmacéutico en la distribución de anticonceptivos concluyó que este profesional en Buenos Aires –que se encuentra en una situacion particularmente ventajosa para responder a la demanda de anticoncepción– en realidad sufre de una desventaja en cuanto a su medio ambiente de trabajo para asumir la función de consejero en la selección de métodos "y las posibilidades de intervenir, ofreciendo consejo profesional para que las decisiones sean más eficaces y seguras son nulas" (Balán y Ramos, 1989, 29). Es posible que la población argentina, con su larga historia de baja fecundidad, esté mejor informada sobre asuntos relacionados con la anticoncepción que las poblaciones de otros países. También es posible que la función de los programas de planificación familiar como facilitadores sea especialmente importante durante el período en que el descenso de la fecundidad esté acelerándose. Sin embargo, al entrar los países a una fase más avanzada de su transición de la fecundidad, los programas organizados de planificación familiar se centran más en ciertos servicios que desean enfocar como, por ejemplo, los que van dirigidos hacia los grupos que hasta el momento habían recibido menor atención y, por lo tanto, la oferta de anticoncepción pasa a ser responsabilidad de diversos distribuidores comerciales, sobre todo de las farmacias.

VII. CONCLUSION

En este artículo se trazan los orígenes del cambio de fecundidad en América Latina y de valores tales como el deseo de tener un tamaño de familia más pequeño, incluyendo la adopción de actitudes favorables hacia la anticoncepción, basándose de manera especial en información recolectada durante la década de 1960-1970 sobre el aborto y, más

recientemente, sobre la fecundidad y la prevalencia de anticoncepción. Se concluye que la fecundidad latinoamericana ha tenido una transición de fecundidad compleja que incluye varias fases diferentes, dos de las cuales son examinadas con cierto detalle: una inicial, que se centra más bien en los grupos socioeconómicos medios y altos, remontándose en algunos países a los años 40; y una fase más tardía o más generalizada de transición masiva que comienza a fines de la década de 1960, impulsada por condiciones demográficas y económicas nuevas. Se explora el papel que jugaron los programas de planificación familiar en la formación de estas fases y se concluye que su función ha sido instrumental como agentes facilitadores de la transición masiva más que como iniciadores responsables de estos cambios. En efecto, la evidencia presentada sugiere que hacia fines de la década de 1960, en la mayoría de los países de la región la norma era un "exceso de fecundidad" y que existía por doquier una demanda de regulación de la fecundidad insatisfecha. Cuando comenzaron los programas organizados, el perfil de su primera clientela era el de una mujer de residencia urbana, de aproximadamente 30 años de edad o un poco más, cuyo número de hijos excedía su ideal de tamaño de familia. La función de la profesión médica fue vital en cuanto a propiciar el estudio de los problemas relacionados con la reproducción, en particular la incidencia y las razones del aborto inducido en las sociedades donde la práctica es ilegal. Utilizando los resultados de estas investigaciones, se propugnó la necesidad de ofrecer servicios de anticoncepción. Al comienzo, estos servicios eran a menudo de pequeña escala, con base urbana y de naturaleza semi-experimental y atendían a una población cuya demanda latente por anticoncepción era alta. Su éxito inicial, el apoyo que recibieron más adelante de fondos provenientes de fuentes externas y la atmósfera general mundial de crisis alrededor del problema poblacional creó un ambiente propicio para la rápida expansión de programas.

El cuadro que emerge en la década de 1980 se caracteriza por una situación generalizada de acceso más amplio a los servicios de planificación familiar a través de una combinación de programas de servicios públicos y privados como también por vías comerciales, particularmente las farmacias que surten de anticonceptivos a una creciente proporción de usuarios. La mayoría de los países de América Latina, hacia el año 1990, han completado las fases principales de su transición de la fecundidad y han logrado reducir sus tasas de natalidad en forma importante. La anticoncepción es aceptada casi de manera universal y practicada extensamente por las parejas en todos los lugares.

Las diferencias principales yacen en la mezcla de fuentes de suministro, el efecto relativo del esfuerzo de programas privados con respecto a los públicos y, en general, el grado de articulación entre los programas de planificación familiar y las políticas públicas.

BIBLIOGRAFIA

Armijo, R. y T. Monreal (1965), "The Problem of Induced Abortion in Chile", Components of Population Change in Latin America, Clyde V. Kiser (ed.), *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 43, 4, Parte 2, p. 263-272.

Balán, J. y S. Ramos (1989), *La medicalizacion del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares*, Centro de Estudios de Estado y Sociedad - CEDES, Buenos Aires.

Bongaarts, J., W. P. Mauldin y J. F. Phillips (1990), "The Demographic Impact of Family Planning Programmes", *Studies in Family Planning*, 21, 6 (Noviembre/Diciembre), p. 299-310.

Caldwell, J. C. (1982), *Theory of Fertility Decline*, Academic Press, Londres.

Coale, A. y E. M. Hoover (1958), *Population Growth and Economic Development in Low Income Countries*, Princeton University Press, Princeton.

Colombia, Ministerio de Salud (1981), *Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia del Uso de Anticoncepción, 1980*, Bogotá.

Colombia, Corporación Centro Regional de Población (1988), *Encuesta de Prevalencia Demográfica y Salud 1986*, Ministerio de Salud de Colombia, Bogotá.

Delgado-García, R. (1966), Perpectives of Family Planning Programs, en: Stycos, J. M. y J. Arias (eds.), *Population Dilemma in Latin America*, Potomac Books, Washington, D.C.

Ecuador, Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable (1988), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1987*, Ediciones Culturales UNP, S.A., Quito.

García, M. L. y J. Carvajal (1979), Efectos de los programas de planificación de la familia en el desarrollo de los países de Centroamérica y Panamá, en: Urquidi, V. y J.B. Morelos (eds.), *Población y Desarrollo en América Latina*, El Colegio de México, México.

Gaslonde, S. (1975), Studies on Fertility and Abortion in Asunción, Bogotá, Buenos Aires, Lima y Ciudad de Panamá, *The Epidemiology of Abortion and Practices of Fertility Regulation in Latin America: Selected Reports*, Pan American Health Organization, Scientific Publication, 306, Washington, D. C.

Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1989), *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987*, Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, Ciudad de Guatemala.

International Planned Parenthood Federation (1974), *1973 Overview: Contraceptive Services, Family Planning Programs*, Western Hermisphere, Nueva York.

Jelin, E. y M. Feijoo (1980), "Trabajo y familia en el ciclo de vida femenino: el caso de los sectores populares de Buenos Aires", *Estudios CEDES*, 3, 8/9, Buenos Aires.

Kahl, J. (1967), "Modern Values and Fertility Ideals in Brazil and Mexico", *Journal of Social Issues*, 23, 4, p. 99-114.

Loyo, G. (1963), del artículo en *Public and International Affairs*, 11, (Fall), 131, citado en Stycos, J. M. (1968).

—— (1974), "The Demographic Problems of Mexico and Latin America", en: McCoy, T. (ed.) *The Dynamics of Population Policy in Latin America*, Ballinger Publishing Co., Cambridge, Mass.

México, Secretaría de Salud (1989), *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987*, Dirección General de Planificación Familiar, Ciudad de México.

Miro, C. y F. Rath (1965), "Preliminary Findings of Comparative Fertility Surveys in Three Latin American Cities", en: Components of Population Change in Latin America, Clyde V. Kiser (ed.), *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 43, 4, Parte 2, p. 37-61.

Naciones Unidas, Department of International Economic and Social Affairs, (1989), *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1988*, United Nations, ST/ESA/SER.A/110, Nueva York.

Ordónez, B. R. (1975), "Induced Abortion in Mexico City: Summary Conclusions from two Studies Conducted by the Mexican Social Security Institute", *The Epidemiology of Abortion and Practices of Fertility Regulation in Latin America: Selected Reports*, Pan American Health Organization, Scientific Publication, 306, Washington, D. C.

Perú, Dirección General de Demografía (1988), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 1986): Informe General*, Instituto Nacional de Estadística, Lima.

República Dominicana, Consejo Nacional de Población y Familia (1987), Encuesta Demográfica y de Salud: DHS-86, Alfa & Omega, Santo Domingo.

Requena, M. (1965), Studies of Family Planning in the Quinta Normal District of Santiago: the Use of Contraceptives, en: Components of Population Change in Latin America, Clyde V. Kiser (ed.), *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 43, 4, Part 2, p. 69-90.

Ross, J., M. Rich, J. P. Molzan y M. Pensak (1988), *Family Planning and Child Survival, 100 Developing Countries*, Columbia University, Nueva York.

Schmink, M. (1984), "Household Economic Strategies: Review and Research Agenda", *Latin American Research Review*, 19, 3, p. 87-101.

Simmons, A. B. (1973), "Information Compaigns and the Growth of Family Planning in Colombia", en Stycos, J.M. (ed), *Clinics, Contraception and Communication*, Apple-Century-Crafts, Nueva York.

Simmons, A. B. y R. Cardona (1972), *Family Planning in Colombia, International Development Research Centre*, Ottawa.

Simon, J. (1981), *The Ultimate Resource*, Princeton University Press, Princeton.

Soto, G. Z. (1976), *América Latina: Actividades desarrolladas por los programas de planificacion de la familia, 1974*, CELADE, Serie A, 144.

Stycos. J. M. (1968), *Human Fertility in Latin America*, Cornell University Press, Ithaca.

Taucher, E. (1979), Efectos demográficos y socioeconómicos de los programas de la planificación de la familia en la América Latina, en: Urquidi, V. y J. B. Morelos (eds.) *Población y desarrollo en América Latina*, El Colegio de México, México.

Unión Panamericana, Secretaría General, Organización de los Estados Americanos, (1967). Reunión sobre Políticas de Población en relación al Desarrollo en América Latina, *Revista Panamericana de Ciencias Sociales*, 4, 2, p. 3-67.

Viel, B. (1988), Latin America, en Paul Sachdev (ed.) *International Handbook on Abortion*, Greenwood Press, Nueva York.

Weinberger, M. B. (1990) *Changes in the Mix of Contraceptive Methods During Fertility Decline: Latin America and the Caribbean*, Ponencia presentada al Seminario sobre la Transición de la Fecundidad en Latinoamerica, IUSSP, Buenos Aires.

CAMBIOS EN LA COMBINACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LA TRANSICION DE LA FECUNDIDAD: AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Mary Beth Weinberger*
(División de Población de las
Naciones Unidas, Nueva York)

RESUMEN

En este documento se hace una revisión de la prevalencia anticonceptiva y los métodos empleados en América Latina y el Caribe para el control de la natalidad, a partir de los datos proporcionados por las encuestas, con énfasis en los cambios experimentados en la combinación de métodos a través del tiempo. La tendencia reciente más impactante es el aumento de la práctica de esterilización femenina. En algunas poblaciones, hasta un 60 por ciento de mujeres casadas pertenecientes a ciertos grupos etarios han sido esterilizadas. Si las tasas de esterilización por período permanecen tan elevadas como en los últimos años, la prevalencia de este método continuará aumentando incluso en países donde la esterilización ha alcanzado niveles muy elevados. En contraste con lo anterior, la práctica de la esterilización masculina continúa siendo ínfima en la mayoría de los países. La píldora anticonceptiva es el método temporal más popular, aunque su uso ha disminuido en vez de aumentar en los últimos años. En conjunto, la esterilización femenina y el uso de la píldora representan cerca de dos tercios de la práctica anticonceptiva en América Latina y el Caribe.

(PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA) (METODOS
(TENDENCIAS) ANTICONCEPTIVOS)

*Los conceptos aquí expresados son de responsabilidad exclusiva de su autora y no corresponden necesariamente a los de las Naciones Unidas.

CHANGES IN THE MIX OF CONTRACEPTIVE METHODS DURING FERTILITY DECLINE: LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN

SUMMARY

This paper reviews survey-based data regarding contraceptive prevalence and methods employed in Latin America and the Caribbean, with an emphasis on changes in the mix of methods over time. The most striking recent trend is the rise in use of female sterilization. In a few populations, as many as 60 per cent of married women in certain age groups have been sterilized. If period rates of sterilization adoption remain as high as in recent years, prevalence of this method will continue to rise, even in countries where sterilization has already reached high levels. By contrast, use of male sterilization remains negligible in most countries. The oral contraceptive pill is by far the most popular of the temporary methods, though its prevalence has more often declined than increased in recent years. Together female sterilization and the pill make up around 2/3 of contraceptive practice in Latin America and the Caribbean.

(CONTRACEPTIVE PREVALENCE) (CONTRACEPTIVE METHODS) (TRENDS)

Sin lugar a dudas, el uso creciente de métodos anticonceptivos es el determinante próximo principal de la transición de la fecundidad en América Latina (Moreno y Singh, 1990; Potter, 1983). La transformación de la práctica anticonceptiva ha sido consecuencia de los cambios en las actitudes públicas, políticas y en la provisión de servicios, así como de innovaciones en los métodos anticonceptivos propiamente tales (véase Mundigo, 1990). En este documento, sin embargo, nos limitamos a resumir los cambios ocurridos en la práctica anticonceptiva, de acuerdo con las evidencias entregadas por las encuestas de fecundidad.

El trabajo se inicia con un panorama general de las prácticas anticonceptivas en América Latina, comparándolas con las existentes en otras regiones importantes. Tras un breve análisis de las tendencias en los niveles generales del control de la natalidad en los países de América Latina y el Caribe, se examinan los cambios en el uso de métodos anticonceptivos específicos a través del tiempo. Por último, con base en los datos proporcionados por las Encuestas Demográficas y de Salud (*Demographic and Health Survey*-DHS), se analizan con mayor detalle las tendencias en el uso de la esterilización femenina en seis países.

I. USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN AMERICA LATINA Y OTRAS REGIONES

Con base en datos recientes, en el cuadro 1 se muestra una estimación de la prevalencia promedio en el uso de anticonceptivos y la combinación de métodos promedio a nivel mundial y de las principales regiones. El porcentaje general de prevalencia en América Latina y el Caribe se estima en un 56 por ciento de las parejas en que la mujer es fértil.[1] Este porcentaje está por encima del promedio mundial en su conjunto

[1] En las encuestas de América Latina se incluyen los matrimonios legales y las uniones consensuales. En Guyana y en los países del Caribe anglófono y francófono se incluyen además las uniones ocasionales. El término "matrimonio" utilizado aquí incluye estas uniones informales.

Cuadro 1

PREVALENCIA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS ESPECIFICOS PARA REGIONES SELECCIONADAS

Región	Todos los métodos	Métodos modernos[a]	Esterilización		Píldora	Inyectables	DIU	Condón	Métodos de barrera vaginal	Ritmo	Coito interrumpido	Otros métodos
			Femenina	Masculina								
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
A. Porcentajes de mujeres casadas en edad reproductiva												
Regiones menos desarrolladas	46	40	15	5	6	1	11	3	0.4	2	1	1
América Latina	56	46	20	1	16	1	5	2	1	5	3	1
Africa	14	11	1	-	5	1	2	0.5	0.2	1	1	2
Asia y Oceanía	50	45	17	7	4	1	13	3	0.4	2	1	1
Asia Oriental	74	73	27	9	5	-	29	3	0.5	----------	1	----------
Asia Septentrional y Oceanía	34	27	10	6	4	2	2	3	0.4	3	2	2
Regiones más desarrolladas	70	46	7	3	14	-	6	13	2	9	14	2
Asia (Japón)	64	59	8	2	1	-	4	45	----------	5	----------	
Europa Oriental	70	25	0.4	-	9	-	5	8	2	19	24	2
Septentrional	80	76	11	11	22	-	11	19	3	1	3	1
Meridional	67	30	2	-	13	-	3	10	2	6	29	2
Occidental	78	56	7	2	30	-	10	6	1	6	15	1
Norteamérica	69	63	19	11	13	-	5	10	6	3	1	1
Mundo	51	42	13	5	7	1	10	5	1	4	4	1

Cuadro 1 (conclusión)

Región	Todos los métodos	Métodos modernos [a]	Esterilización		Píldora	Inyectables	DIU	Condón	Métodos de barrera vaginal	Ritmo	Coito interrumpido	Otros métodos
			Femenina	Masculina								
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
B. Porcentaje de usuarios de anticonceptivos												
Regiones menos desarrolladas	100	89	33	12	12	2	24	6	1	5	3	3
América Latina	100	83	36	1	29	2	9	3	1	9	6	2
Africa	100	75	9	-	38	9	14	3	1	6	5	15
Asia y Oceanía	100	91	34	14	9	2	26	6	1	4	3	2
Asia Oriental	100	98	37	12	6	-	39	4	1	----------	2	----------
Asia Septentrional y Oceanía	100	79	29	17	12	4	7	9	1	8	7	6
Regiones más desarrolladas	100	65	10	5	20	-	8	19	3	13	20	2
Asia (Japón)	100	92	13	3	2	-	5	69	----------	8	----------	
Europa Oriental	100	36	1	-	13	-	7	12	2	27	34	3
Septentrional	100	95	14	13	28	-	13	23	4	1	3	1
Meridional	100	45	2	-	19	-	5	15	3	9	44	2
Occidental	100	78	10	3	41	-	15	8	1	7	13	2
Norteamérica	100	92	28	16	19	-	7	14	9	4	2	1
Mundo	100	81	26	10	15	1	19	10	2	7	8	2

Fuente: Naciones Unidas, 1989.

Nota: Basado en datos de encuestas recientes. La fecha promedio de estas encuestas, medida por el número estimado de mujeres casadas en edad reproductiva es a fines de 1983. Las fechas promedio van desde mediados de 1982, para las regiones más desarrolladas, hasta mediados de 1986 para América Latina. Los cálculos de prevalencia reflejan estimaciones "medias" acerca del uso de anticonceptivos en países carentes de datos, que comparten aproximadamente el 13 por ciento de la población de los países en vías de desarrollo y el 28 por ciento de las regiones desarrolladas (véase Naciones Unidas, 1989, anexo I).

[a] Incluye métodos en las columnas 3 a 9.

y es muy superior a los promedios para Asia Meridional y Africa. Sin embargo, es sustancialmente inferior a los de la mayoría de los países desarrollados, donde este promedio es cercano al 70 por ciento, o al del Sudeste Asiático (sobre todo China).[2] En la gran mayoría de los países y áreas de América Latina y el Caribe, la prevalencia anticonceptiva oscila entre 30 y 60 por ciento de las parejas (cuadro 2), si bien los valores van de sólo un 7 por ciento en Haití a cerca del 70 por ciento en Costa Rica y Puerto Rico.

Cuadro 2

AMERICA LATINA Y EL CARIBE: PAISES Y REGIONES SEGUN PREVALENCIA DEL USO ACTUAL DE METODOS ANTICONCEPTIVOS ENTRE PAREJAS CON MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (ULTIMOS DATOS DISPONIBLES)

Porcentaje que usa algún método				
-15	15-29	30-44	45-59	60+
Haití (1987)	Guatemala (1987) Nicaragua (1981)	Antigua (1981) Bolivia (1989) Granada (1985) Guadalupe (1976) Guyana (1975) Honduras (1987) San Cristóbal y Nieves (1984) Santa Lucía (1981) San Vicente y las Granadinas (1981)	Barbados (1980/81) Domínica (1981) República Dominicana (1986) Ecuador (1989) El Salvador (1988) Jamaica (1988) Martinica (1976) México (1987) Montserrat (1984) Panamá (1984) Paraguay (1987) Perú (1986) Trinidad y Tabago (1987) Venezuela (1977)	Brasil (1986) Colombia (1986) Costa Rica (1986) Puerto Rico (1982)

Fuente: Cuadro 5.

[2] El cuadro 1 se basa en las cifras disponibles en mayo de 1988. Las cifras de encuestas más recientes incorporadas en otros cuadros de este artículo no hacen variar de manera significativa las cifras promedio para América Latina o las del promedio relativo de la población a la que se aplican.

América Latina como región tiene un porcentaje notablemente elevado de esterilización femenina (estimándose en un 20 por ciento de las parejas con mujeres en edad reproductiva) y de uso de anticonceptivos orales (16 por ciento). Ambos métodos suman cerca de dos tercios del total de la práctica anticonceptiva en América Latina. De las regiones que aparecen en el cuadro 1, sólo Asia Meridional muestra un nivel superior en la práctica de la esterilización femenina, y solamente Europa Occidental y Septentrional superan a América Latina en el uso de la píldora anticonceptiva. En comparación con otras regiones en vías de desarrollo, América Latina muestra también un nivel mayor que el promedio en el uso de la abstinencia periódica o ritmo (conocido también como método Ogino): el 5 por ciento de las parejas utiliza como método anticonceptivo principal alguna forma de abstinencia periódica. Un 5 por ciento adicional de parejas recurre al dispositivo intrauterino (DIU).[3]

En contraste con el elevado uso de la esterilización femenina, la práctica de la esterilización masculina es poco común en América Latina (sólo cerca del 1 por ciento del uso total). Aunque muchas otras regiones del mundo también tienen un bajo porcentaje de esterilización masculina, América Latina es la única donde coexisten un bajo nivel de vasectomía con una gran difusión de la esterilización de la mujer.

Cada uno de los métodos señalados –incluyendo los inyectables, preservativos o condones, barreras vaginales (diafragma y otros), abstinencia periódica o ritmo y otros– es usado por menos de un 3 por ciento de las parejas latinoamericanas y, en su conjunto, estos métodos más la vasectomía constituyen sólo el 15 por ciento de la práctica anticonceptiva.

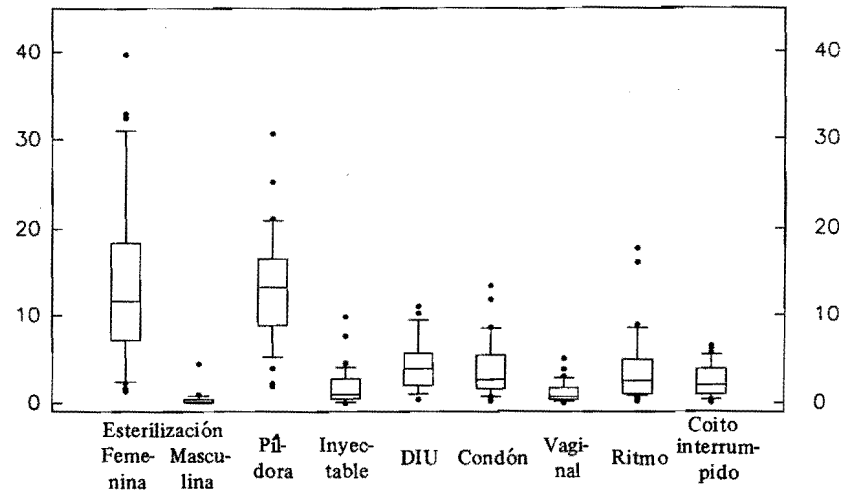
En el cuadro 5 se muestran las cifras correspondientes a la prevalencia de varios métodos anticonceptivos para los países de América Latina y el Caribe, para distintos años, y en el gráfico 1 se resume la prevalencia de métodos específicos, de acuerdo con los datos disponibles más recientes. Los países incluidos en los cuadros 2 y 5 suman cerca del 85 por ciento de la población regional, donde Argentina, Cuba, Chile y Uruguay corresponden en su conjunto a la mayor parte de la población restante. Los cuatro tienen una fecundidad más baja que el promedio regional y su práctica anticonceptiva está por encima de los niveles promedio. Debido a que se carece de información comparativa para estos países, ellos han sido omitidos.

[3] Este porcentaje está por debajo del promedio a nivel mundial del 10 por ciento; sin embargo, esta cifra está fuertemente influida por el elevado uso del DIU en China. Excluyendo este país, el uso estimado del DIU es de sólo 4 por ciento.

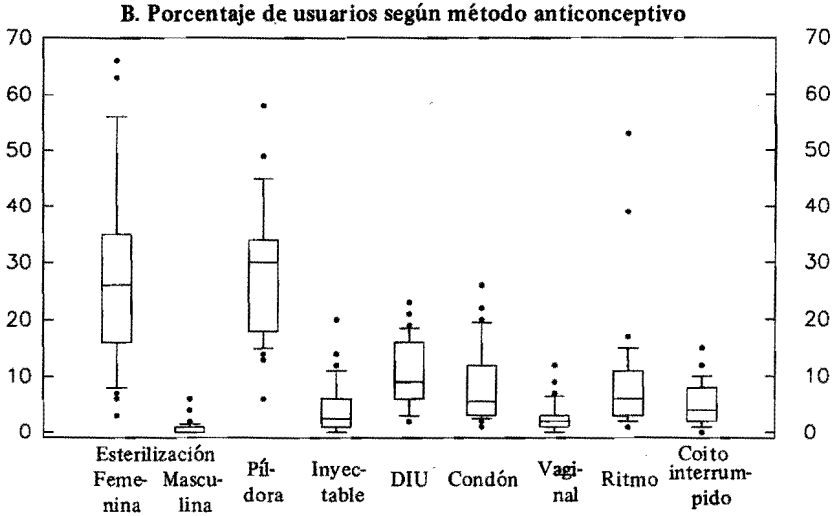
Gráfico 1

DISTRIBUCION DE PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE SEGUN USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS ESPECIFICOS ENTRE PAREJAS CON MUJERES USUARIAS EN EDAD REPRODUCTIVA

A. Porcentajes de parejas que usan algún método



B. Porcentaje de usuarios según método anticonceptivo



Fuente: Cuadro A.

Nota: Cada rectángulo cubre entre el 25º y el 75º del percentil de niveles de uso de los 30 países y áreas. También se indica la mediana de uso a través de la línea horizontal que cruza el rectángulo. Las líneas horizontales extremas se extienden hasta el 10º percentil y hacia arriba hasta el 90º percentil de los niveles de uso del método. Los puntos exteriores de este último rango se muestran separadamente.

La combinación de métodos, al igual que en otras regiones, varía de manera considerable entre los países de América Latina. Sin embargo, de acuerdo con los datos más recientes, en la mayor parte de los casos, la esterilización femenina y el uso de la píldora contribuyen, cada uno, con al menos el 15 por ciento de la práctica anticonceptiva total (gráfico 1-B). Entre las excepciones se cuentan varios países –Granada, Montserrat, San Cristóbal y Nieves– donde se practica muy poco la esterilización, pero en los que el uso de la píldora corresponde al menos a un cuarto del uso total; y Bolivia y Perú, donde el ritmo y otros métodos tradicionales constituyen el grueso del uso anticonceptivo actual, hecho inusual para la región. También en Puerto Rico la píldora tiene un uso inferior al 15 por ciento, siendo la esterilización el principal método.

Existen varios países en los que la esterilización femenina o el empleo de la píldora anticonceptiva alcanza niveles notablemente elevados. En Brasil, más de un cuarto de las mujeres casadas en edad reproductiva están esterilizadas, mientras en República Dominicana, El Salvador y Panamá esta cifra corresponde a cerca de un tercio. En Puerto Rico, el 40 por ciento de las mujeres están esterilizadas, cifra que probablemente es la más elevada del mundo; aunque para la esterilización masculina y femenina en su conjunto, se encuentran niveles similares e incluso superiores en algunos países fuera de la región. [4]

La prevalencia del uso de la píldora fluctúa entre el 20 y el 31 por ciento en Brasil, Costa Rica, Jamaica, Montserrat, San Cristóbal y Nieves y Santa Lucía.

En la sección III se analizarán con mayor detalle los niveles de uso actual de métodos anticonceptivos específicos.

II. TENDENCIAS EN LA PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

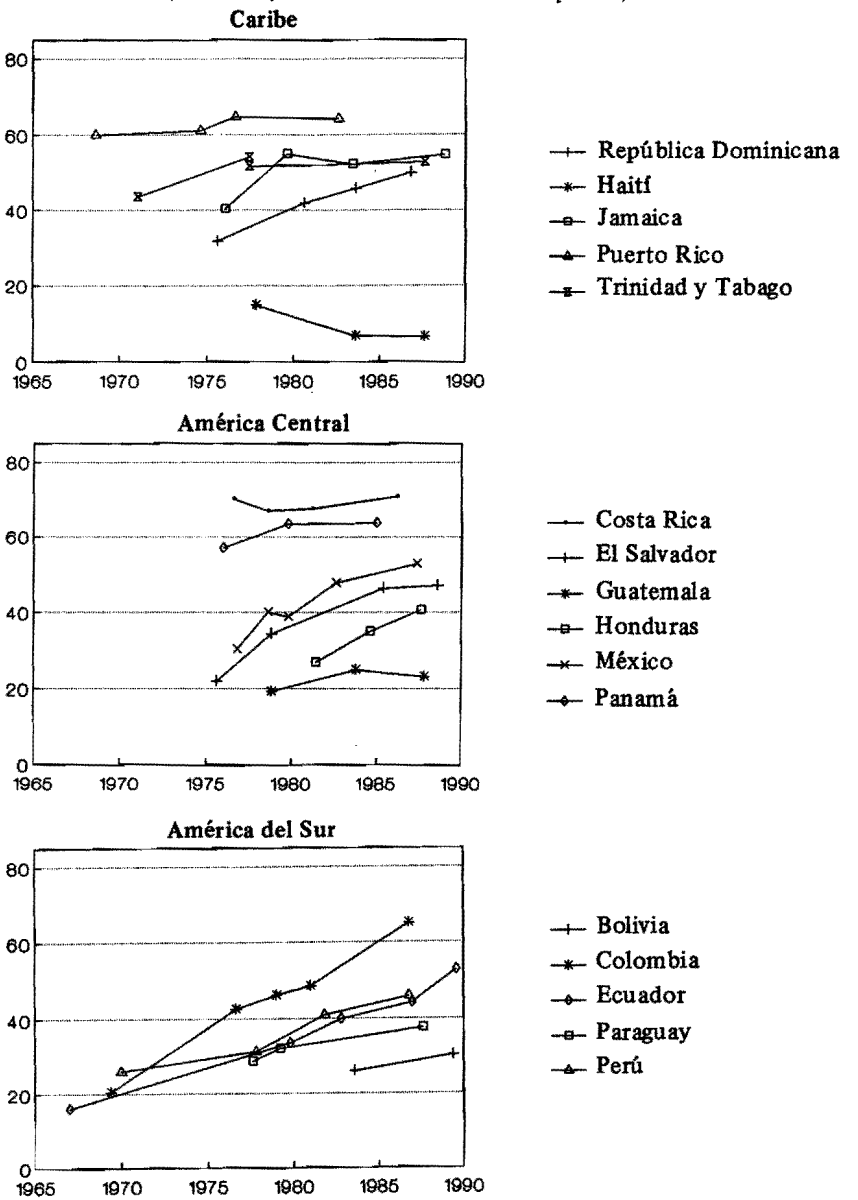
En la mayoría de los países latinoamericanos, las primeras encuestas a nivel nacional sobre las prácticas anticonceptivas se realizaron después de 1970, en una época en que el uso de esos métodos era aún poco difundido. En el gráfico 2, a partir de encuestas que tuvieron una cobertura nacional (o cercana a ello), se muestra la tendencia en el nivel general del uso de anticonceptivos entre parejas donde la mujer estaba

[4] Una encuesta realizada en 1988 en República de Corea mostró que en el 48 por ciento de las parejas en edad reproductiva el hombre o la mujer estaban esterilizados. En Canadá, en 1982, este porcentaje fue de 44 por ciento.

Gráfico 2

TENDENCIAS EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

(Porcentaje de usuarios de anticonceptivos)



Fuente: Cuadro 5 y archivos de la División de Población de las Naciones Unidas.

en edad fértil. Desde entonces y hasta fechas más recientes, la mayor parte de los países muestra un aumento en los niveles de uso de anticonceptivos.[5] En consecuencia, la impresión predominante es que se ha producido una rápida y continua difusión de las prácticas anticonceptivas.

Sin embargo, en unos pocos países donde es posible observar las tendencias una vez que la prevalencia anticonceptiva ha superado el 50 por ciento, el aumento de la misma se ha mantenido a niveles inferiores al observado en la mayoría de los países desarrollados, con una fecundidad que tendería al nivel de reemplazo, oscilando entre 2.5 y 4 hijos por mujer. Ello contrasta con el aumento continuado de la prevalencia anticonceptiva (70 hasta 77 por ciento) y la persistente declinación de la fecundidad, lo que sucede en algunas poblaciones asiáticas: Hong Kong, Singapur y República de Corea, llegando a ser inferior o igual a la tasa de nivel de reemplazo.[6]

A fines del decenio de 1980, en Jamaica y Trinidad y Tabago, entre el 50 y el 55 por ciento de las parejas utilizaba métodos anticonceptivos; estos niveles son algo más elevados que los registrados a mediados o a fines del decenio de 1970. No obstante ello, en Jamaica aparentemente el nivel de fecundidad ha seguido disminuyendo desde una tasa global de fecundidad (TGF) cercana a 4.5 niños por mujer a mediados de los años 70, a 2.9 a fines de los años 80.[7] En Trinidad y Tabago, la TGF disminuyó en forma leve: desde 3.4 niños por mujer a mediados del decenio de 1970 a 3.0-3.1 a mediados del decenio de 1980.[8] En Costa Rica y Puerto Rico el nivel de uso de anticonceptivos ya alcanzaba un nivel de entre 60 y 70 por ciento en la época de la primera encuesta nacional, y desde entonces ha aumentado moderadamente. En Panamá,

[5] En algunos casos, los porcentajes que aparecen en el gráfico 1 difieren de los entregados en el cuadro 5, lo que refleja ajustes en la población base o en los métodos específicos aplicados, con el fin de mejorar la comparación entre las encuestas. Por lo general, en el cuadro 5 se muestra toda la gama de métodos anticonceptivos, de edades de las mujeres y de cobertura geográfica disponible en cada encuesta a partir de las tabulaciones publicadas.

[6] La fecundidad también ha caído por debajo del nivel de reemplazo en Cuba, país del cual no se dispone de información sobre el nivel de control de la fecundidad. La posibilidad de efectuar abortos en forma legal en este país, ha contribuido, sin duda, a la disminución de la fecundidad. En los países asiáticos de baja fecundidad ya mencionados, el aborto también ha sido un factor significativo.

[7] Cálculos a partir de datos de las World Fertility Surveys para el período 1973-1975, y de Jamaica Contraceptive Prevalence Survey para el período 1986-1988 (McFarlane y C. Warren, 1989).

[8] Estimaciones basadas en registros vitales o en datos de encuestas (Heath y otros, 1988).

el uso es inferior al 65 por ciento de las parejas. En estos casos, la TGF no ha disminuido de manera apreciable en los últimos años; si bien en Puerto Rico la tasa global de fecundidad –de aproximadamente 2.4– no supera en forma considerable el nivel de reemplazo, durante el período comprendido por las encuestas, en Costa Rica y Panamá se mantuvo en un rango de entre 3 y 4 hijos por mujer.

Además de estos casos de estabilización del uso de anticonceptivos a niveles moderadamente elevados, hay unos pocos casos de aparente disminución o interrupción de su aumento, con niveles más bajos, como en el caso de Guatemala entre 1983 y 1987. En El Salvador, sin embargo, la situación es poco clara debido a que las encuestas no tienen la misma cobertura geográfica. En Haití, aunque no hay duda que el nivel de uso es muy inferior al de cualquier otro país de la región, la impresión de disminución después de 1977 puede deberse a la medición incompleta del uso de métodos tradicionales (Cayemittes y Chahnazarian, 1989).

III. TENDENCIAS EN EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS ESPECIFICOS

1. Primeras encuestas

La magnitud del cambio en los tipos de anticoncepción utilizados puede observarse al comparar los datos de las encuestas recientes con un conjunto de encuestas realizadas en el período 1963-1964 en siete áreas metropolitanas de América Latina.[9] Hacia comienzos de los años 60, la prevalencia anticonceptiva ya había alcanzado niveles moderados a elevados en estas áreas metropolitanas, observándose un 31 por ciento en Ciudad de México y un 69 por ciento en Buenos Aires, entre parejas con mujeres de 20 a 39 años de edad (cuadro 3). Con excepción de Ciudad de Panamá, donde la esterilización ya era el método más popular, los usuarios de anticoncepción del período 1963-1964 confiaban principalmente en el ritmo, el coito interrumpido, el condón y la ducha

[9] Nótese que la comparación directa entre las primeras encuestas y las más recientes es complicada debido a diferencias en la cobertura de la muestra y a la codificación utilizada en las tabulaciones disponibles. Para la mayor parte de las encuestas que aparecen en el cuadro 3, se muestra bajo cada método a aquellas parejas que utilizan más de un método en combinación con otro o de manera alternada. Las tabulaciones de encuestas más recientes así como aquellas correspondientes a los Estados Unidos y Puerto Rico, que aparecen en el cuadro 3, por lo general sólo muestran el método principal o el más efectivo. Además, para el caso de los Estados Unidos, en 1955, no es posible separar las esterilizaciones realizadas sólo por razones de salud de aquellas hechas, al menos en parte, con propósitos anticonceptivos.

Cuadro 3

PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS QUE UTILIZAN VARIOS TIPOS DE ANTICONCEPTIVOS (ENCUESTAS REALIZADAS EN 1963-1971)

Región	Rango de edad	Cualquier método	Esterilización	Píldora	DIU	Condón	Barrera vaginal	Ritmo	Coito interrumpido	Ducha vaginal	Otros
A. Porcentaje de mujeres en pareja											
Areas metropolitanas 1963-1964											
Buenos Aires	20-39	69.2	0.0	1.1	...[a]	31.0	4.4	14.8	31.6	9.7	0.6
Bogotá	20-39	31.6	1.0	2.1	...[a]	5.3	3.9	11.6	11.5	6.4	0.9
Caracas	20-39	53.1	6.5	0.3	...[a]	21.1	3.5	11.6	16.0	16.0	0.4
Ciudad de México	20-39	31.0	1.7	3.2	...[a]	3.8	2.6	8.6	3.4	6.9	0.8
Ciudad de Panamá	20-39	46.9	23.3	2.2	...[a]	6.8	3.8	5.8	4.0	9.7	0.0
Río de Janeiro	20-39	45.6	6.7	3.1	...[a]	5.2	5.8	12.2	3.4	11.6	2.8
San José	20-39	55.2	6.3	1.2	...[a]	21.1	3.1	12.0	15.8	9.7	0.8
Areas rurales, 1969-1970											
Colombia	20-39	14.4	0.7	2.5	1.2	0.6	0.9	3.9	4.9	1.5	0.2
Costa Rica	20-39	26.1	3.5	9.8	3.0	1.7	0.1	4.8	3.9	1.5	0.7
México	20-39	6.0	0.9	1.6	0.1	0.3	0.5	1.6	1.1	0.5	0.3
Perú	20-39	7.2	0.3	0.9	0.2	0.4	0.1	3.4	1.0	1.9	0.0
Puerto Rico, 1968	15-49[b]	60.0	35.5	11.3	1.6	2.1	0.3	1.7	4.4	------ 3.2	-----
Trinidad y Tabago, 1970/71	15-44	43.6	2.1	17.1	3.0	9.8	4.5	2.4	4.3	0.7	1.8
Estados Unidos											
1955 (blancos)	18-39[c]	58.8	9.3[d]	-	-	15.9	12.1	11.0	----------	10.4	---------
1965	15-44[c]	63.2	7.9	15.1	0.8	13.9	8.3	6.8	3.6	3.2	3.7

Cuadro 3 (conclusión)

Región	Rango de edad	Cualquier método	Esterilización	Píldora	DIU	Condón	Barrera vaginal	Ritmo	Coito interrumpido	Ducha vaginal	Otros
					B. Porcentaje de usuarios						
Area metropolitana, 1963-1964											
Buenos Aires	20-39	100	0	2	...[a]	45	6	21	46	14	1
Bogotá	20-39	100	3	7	...[a]	17	12	37	37	20	3
Caracas	20-39	100	12	1	...[a]	40	7	22	30	30	1
Ciudad de México	20-39	100	6	10	...[a]	12	9	28	11	22	3
Ciudad de Panamá	20-39	100	50	5	...[a]	14	8	12	9	21	0
Río de Janeiro	20-39	100	15	7	...[a]	12	13	27	8	25	6
San José	20-39	100	11	2	...[a]	38	6	22	29	18	2
Areas rurales 1969-1970											
Colombia	20-39	100	5	18	9	5	6	27	34	10	1
Costa Rica	20-39	100	13	38	11	7	0	18	15	6	3
México	20-39	100	14	26	1	5	8	26	18	8	6
Perú	20-39	100	4	12	2	6	1	47	13	26	0
Puerto Rico, 1968	15-49[b]	100	59	19	3	4	1	3	7	------- 5 -----	
Trinidad y Tabago, 1970/71	15-44	100	5	39	7	22	10	6	10	2	4
Estados Unidos											
1955 (blancos)	18-39[c]	100	16[d]	-	-	27	21	19	---------- 18 ----------		
1965	15-44[c]	100	13	24	1	22	13	11	6	5	6

Fuentes: Naciones Unidas (1979 y 1989); Goldscheider y Mosher (1988).

Notas: Excepto en Puerto Rico y los Estados Unidos 1965, las mujeres con combinación de métodos se presentan bajo cada uno de esos acápites; en consecuencia, las cifras para métodos específicos no corresponden a la suma total de uso de anticonceptivos.

[a] Combinado con métodos de barrera vaginal.

[b] Mujeres alguna vez unidas.

[c] Mujeres en uniones legales.

[d] Incluye esterilización por motivos ajenos al control de la natalidad.

vaginal. La píldora anticonceptiva acababa de aparecer en el mercado y la utilizaba entre el 1 y el 3 por ciento de las parejas; los DIU o bien no existían o se usaban con muy poca frecuencia como para reflejarse en forma separada en la codificación de la encuesta. Los métodos de barrera vaginal (diafragmas y otros) no tenían mucha popularidad, y sólo los usaba entre el 3 y el 6 por ciento de las mujeres.

Una segunda serie de encuestas, realizadas en el período 1969-1970, comprendió áreas rurales de cuatro países latinoamericanos, incluyendo tres (Colombia, Costa Rica y México) que ya habían participado en el programa de encuestas metropolitano antes mencionado, observándose que la combinación de métodos mostró signos de modernización. En las áreas rurales de Costa Rica, el nivel total de uso de anticonceptivos correspondió a la mitad de lo que se había observado antes en San José, pero el 10 por ciento de las mujeres de áreas rurales usaba la píldora, en comparación con el 1 por ciento de las mujeres metropolitanas. En las áreas rurales, el uso total de la píldora correspondió a un 12-38 por ciento, frente al 1-10 por ciento en las áreas metropolitanas encuestadas previamente. El uso del DIU también apareció en las áreas rurales. La utilización de otros métodos (entre las mujeres) fue muy inferior al de las áreas metropolitanas, pero al considerarse como porcentaje del uso total (gráfico 1-B), los métodos tradicionales, relativamente ineficaces –como el ritmo, el coito interrumpido, la ducha vaginal– demostraron ser casi tan importantes como en la encuesta de 1963-1964 en las zonas metropolitanas. Sin embargo, el condón fue utilizado por una menor proporción de hombres en las áreas rurales (5-7 por ciento) que en las metropolitanas (11-45 por ciento).

Los elevados niveles de uso del coito interrumpido en varias de las áreas metropolitanas demuestran una influencia creciente de las prácticas traídas desde Europa por los inmigrantes. El uso extensivo de este método de control de la natalidad por la población nativa sólo se ha observado en algunos países en vías de desarrollo, mientras que en Europa tuvo gran difusión antes de que se dispusiera de los métodos modernos, siendo el método anticonceptivo más común en muchos países de Europa Oriental, Occidental y Meridional, por lo menos durante el decenio de 1970 (Naciones Unidas, 1989). A diferencia de la mayor parte de Europa, en muchas de las áreas metropolitanas de América Latina a comienzos de los años 60, el ritmo o abstinencia periódica se usaba con más frecuencia que el coito interrumpido, constituyendo uno de los numerosos puntos de similitud entre las prácticas anticonceptivas de América Latina y América del Norte.

En el cuadro 3 se incluyen también estadísticas de otras encuestas a nivel del continente americano: los Estados Unidos, en 1955 y 1965, Puerto Rico en 1968 y Trinidad y Tabago en 1970-1971. Todas estas regiones tuvieron niveles de uso de anticonceptivos moderados a elevados; ya para entonces, en Puerto Rico la esterilización era el método dominante y estaba bien establecido, y la píldora era un método muy común (excepto, por cierto, en los Estados Unidos en 1955).

Como en numerosas áreas metropolitanas de América Latina, las prácticas de control de la natalidad en los Estados Unidos, en 1955, involucraban el uso en gran escala del condón y el método del ritmo, así como del coito interrumpido y de la ducha vaginal. Aunque era menos común que en la actualidad, también se practicaba la esterilización, incluyendo una cantidad no despreciable de esterilización masculina (no registrada en el cuadro). En los Estados Unidos también existía un elevado nivel de métodos de barrera vaginal –diafragma, espuma, etc.–, mucho mayor que entre la población latinoamericana (diferencia que persiste hasta hoy), y hacia 1965 el 15 por ciento de las parejas estadounidenses utilizaba la píldora anticonceptiva.

2. Encuestas recientes

A partir de mediados de los años 70, se realizaron encuestas de fecundidad y de uso de anticonceptivos a nivel nacional en un número mayor de países de América Latina. En el cuadro 4 se muestran los cambios en el uso de métodos entre dos fechas para 16 países de la región y algunas áreas.[10] Las dos encuestas están separadas por 6 a 14 años, aproximadamente, siendo 1968 a 1981 las fechas más tempranas, y las más recientes, de 1982 a 1989.[11]

El rápido aumento del nivel general de uso de anticonceptivos en muchas de esas poblaciones ya ha sido señalado. Entre las fechas señaladas en el cuadro 4, la prevalencia anticonceptiva se incrementó a un ritmo promedio de 2 por ciento al año o más en 5 de los 16 países (Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras y México); en 1.0 a 1.9 por ciento en 3 de ellos (Jamaica, Perú y República Dominicana); y en 0.5 a 0.9 por ciento en otros 3. De los países con bajos porcentajes iniciales de uso, 2 de ellos –Guatemala y Haití– mostraron poco o ningún aumento

[10] Algunas veces, las estadísticas difieren de las entregadas en el cuadro 5 para la misma fecha; ello se debe a los ajustes necesarios para realizar comparaciones en el tiempo.

[11] Donde hubo más de dos encuestas con tablas que entregaban detalles completos sobre los métodos anticonceptivos, se eligieron la más reciente y la más cercana a un decenio atrás.

Cuadro 4

AMERICA LATINA Y EL CARIBE: USO DE ANTICONCEPTIVOS EN DOS FECHAS DIFERENTES Y CAMBIO EN LA PREVALENCIA SEGUN METODO ANTICONCEPTIVO

Región	Año	Rango de edad	Cualquier método	Clínico o "de oferta"		Método no "de oferta"	Métodos clínicos y "de oferta"							Ritmo[a]	Coito interrumpido	Otros o no señalado
				Total	Métodos temporales		Esterilización		Píldora	Inyectable	DIU	Condón	Barrera vaginal			
							Femenina	Masculina								
Caribe																
República Dominicana	1975	15-49	31.7	26.0	14.0	5.7	11.9	0.1	7.9	0.2	2.8	1.5	1.6	1.2	3.7	0.9
	1986	15-49	50.0	46.7	13.7	3.3	32.9	0.1	8.8	0.3[b]	3.0	1.4	0.2	1.4	1.5	0.4
Diferencia	11.3		18.3	20.7	-0.3	-2.4	21.0	0.0	0.9	0.1	0.2	-0.1	-1.4	0.2	-2.2	-0.5
Cambio anual			1.6	1.8	0.0	-0.2	1.9	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	-0.1	0.0	-0.2	0.0
Haití	1977	15-50	14.9[c]	5.4	5.1	9.5	0.2	0.1	3.5	0.0	0.4	1.1	0.1	4.8	4.7	0.0
	1987	15-49	6.1[c]	4.8	3.5	1.3	1.3	--	2.2	0.7	0.4	0.2	0.0	0.9	0.3	0.0
Diferencia	9.8		-8.8	-0.6	-1.6	-8.2	1.1	-0.1	-1.3	0.7	0.0	-0.9	-0.1	-3.9	-4.4	0.0
Cambio anual			-0.9	-0.1	-0.2	-0.8	0.1	0.0	-0.1	0.1	0.0	-0.1	0.0	-0.4	-0.5	0.0
Jamaica	1975/76	15-49	38.3	36.2	28.1	2.1	8.1	0.0	11.8	6.2	3.5[d]	6.6	...[e]	0.3	1.4	0.4
	1988	15-49	54.6	50.9	37.3	3.7	13.6	0.1	19.5	7.6	1.9[d]	8.6	...[e]	1.1	2.4	0.0
Diferencia	12.8		16.3	14.7	9.2	1.6	5.5	0.1	7.7	1.4	-1.6	2.0	...	0.7	1.0	-0.4
Cambio anual			1.3	1.1	0.7	0.1	0.4	0.0	0.6	0.1	-0.1	0.2	...	0.1	0.1	0.0
Puerto Rico	1968	15-49[f]	60.0	50.5	15.0	9.5[d]	34.1[g]	1.4	11.3	--	1.6	2.1	...[h]	1.7	----	7.9----
	1982	15-49[f]	64.1	57.6	15.0	6.5[d]	38.6	4.0	7.7	--	3.6	3.7	...[h]	4.4	----	2.2----
Diferencia	14.0		4.1	7.1	0.0	-3.0	4.5	2.6	-3.6	--	2.0	1.6	...	2.7	----	-5.7----
Cambio anual			0.3	0.5	0.0	-0.2	0.3	0.2	-0.3	--	0.1	0.1	...	0.2	----	-0.4----

Cuadro 4 (continuación 1)

Región	Año	Rango de edad	Cualquier método	Clínico o "de oferta"		Método no "de oferta"	Métodos clínicos y "de oferta"							Ritmo[a]	Coito interrumpido	Otros o no señalado
				Total	Métodos temporales		Esterilización		Píldora	Inyectable	DIU	Condón	Barrera vaginal			
							Femenina	Masculina								
Trinidad y Tabago	1977	15-49	51.6	45.7	41.2	5.9	4.3	0.2	18.0	1.0	2.2	15.0	5.0	2.3	2.8	0.8
	1987	15-49	52.7	44.4	36.0	8.3	8.2	0.2	14.0	0.8	4.4	11.8	5.0	2.6	5.3	0.3
Diferencia	10.0		1.1	-1.3	-5.2	2.4	3.9	0.0	-4.0	-0.2	2.2	-3.2	0.0	0.3	2.5	-0.5
Cambio anual			0.1	-0.1	-0.5	0.2	0.4	0.0	-0.4	0.0	0.2	-0.3	0.0	0.0	0.3	-0.1
América Central																
Costa Rica	1976	20-44	70.1	59.0	43.1	11.1	14.9[g]	1.0	25.0	1.7	5.5	9.1	1.8	5.6	4.8	0.7
	1986	20-44	70.8	59.5	44.1	11.3	14.8[g]	0.6	20.2	1.1	8.4	13.7	0.7	8.1	3.1	0.1
Diferencia	9.6		0.7	0.5	1.0	0.2	-0.1	-0.4	-4.8	-0.6	2.9	4.6	-1.1	2.5	-1.7	-0.6
Cambio anual			0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	-0.5	-0.1	0.3	0.5	-0.1	0.3	-0.2	-0.1
El Salvador	1975	15-44[f]	19.3	18.0	9.4	1.3	---- 8.6 ---		6.5	0.4	2.0	0.5	...[h]	----	1.0----	0.3
	1988	15-44	47.1	43.1	12.9	4.0	---- 30.2 ---		7.6	0.9	2.0	2.4	...[h]	----	3.4----	0.4
Diferencia	12.9		27.8	25.1	3.5	2.7	---- 21.6 ---		1.1	0.5	0.0	1.9	...	----	2.4----	0.1
Cambio anual			2.2	1.9	0.3	0.2	---- 1.7 ---		0.1	0.0	0.0	0.1	...	----	0.2----	0.0
Guatemala	1978	15-44	19.2	14.6	7.9	4.6	6.7	...[h]	5.7	...[h]	1.4	0.8	...[h]	2.7	---- 1.9-----	
	1987	15-44	23.2	17.3	6.9	5.9	10.4	...[h]	3.9	...[h]	1.8	1.2	...[h]	2.8	---- 3.1-----	
Diferencia	9.0		4.0	2.7	-1.0	1.3	3.7	...	-1.8	...	0.4	0.4	...	0.1	---- 1.2-----	
Cambio anual			0.4	0.3	-0.1	0.1	0.4	...	-0.2	...	0.0	0.0	...	0.0	---- 0.1 ----	

Cuadro 4 (continuación 2)

Región	Año	Rango de edad	Cualquier método	Clínico o "de oferta"		Método no "de oferta"	Métodos clínicos y "de oferta"									
							Esterilización									
				Total	Métodos temporales		Femenina	Masculina	Píldora	Inyectable	DIU	Condón	Barrera vaginal	Ritmo[a]	Coito interrumpido	Otros o no señalado
Honduras	1981	15-49	26.9	23.5	15.3	3.4	8.1	0.1	11.7	0.3	2.4	0.3	0.6	1.6	1.6	0.0
	1987	15-44	40.6	32.9	20.1	7.7	12.6	0.2	13.4	0.3	4.3	1.8	0.3	3.5	3.9	0.2
Diferencia	6.3		13.7	9.4	4.8	4.3	4.5	0.1	1.7	0.0	1.9	1.5	-0.3	1.9	2.3	0.2
Cambio anual			2.2	1.5	0.8	0.7	0.7	0.0	0.3	0.0	0.3	0.2	0.0	0.3	0.4	0.0
México	1976	15-49	30.3	23.3	20.4	7.0	2.7	0.2	10.8	1.7	5.7	0.8	1.4		----- 7.1 ----	
	1987	15-49	52.7	44.6	25.2	8.1	18.6	0.8	9.7	2.8	10.2	1.9	0.6		----- 8.1 ----	
Diferencia	10.6		22.4	21.3	4.8	1.1	15.9	0.6	-1.1	1.1	4.5	1.1	-0.8		----- 1.0 ----	
Cambio anual			2.1	2.0	0.5	0.1	1.5	0.1	-0.1	0.1	0.4	0.1	-0.1		----- 0.1 ----	
Panamá	1976	20-44	57.0	51.6	27.7	5.4	---- 23.9----		18.7	...[i]	4.0	1.3	3.7[j]	2.5	2.9	0.0
	1984	20-44	63.6	60.0	22.6	3.6	---- 37.4----		12.5	...[a]	6.2	1.7	2.2[i]	2.2	1.4	0.0
Diferencia	8.8		6.6	8.4	-5.1	-1.8	---- 13.5----		-6.2	...	2.2	0.4	-1.5	-0.3	-1.5	0.0
Cambio anual			0.7	1.0	-0.6	-0.2	---- 1.5----		-0.7	...	0.2	0.0	-0.2	0.0	-0.2	0.0
Sud América																
Bolivia	1983	15-44	26.0	12.0	9.0	14.0	3.0	0.0	3.0	1.0	4.0	0.0	1.0	14.0	1.0	0.0
	1989	15-49	30.3	12.2	7.8	18.1	4.4	0.0	1.9	0.7	4.8	0.3	0.1	16.1	1.0	0.9
Diferencia	5.8		4.3	0.2	-1.2	4.1	1.4	0.0	-1.1	-0.3	0.8	0.3	-0.9	2.1	0.0	0.9
Cambio anual			0.7	0.0	-0.2	0.7	0.2	-0.1	0.1	-0.1	0.1	0.1	-0.2	0.4	0.0	0.2
Colombia	1976	15-49	42.5	30.4	26.2	12.1	4.0	0.2	13.3	0.4	8.5	1.7	2.3	5.1	4.7	2.2
	1986	15-49	64.8	52.5	33.8	12.3	18.3	0.4	16.4	2.4	11.0	1.7	2.3	5.7	5.7	0.9
Diferencia	10.3		22.3	22.1	7.6	0.2	14.3	0.2	3.1	2.0	2.5	0.0	0.0	0.6	1.0	-1.3
Cambio anual			2.2	2.1	0.7	0.0	1.4	0.0	0.3	0.2	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1	-0.1

Cuadro 4 (conclusión)

Región	Año	Rango de edad	Cualquier método	Clínico o "de oferta"		Método no "de oferta"	Métodos clínicos y "de oferta"							Ritmo[a]	Coito interrumpido	Otros o no señalado
							Esterilización		Píldora	Inyectable	DIU	Condón	Barrera vaginal			
				Total	Métodos temporales		Femenina	Masculina								
Ecuador	1979	15-49	33.6	25.7	17.7	7.9	7.8	0.2	9.5	0.8	4.8	1.0	1.6	4.8	2.3	0.8
	1989	15-49	52.9	41.5	23.0	11.3	18.3	0.2	8.6	0.7	11.9	1.3	0.8	8.8	2.5	0.0
Diferencia	9.8		19.3	15.8	5.3	3.4	10.5	0.0	-0.9	-0.1	7.1	0.3	-0.8	4.0	0.2	-0.8
Cambio anual			2.0	1.6	0.5	0.3	1.1	0.0	-0.1	0.0	0.7	0.0	-0.1	0.4	0.0	-0.1
Paraguay	1977	15-44	28.6[c]	23.3	20.1	5.3	----	3.2----	11.8	0.9	4.0	2.6	0.8	1.9	3.3	0.0
	1987	15-44	37.6[c]	29.0	25.0	8.6	----	4.0----	13.5	3.6	5.1	2.3	0.5	5.7	2.9	0.0
Diferencia	10.0		9.0	5.7	4.9	3.3	----	0.8----	1.7	2.7	1.1	-0.3	-0.3	3.8	-0.4	0.0
Cambio anual			0.9	0.6	0.5	0.3	----	0.1----	0.2	0.3	0.1	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0
Perú	1977	15-49	31.4	11.0	8.2	20.4	2.8	0.0	4.1	1.0	1.3	1.0	0.8	10.9	3.3	6.0
	1986	15-49	45.8	23.0	16.9	22.8	6.1	0.0	6.5	1.3	7.4	0.7	1.0	17.7	3.6	1.5
Diferencia	9.1		14.4	12.0	8.7	2.4	3.3	0.0	2.4	0.3	6.1	-0.3	0.2	6.8	0.3	-4.5
Cambio anual			1.6	1.3	1.0	0.3	0.4	0.0	0.3	0.0	0.7	0.0	0.0	0.7	0.0	-0.5

Fuentes: Para la mayor parte de las encuestas los datos y fuentes se encuentran en Naciones Unidas (1989). Otras fuentes: ADS y USCDC (1989); Asociación Demográfica Costarricense y USCDC (1987); Cayemittes y Chahnazarian (1989); CEPAR y otros (1990); CEPEP y USCDC (1988); DGPF e IRD (1989); Heath y otros (1988); INCAP e IRD (1989); INE, Bolivia (1990); McFarlane y Warren (1989); MSP y USCDC (1986); MSPH y otros (1989).

[a] Principalmente ritmo calendárico. También incluye métodos más presentes de abstinencia periódica. [b] Incluye el 0.2 por ciento de uso de implantes.
[c] Excluye irrigación, abstinencia y métodos tradicionales. [d] Incluye métodos de barrera vaginal. [e] Combinado con DIU.
[f] Mujeres alguna vez unidas. [g] Incluye algunos casos de esterilización por razones ajenas al control de la natalidad.
[h] Combinado con "otros". [i] Combinado con métodos de barrera vaginal. [j] Incluye inyectables.

en sus niveles de uso, y 3 poblaciones con niveles moderadamente altos de uso al comienzo –Costa Rica, Puerto Rico y Trinidad y Tabago– mostraron pocos cambios en sus niveles de uso.

Haya o no aumentado la prevalencia anticonceptiva, por lo general la combinación de métodos mostró un cambio considerable. La característica más sobresaliente es el aumento de la esterilización femenina. Al inicio del período señalado en el cuadro 4, la esterilización femenina correspondía en promedio a un 21 por ciento de la práctica anticonceptiva (con una variación de 1 a 57 por ciento); al final del período, el promedio fue del 30 por ciento (con una variación de 11 a 66 por ciento). En 6 de las 16 poblaciones encuestadas, la esterilización femenina (o la esterilización en ambos sexos, cuando no se presentó por separado), aumentó en más de 1 por ciento anual, con un aumento total durante el período, en el porcentaje de parejas que recurrió a la esterilización femenina, de 21 a 22 por ciento en la República Dominicana y El Salvador, y de 10 a 16 por ciento en México, Panamá, Colombia y Ecuador. En la mayor parte del resto de las poblaciones también aumentó el porcentaje de esterilización femenina, con la única excepción de Costa Rica donde, después de 1976, cambios normativos y legales restringieron la posibilidad de recurrir a este método, requiriendo que se justificara por indicación médica y no se basara sólo en el deseo de la mujer o de la pareja de regular su fecundidad (Hollerbach, 1989).

Aunque el uso de la esterilización está aumentando en casi todas partes, hay algunos países de América Latina donde continúa siendo baja (gráfico 1 y cuadro 5). De acuerdo con la fecha más reciente, menos del 5 por ciento de las parejas recurría a la esterilización femenina en 6 de los 30 países y áreas (20 por ciento) que contaban con al menos una encuesta. Incluso en estos casos, ello puede deberse más a la escasa disponibilidad de la esterilización anticonceptiva que a una falta de interés por parte de la mujer.[12]

Puerto Rico cuenta con el nivel más alto de esterilización masculina –4.4 por ciento de las parejas–, y también constituye la única instancia señalada en el cuadro 4 donde el uso de este método creció en más de 1 por ciento durante el período señalado. La mayor parte de los países de América Latina y el Caribe muestra un uso insignificante de este método y prácticamente ninguna señal de que vaya a aumentar. En México se produjo un pequeño incremento (entre 0.2 y 0.8 por ciento de las parejas).

[12] Hacia 1982, se consideró que la esterilización no era de fácil acceso para una gran mayoría de la población de muchos países de América Latina y el Caribe, incluyendo Bolivia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela (Lapham y Mauldin, 1984; Singh y Berrio, 1989; Naciones Unidas, 1989).

Cuadro 5

AMERICA LATINA Y EL CARIBE: (VARIAS FECHAS) PORCENTAJE DE USUARIOS HABITUALES DE METODOS ANTICONCEPTVOS ESPECIFICOS, PAREJAS CON MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

País	Año	Rango de edad	Porcentaje de mujeres											Porcentaje de mujeres			Porcentaje de usuarios			
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
Caribe																				
Antigua	1981	15-44	38.9	-----	8.7----	16.1	4.5	4.6	1.9	1.3	1.0	0.6	0.2	8.7	28.4	1.8	100	22	73	5
Barbados	1980/81	15-49	46.5	14.4	0.2	15.8	2.2	4.0	5.4	2.6	----------1.9---------			14.6	30.0	1.9	100	31	65	4
Dominica	1981	15-44	49.0	-----14.7----		16.5	9.8	2.0	3.6	0.6	1.0	0.7	0.0	14.7	32.5	1.7	100	30	66	3
República	1975	15-49	31.7	11.9	0.1	7.9	0.2	2.8	1.5	1.6	1.2	3.7	0.9	12.0	14.0	5.8	100	38	44	18
Dominicana	1980	15-49	42.0	21.0	...	9.0	----------5.0----------				---------6.0---------			21.0	14.0	6.0	100	50	33	14
	1983	15-49	45.8	27.4	0.1	8.6	0.0	3.8	1.5	0.3	1.1	2.5	0.5	27.5	14.2	4.1	100	60	31	9
	1986	15-49	50.0	32.9	0.1	8.8	0.3[a]	3.0	1.4	0.2	1.4	1.5	0.4	33.0	13.7	3.3	100	66	27	7
Granada	1985	15-44	31.0	2.2	...	7.8	2.9	2.6	8.0	3.8	0.6	2.9	0.0	2.2	25.1	3.5	100	7	81	11
Guadalupe	1976	15-44	43.6	11.5	...	9.7	...	3.4	5.7	0.2	4.9	6.5	1.7	11.5	19.0	13.1	100	26	44	30
Haití	1977	15-50	18.9	0.2	0.1	3.5	...	0.4	1.1	0.1	4.8	4.7	4.0	0.3	5.1	13.5	100	2	27	71
	1983	15-49	6.9[b]	0.7	0.1	2.2	0.2	0.2	0.5	0.0	1.4	1.6	...	0.8	3.1	3.0	100	12	45	43
	1987	15-49	6.7	1.3	...	2.2	0.7	0.4	0.2	0.0	0.9	0.3	0.6	1.3	3.5	1.8	100	19	53	27
Jamaica	1975/76	15-49	38.3	8.1	0.0	11.8	6.2	2.0	6.6	1.5	0.3	1.4	0.4	8.1	28.1	2.1	100	21	73	5
	1979	15-44	54.9[b]	9.8	0.0	23.8	11.4	2.0	6.5	0.7	0.2	0.5	...	9.8	44.4	0.7	100	18	81	1
	1983	15-49	51.4[b]	10.9	0.0	19.3	7.6	2.0	7.6	1.0	1.1	1.9	...	10.9	37.5	3.0	100	21	73	6
	1988	15-49	54.6	13.6	0.1	19.5	7.6	1.5	8.6	0.4	1.1	2.4	0.0	13.7	37.6	3.5	100	25	69	6
Martinica	1976	15-44	51.3	11.7	...	17.3	...	2.6	4.6	1.7	4.7	6.2	2.6	11.7	26.2	13.5	100	23	51	26
Montserrat	1984	15-44	52.6	-----	1.6----	30.6	3.2	11.0	3.4	2.4	-----0.3-----		0.0	1.6	50.6	0.3	100	3	96	1

Cuadro 5 (continuación 1)

País	Año	Rango de edad	Porcentaje de mujeres (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	Porcentaje de mujeres (12)	(13)	(14)	Porcentaje de usuarios (15)	(16)	(17)	(18)
Puerto Rico	1947/48	15-49[c]	...	----- 6.6----		...	...	...	...	...	...	...	...	6.6	...	...	...	...	...	...
	1953/54	20-49[c]	...	-----16.5----		...	...	...	...	...	...	...	...	16.5	...	...	...	...	...	...
	1965	20-49[c]	...	-----31.9----		...	...	...	...	...	...	...	...	31.9	...	...	...	...	...	...
	1968	15-49[c]	60.0	34.1[d]	1.4	11.3	...	1.6	2.1	0.3	1.7	4.4	3.2	35.5	15.3	9.3	100	59	26	16
	1974	15-49[c]	61.1	-----28.5----		20.0	...	3.6	2.9	----------6.1----------				28.5	26.5	6.1[e]	100	47	43	10[e]
	1976	15-49[c]	64.6	35.4	2.8	12.7	...	3.4	----------10.3----------					38.2	16.1	10.3[f]	100	59	25	16[f]
	1982[g]	15-49[c]	64.1	38.6	4.0	7.7	...	3.6	3.7	...[h]	4.4	-----2.2----[i]		42.6	15.0	6.6[e]	100	66	23	10[e]
	1982[g]	15-44	70.4	39.7	4.4	9.3	...	4.1	4.6	...[h]	5.5	-----2.8-----		44.1	18.0	8.3[e]	100	63	26	12[e]
San Cristóbal y Nieves	1984	15-44	40.6	----- 2.6----		19.7	2.3	3.8	5.6	3.0	-----3.6-----		0.0	2.6	34.4	3.6	100	6	85	9
Santa Lucía	1981	15-44	42.7	-----10.8----		21.1	2.3	1.0	3.9	1.1	0.8	1.5	0.2	10.8	29.4	2.5	100	25	69	6
San Vicente y Granadinas	1981	15-44	41.5	-----11.8----		13.0	2.7	2.3	8.3	1.4	0.9	0.6	0.4	11.8	27.7	1.9	100	28	67	5
Trinidad y Tabago	1970/71	15-44	43.6[i]	2.0	0.1	17.1	...	3.0	9.8	4.5	2.4	4.3	2.5	2.1	34.4	7.1[j]	100	5	79	16[j]
	1977	15-49	51.6	4.3	0.2	18.0	1.0	2.2	15.0	5.0	2.3	2.8	0.8	4.5	41.2	5.9	100	9	80	11
	1987	15-49	52.7	8.2	0.2	14.0	0.8	4.4	11.8	5.0	2.6	5.3	0.3	8.4	36.0	8.2	100	16	68	16
América Central																				
Costa Rica	1976	20-49	64.4	12.3	1.0	22.5	2.0	5.2	8.8	1.7	5.1	4.6	1.2	13.3	40.2	10.9	100	21	62	17
	1978	15-49	63.8	14.0[d]	0.8	23.3	2.0	4.8	8.7	1.3	4.9	3.5	0.5	14.8	40.1	8.9	100	23	63	14
	1981	15-49	65.2	17.3[d]	0.5	20.6	2.2	5.7	8.4	1.2	6.2	2.8	0.3	17.8	38.1	9.3	100	27	58	14
	1986	15-44	69.5	13.9	0.5	20.7	1.0	8.0	13.4	0.7	8.1	3.1	0.1	14.4	43.8	11.3	100	21	63	16
El Salvador	1975	15-44[c]	19.3	-----8.6-----		6.5	0.4	2.0	0.5	...	-----1.0-----		0.3	8.6	9.4	1.3	100	45	49	7
	1978	15-44	34.4	17.8	0.2	8.7	0.4	3.3	1.5	0.4	1.7	0.3	0.0	18.0	14.3	2.0	100	52	42	6
	1985	15-44	48.4[k]	31.8	0.7	7.2	0.8	3.5	1.3	0.2	2.1	0.8	0.1	32.5	13.0	3.0	100	67	27	6
	1988	15-44	47.1	29.6	0.6	7.6	0.9	2.0	2.4	0.4	2.4	1.0	0.0	30.2	13.3	3.4	100	64	28	7

Cuadro 5 (continuación 2)

País	Año	Rango de edad	Porcentaje de mujeres											Porcentaje de mujeres			Porcentaje de usuarios			
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
Guatemala	1978	15-44	18.1[b l]	5.9	0.4	5.4	1.1	1.3	0.7	0.4	2.6	0.3	...	6.3	8.9	2.9	100	35	49	16
	1983	15-44	25.0[b]	10.2	0.9	4.7	0.0	2.6	1.2	1.0	3.4	1.0	...	11.1	9.5	4.4	100	44	38	18
	1987	15-44	23.2	10.4	0.9	3.9	0.5	1.8	1.2	0.4	2.8	1.2	0.1	11.3	7.8	4.1	100	49	34	18
Honduras	1981	15-49	26.9	8.1	0.1	11.7	0.3	2.4	0.3	0.6	1.6	1.6	0.0	8.2	15.3	3.2	100	30	57	12
	1984	15-44	34.9	12.1	0.2	12.7	0.3	3.8	0.9	0.4	2.9	1.7	0.0	12.3	18.1	4.6	100	35	52	13
	1987	15-44	40.6	12.6	0.2	13.4	0.3	4.3	1.8	0.3	3.5	3.9	0.2	12.8	20.1	7.6	100	32	50	19
México	1976	15-49	30.3	2.7	0.2	10.8	1.7	5.7	0.8	1.4	3.1	3.6	0.4	2.9	20.4	7.1	100	10	67	23
	1978	15-49	40.0	7.0	0.2	13.8	2.8	6.5	1.0	1.5	3.0	3.3	1.0	7.2	25.6	7.3	100	18	64	18
	1979	15-49	38.9	-----9.2-----		13.1	2.6	6.1	0.9	1.1	----------5.9---------			9.2	23.8	5.9	100	24	61	15
	1982	15-49	47.7	13.4	0.3	14.2	5.1	6.6	0.9	1.0	3.8	0.4	1.9	13.7	27.8	6.1	100	29	58	13
	1987	15-49	52.7	18.6	0.8	9.7	2.8	10.2	1.9	0.6	----------8.1---------			19.4	25.2	8.1	100	37	48	15
Nicaragua	1981	15-49	27.0	7.1	0.1	10.5	1.4	2.3	0.8	0.6	1.0	0.4	3.0	7.2	15.6	4.4	100	27	58	16
Panamá	1976	20-49	54.1	21.2	0.4	17.2	0.7	3.7	1.2	1.8	2.6	3.0	2.5	21.6	24.6	8.1	100	40	45	15
	1979	15-44	60.6[b]	-----29.7[d] --		19.0	...[m]	3.7	1.7	2.2[n]	2.9	1.4	...	29.7	26.6	4.3	100	49	4	7
	1984	15-44	58.2[bo]	32.4[d]	0.4	11.8	0.8	6.0	1.6	1.2	2.3	1.4	0.3	32.8	21.4	4.0	100	56	3	7
América del Sur																				
Bolivia	1983	15-44	26.0	3.0	0.0	3.0	1.0	4.0	0.0	1.0	14.0	1.0	0.0	3.0	9.0	15.0	100	12	35	58
	1989	15-49	30.3	4.4	0.0	1.9	0.7	4.8	0.3	0.1	16.1	1.0	0.9	4.4	7.8	18.0	100	15	26	59
Brasil	1986	15-44	65.8	26.9	0.8	25.2	0.6	1.0	1.7	0.5	4.3	5.0	0.0	27.7	29.0	9.3	100	42	44	14
Colombia	1969	15-49	20.5	-----1.4-----		4.8	...	2.7	----------11.5----------					1.4	7.5	11.5[f]	100	7	37	66[f]
	1976	15-49	42.5	4.0	0.2	13.3	0.4	8.5	1.7	2.3	5.1	4.7	2.2	4.2	26.2	12.0	100	10	62	28
	1978	15-49	46.1	7.5	...	17.2	...[m]	7.7	1.4	3.5[n]	4.0	...	4.7	7.5	29.8	8.7	100	16	65	19
	1980	15-49	48.5	10.7	0.2	17.4	...[m]	8.1	-----4.6[n]----		4.9	...	2.7	10.9	30.1	7.6	100	22	62	16
	1986	15-49	64.8	18.3	0.4	16.4	2.4	11.0	1.7	2.3	5.7	5.7	0.9	18.7	33.8	12.3	100	29	52	19

Cuadro 5 (conclusión)

País	Año	Rango de edad	Porcentaje de mujeres											Porcentaje de mujeres			Porcentaje de usuarios			
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
Ecuador	1979	15-49	33.6	7.8	0.2	9.5	0.8	4.8	1.0	1.6	4.8	2.3	0.8	8.0	17.7	7.9	100	24	53	24
	1982	15-49	39.9	12.4	0.0	10.3	0.7	6.4	1.1	2.0	4.8	1.5	0.7	12.4	20.5	7.0	100	31	51	18
	1987	15-49	44.3	15.0	0.0	8.5	0.7	9.8	0.6	1.2	6.1	2.1	0.3	15.0	20.8	8.5	100	34	47	19
	1989	15-49	52.9	18.3	0.2	8.6	0.4	11.9	1.3	0.8	8.8	2.5	0.0	18.5	23.0	11.3	100	35	43	21
Guyana	1975	15-49	31.4	8.5	0.1	9.0	0.3	5.6	2.9	1.9	1.0	1.1	1.0	8.6	19.7	3.1	100	27	63	10
Paraguay	1977	15-44	28.6[b]	-----3.2-----		11.8	0.9	4.0	2.6	0.8	1.9	3.3	...	3.2	20.1	5.2	100	11	70	18
	1979	15-49	36.4	2.1	0.1	11.9	1.7	5.4	1.5	0.8	4.2	2.4	6.3	2.2	21.3	12.9	100	6	59	35
	1987	15-44	44.8	4.0	0.0	13.5	3.6	5.1	2.3	0.5	5.7	2.9	7.2	4.0	25.0	15.8	100	9	56	35
Perú	1969/70	15-49	26.0	2.0	...	3.0	...	1.0	3.0	1.0	7.0	4.0	5.0	2.0	8.0	16.0	100	8	31	62
	1977/78	15-49	31.4	2.8	0.0	4.1	1.0	1.3	1.0	0.8	10.9	3.3	6.0	2.8	8.2	20.2	100	9	26	64
	1981	15-49	41.0	4.0	0.0	5.0	2.0	4.0	1.0	1.0	17.0	4.0	3.0	4.0	13.0	2.0	100	10	32	59
	1986	15-49	45.8	6.1	0.0	6.5	1.3	7.4	0.7	1.0	17.7	3.6	1.5	6.1	16.9	22.8	100	13	37	50
Venezuela	1977	15-44	49.3	7.6	0.1	15.3	0.2	8.6	4.8	1.1	4.0	4.7	2.8	7.7	30.0	11.5	100	16	61	23

Fuente: Véase Cuadro 4.

Notas: Debido a la curvatura, las cifras de los métodos individuales no se pueden agregar al total.

(1) Algún método; (2) Esterilización femenina; (3) Esterilización masculina; (4) Píldora; (5) Inyectable; (6) DIU; (7) Condón; (8) Métodos de barrera vaginal; (9) Ritmo; (10) Coito interrumpido; (11) No especificados; (12) Esterilización (F+M) (2.3); (13) Reversible: Clínica "de oferta" (4-8); (14) Reversible: No "de oferta" (9-11); (15) Total; (16) Esterilización (F+M) (2.3); (17) Reversible: Clínica "de oferta" (4-8); (18) Reversible: No "de oferta" (9-11).

[a] Incluye 0.2 por ciento de usuarios de NORPLANT. [b] Excluye abstinencia, irrigación y métodos tradicionales. [c] Mujeres alguna vez unidas.
[d] Incluye algunos casos de esterilización por motivos ajenos al control de la natalidad. [e] Incluye métodos de barrera vaginal.
[f] Incluye condón y métodos de barrera vaginal. [g] Las cifras de la misma fecha pertenecen a la misma encuesta, y corresponden a más de una población de base.
[h] Combinado con "otros métodos". [i] Las cifras no se suman al total, debido a que las mujeres usuarias de métodos combinados se incluyen en cada uno de ellos.
[j] Calculado suponiendo que los métodos clínicos y "de oferta" no se usan en combinación con otros métodos similares.
[k] Al ponderar los datos por las áreas no cubiertas en 1985, la prevalencia es del 46.3 por ciento.
[l] Para las mismas áreas geográficas cubiertas en la encuesta de 1983, el 19.2 por ciento usaba en 1978. [m] Combinado con métodos de barrera vaginal.
[n] Incluye inyectables. [o] Para las mismas áreas geográficas cubiertas en 1976 y 1979, el 60.5 por ciento usaba en 1984.

Los métodos que no son la esterilización femenina muestran tendencias menos consistentes entre un país y otro. El uso de la píldora aumentó al menos en 1 por ciento de las parejas en 6 de las 16 poblaciones incluidas en el cuadro 4, manifestándose los mayores incrementos en Jamaica (7.7 por ciento) y Colombia (3.1 por ciento). En 9 poblaciones el uso de la píldora disminuyó al menos en 1 por ciento; las mayores disminuciones se produjeron en Panamá (6.2 por ciento), Costa Rica (4.8), Trinidad y Tabago (4.0) y Puerto Rico (3.6). En algunos casos, estas disminuciones fueron acompañadas por mayores incrementos en la esterilización femenina (Panamá, Puerto Rico), pero en Trinidad y Tabago el aumento de la esterilización no fue mayor que la disminución en el uso de la píldora, y en Costa Rica la esterilización no aumentó en absoluto. Para los 16 países, el porcentaje medio de la contribución de los anticonceptivos orales en los distintos tipos de anticonceptivos disminuyó de 31 por ciento, en la fecha más temprana del cuadro 4, a 19 por ciento, en la fecha más reciente.

Al contrario de lo que ocurre con el uso de la píldora, el empleo de dispositivos intrauterinos (DIU) ha aumentado en la mayoría de los países de América Latina. En 10 de los 16 países, dicho uso aumentó en cerca del 1 por ciento o más de las parejas, observándose los mayores incrementos en Ecuador (7.1 por ciento), Perú (6.1) y México (4.5). El uso del DIU disminuyó en 1 por ciento o más de las parejas sólo en Jamaica (1.9 por ciento) [13]. El DIU se utiliza normalmente en un 10-12 por ciento de las parejas en 4 países –Colombia, Ecuador, México y Montserrat–, y en un 5-9 por ciento en otros 8 países (cuadro 5).

Los métodos inyectables son utilizados por menos del 5 por ciento de las parejas, excepto en Jamaica y Dominica (7.6 y 9.8 por ciento, respectivamente). Sin embargo, en 5 países incluidos en el cuadro 4 se produjeron aumentos en el uso de este método entre el 1 por ciento o más de las parejas, y sólo en Costa Rica se verificó una disminución entre más del 0.5 por ciento de las parejas.

El condón es utilizado por más del 5 por ciento de las parejas en cerca de un cuarto de los países que aparecen en el cuadro 5; Costa Rica y Trinidad y Tabago son los únicos donde el condón es usado por más del 10 por ciento de las parejas en la fecha más reciente. El empleo del condón como método anticonceptivo tuvo poca variación en la mayoría de los países sobre los que se cuenta con información, pero en 5 de ellos

[13] Para Jamaica, las estadísticas disponibles en la encuesta más reciente combinan el DIU con métodos de barrera vaginal; no está claro hasta qué punto la disminución en esta categoría se debe a un descenso en el uso del DIU.

este método se incrementó al menos en 1 por ciento, con el mayor aumento (4.6 por ciento) en Costa Rica. Su uso disminuyó en más del 0.5 por ciento de las parejas sólo en Trinidad y Tabago, donde incluyó el 3.2 de las parejas.

Los métodos de barrera vaginal, incluyendo el diafragma, las espumas, jaleas y tabletas espermicidas, son utilizados por el 5 por ciento de las parejas sólo en Trinidad y Tabago. Cinco países experimentaron disminuciones de más de 1 por ciento en el uso de estos métodos entre las fechas que aparecen en el cuadro 4; ninguno experimentó un incremento en su uso superior al 0.5 por ciento. Sin embargo, debido a que los métodos incluidos en este grupo a menudo se utilizan en combinación con otros (en particular espermicidas con condón), el número total de mujeres que usan métodos de barreras vaginales podría ser mayor que las cifras presentadas aquí.

Para métodos tales como el ritmo o el coito interrumpido, que no son "suministrados" por servicios clínicos, es más difícil determinar sus niveles de uso así como sus tendencias. Se sabe que la medición de los niveles de uso de estos métodos es muy sensible a la manera de formular las preguntas, y a veces presenta variaciones en el tiempo. En Haití, por ejemplo, la aparente disminución del uso de anticonceptivos después de 1977 puede deberse a una detección incompleta del uso del ritmo, del coito interrumpido y de otros métodos tradicionales empleados en la fecha anterior.

El uso del ritmo o método de Ogino (incluyendo métodos nuevos de abstinencia periódica) pareciera estar aumentando más de lo que se supone. Con la excepción de Haití, en el cuadro 4 no se observa una disminución apreciable de su uso.[14] En siete países, este método aumentó en 1 por ciento o más de las parejas, registrándose los mayores incrementos en Perú (6.8 por ciento), Ecuador (4.1) y Paraguay (3.8). Bolivia y Perú presentan los niveles más altos de uso de este método: 16-17 por ciento de las parejas. En otros siete países, entre el 5 y el 9 por ciento de las parejas confía en este método.

En cuatro de los países donde existen datos de tendencias, el uso del coito interrumpido se incrementó en 1 por ciento o más de las parejas, y en cuatro de ellos disminuyó casi en la misma proporción. Este método fue el más utilizado por las parejas (5-6 por ciento en 6 de los 30 países y, en el resto, por menos del 5 por ciento de ellas).

[14] Más del 0.5 por ciento de las parejas.

En el cuadro 4 también se presentan cambios en la prevalencia por grupos de métodos. El uso del grupo de métodos provenientes de suministros y servicios clínicos creció en casi todos los países (exceptuando Haití y Trinidad y Tabago). Queda claro con lo antes expuesto que la esterilización femenina es la principal contribución a este aumento. En su conjunto, el empleo de los métodos provenientes de suministros y servicios clínicos (orales, inyectables, intrauterinos, condón y de barrera vaginal) se incrementó en 1 por ciento o más en nueve de los países del cuadro 4, disminuyendo en la misma proporción en cinco casos. Como porcentaje del total de la práctica anticonceptiva, estos métodos corresponden al 51 por ciento del total de los existentes en la primera fecha presentada en el cuadro y al 46 por ciento de los correspondientes a la fecha más reciente. La categoría de métodos menos efectivos muestran en general un incremento modesto en la prevalencia total, aunque la participación en el uso total que se atribuye a estos métodos casi no ha crecido. En ambas fechas presentadas en el cuadro 4, estos métodos dan cuenta en promedio del 18 por ciento del uso total.

IV. ¿PUEDEN AUMENTAR LOS NIVELES DE ESTERILIZACION?

Debido a que la esterilización para todos los fines prácticos es un método permanente, el porcentaje de sujetos esterilizados aumenta a medida que la cohorte envejece. Sin embargo, en la actualidad, los mayores porcentajes de mujeres esterilizadas se encuentran con mayor frecuencia en los grupos de alrededor de 30 años de edad, y no en edades más avanzadas. Ello es consecuencia del reciente incremento en los niveles de adopción de este método, sumado al hecho que se realiza en general en mujeres de 25 a 40 años, edad en la que la mayoría ya tiene todos los hijos que desean y requieren un método de control durante muchos años. En aquellos países donde la esterilización excede el 20 por ciento de las parejas, más del 40 por ciento de las mujeres casadas de entre 35 y 39 años han sido esterilizadas: 42 por ciento en Brasil, 48 por ciento en El Salvador, 57 por ciento en República Dominicana, 63 por ciento en Panamá y 60 por ciento en Puerto Rico (ADS y USCDC, 1989; Arruda y otros, 1987; MSP y USCDC, 1968; RDCNPF e IRD, 1987; Warren y otros, 1986).[15]

[15] Estas cifras corresponden a las fechas más recientes del cuadro 5. Los porcentajes de mujeres esterilizadas entre aquellas de 35-39 años de edad son algo más bajos; por ejemplo, 38 por ciento en Brasil y 52 por ciento en República Dominicana.

A pesar que los porcentajes de esterilización en esos países son tan elevados, no hay signos de que su incremento se detenga. Numerosos estudios han realizado estimaciones de cohortes hipotéticas basadas en tasas específicas de esterilización por edad o duración del matrimonio en años anteriores a las encuestas recientes. En la mayoría de los casos, estos estudios han mostrado que, de persistir las actuales tasas de esterilización, el porcentaje de mujeres que eventualmente serán esterilizadas excede de manera considerable los niveles de esterilización observados normalmente en cualquier grupo etario o de duración del matrimonio. En Panamá y Puerto Rico, cerca del 80 por ciento de las mujeres serían esterilizadas de persistir las tasas actuales de esterilización (Ross y otros, 1987; Warren y otros, 1986). Este tipo de comparaciones, aplicado a encuestas realizadas desde mediados de los años 70 hasta mediados de los años 80, también indica que los niveles de esterilización podrían aumentar de manera considerable en Brasil, Colombia, República Dominicana, Ecuador y Guatemala, con incrementos más modestos en Guyana y Jamaica (Ross y otros, 1987; Rutenberg y Ferraz, 1988). Sin embargo, en estos últimos países, los actuales niveles de esterilización que se derivan a partir de las tasas actuales están muy por debajo de los niveles derivados para Panamá y Puerto Rico. Como se señalara con anterioridad, Costa Rica constituye una excepción al patrón general de los niveles crecientes de esterilización, ya que las tasas eran mayores en los años 70, declinando a partir de 1981 (cuadro 5).

En el gráfico 3 se muestran estimaciones de porcentajes de esterilización acumulados de una cohorte hipotética en algunos años anteriores a las encuestas del período 1986-1987 en seis países de América Latina y el Caribe, basándose en datos sobre esterilización que aparecen en las encuestas. [16] También se muestran aquí los porcentajes de todas las mujeres que han sido esterilizadas después de los 30 años de edad. Estos países, aunque fueron seleccionados únicamente sobre la

[16] En realidad, éstas son *tasas* anuales de esterilización que, si en un solo año se produjese una concentración inusualmente elevada de esterilizaciones, *podrían* llegar a valores superiores a una esterilización por mujer al sumar las edades reproductivas; sin embargo, ello no ocurre. Estas tasas no son estrictamente comparables con las medidas hipotéticas de proporciones esterilizadas presentadas por Westoff y otros (1979), Ross y otros (1987) y por otros autores. Las tasas de cohortes hipotéticas mostradas aquí se basan en tasas de "cohorte-período" (tal como se definen en Goldman y Hobcraft, 1982) para edad simple y años calendario previos a la realización de las encuestas. Las tasas para cada año anterior a la encuesta se sumaron para las edades indicadas, incluyendo 0.5 de la tasa de la edad simple, para mujeres cuya edad en años completos era, al final del año en cuestión, igual a la edad final de la suma (45, 40, 35 ó 30 años). Las estimaciones entregadas son sólo para esterilización femenina y comprenden a todas las mujeres, independientemente de su estado civil.

Gráfico 3

PORCENTAJE ACTUALMENTE ESTERILIZADAS SEGUN EDAD, Y ESTIMACIONES DE COHORTES HIPOTETICAS BASADOS EN TASAS DE ESTERILIZACION DE AÑOS CALENDARIO ANTERIORES EN SEIS ENCUESTAS RECIENTES

(Sólo esterilización femenina)

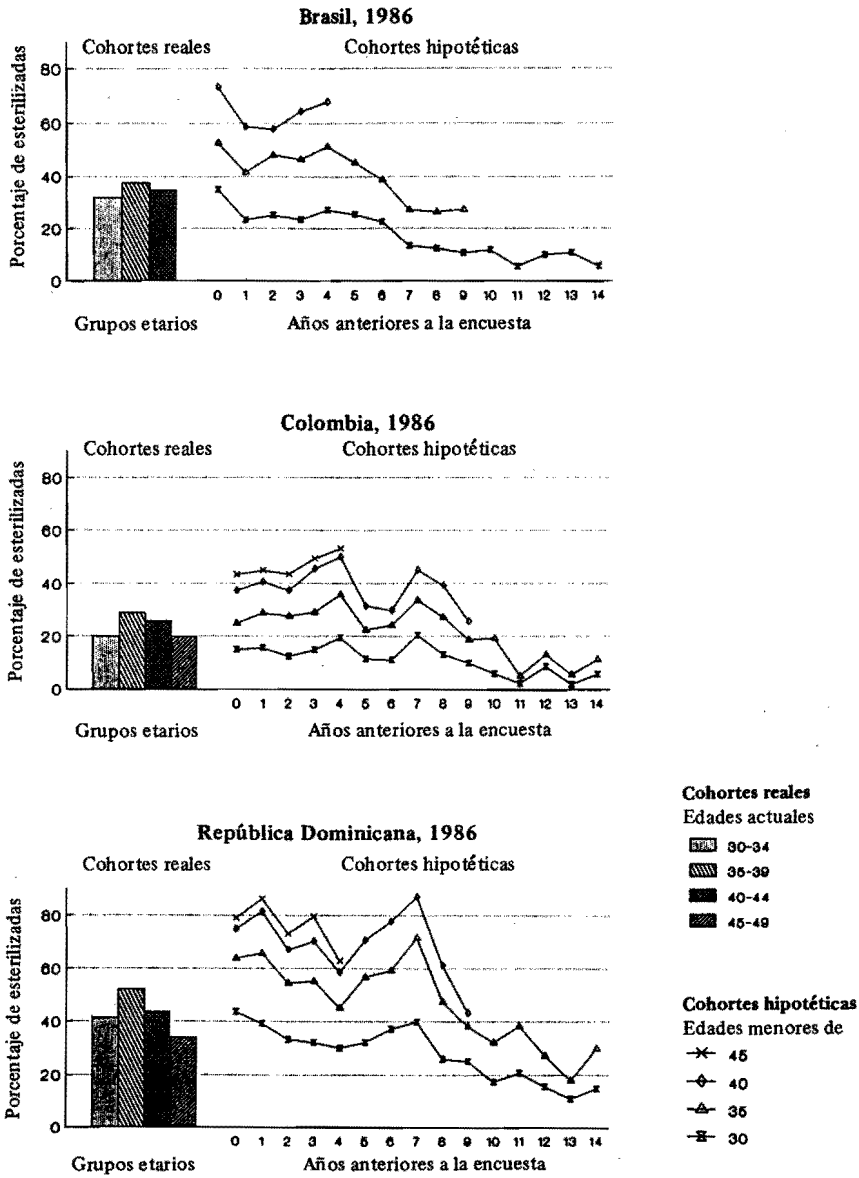
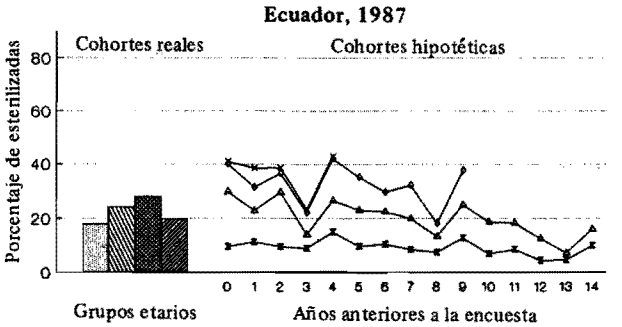
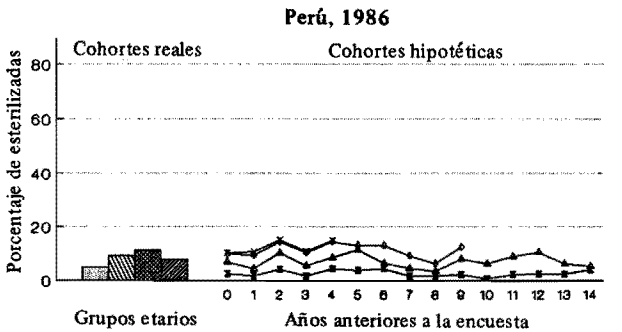
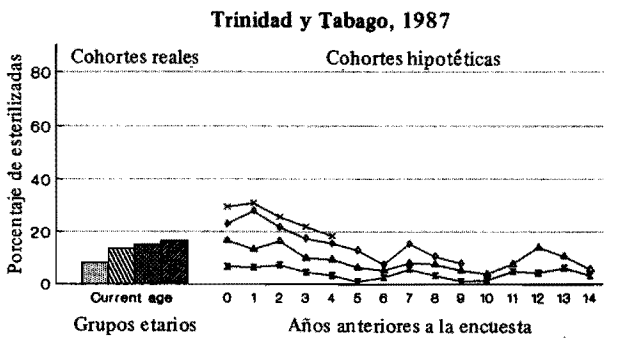


Gráfico 3 (conclusión)







Cohortes reales
Edades actuales
30-34
35-39
40-44
45-49

Cohortes hipotéticas
Edades menores de
45
40
35
30

Fuente: Tabulaciones a partir de las cintas de datos de la *Demographic and Health Survey* (Encuesta Demográfica y de Salud).

base de la disponibilidad de datos de la *Demographic and Health Survey* (DHS), son representativos de los diversos grados de uso de la esterilización que existen hoy en América Latina. Estos datos incluyen a Perú, donde sólo el 6 por ciento de las mujeres casadas y en edad fértil son esterilizadas, República Dominicana (33 por ciento) y Brasil (27 por ciento). Los seis países muestran algún tipo de evidencia de niveles crecientes de esterilización a través del tiempo, como puede desprenderse de la tendencia en las tasas anuales de la cohorte hipotética del gráfico 3 y de la prevalencia de la esterilización medida en encuestas sucesivas (cuadros 4 y 5). El incremento oscila entre pequeño –la prevalencia entre las mujeres casadas del Perú creció del 2 por ciento en el período 1969-1970 al 6 por ciento en 1986– y muy elevado –en República Dominicana, la prevalencia de la esterilización femenina fue del 12 por ciento de las parejas en 1975 y 33 por ciento en 1986.

Con la excepción de Perú, las tasas de esterilización de la cohorte hipotética durante varios años anteriores a las encuestas indican una prevalencia sustancialmente más alta de esterilización de la que se observa, en la actualidad, en cualquier grupo quinquenal de edades. Si persistieran las tasas específicas de esterilización según edad en Perú, sólo entre 10 y 15 por ciento de mujeres serían esterilizadas tomando en cuenta su período reproductivo total, en comparación con el 20 a 30 por ciento en Trinidad y Tabago, cerca del 40 por ciento en Ecuador, 40 a 50 por ciento en Colombia, 60 ó 65 por ciento en Brasil y cerca del 80 por ciento en República Dominicana.

Queda abierta la interrogante de si el 80 por ciento de las cohortes reales de mujeres elegirían o no recurrir a la esterilización. En aquellos países donde este método se ha impuesto sólo recientemente, una demanda latente podría haber contribuido a tan elevadas tasas para la cohorte hipotética en el pasado reciente, y las tasas del período podrían disminuir una vez que esta demanda sea satisfecha. Sin embargo, como ya se ha señalado, cerca del 60 por ciento de las parejas de alrededor de 40 años de edad ya han sido sometidas a esterilización en algunas poblaciones, y en los próximos años podrían alcanzarse estos niveles en un número creciente de países.

Las tasas de esterilización de cohorte hipotética para varios países muestran marcadas fluctuaciones anuales en el período de 15 años al que se han aplicado. En general, las tasas anuales de aceptación de planificación de la familia a menudo varían como respuesta a factores tales como cambios en la organización de los programas o en la legislación, normativas o incentivos relacionados con métodos

específicos, así como a causa de una publicidad favorable o desfavorable acerca de la seguridad que ofrece el método en cuestión. En Colombia, el número de esterilizaciones realizadas por PROFAMILIA, la principal organización encargada de ello, muestra fluctuaciones que corresponden, aproximadamente, a las que se observan en el gráfico 3 durante los 7 años anteriores a la encuesta. De acuerdo con los servicios estadísticos de esta institución, las decrecientes tasas de esterilización que se observan en el gráfico 3, correspondientes a los años inmediatamente anteriores a la encuesta, representan sólo una disminución temporal; durante 1986 y 1987, el número de esterilizaciones realizadas por PROFAMILIA alcanzó niveles que superaron los de todos los años anteriores (Ross y otros, 1988; véase también Hollerbach, 1989). En República Dominicana, los registros del programa también muestran una caída temporal en el número de esterilizaciones, correspondiendo aproximadamente a la declinación que se evidencia en el gráfico 3 (Ross y otros, 1988). En consecuencia, los notables cambios en las tasas anuales que se observan en el gráfico 3 con probabilidad reflejan cambios reales en el pasado reciente. Sin embargo, las tasas calculadas a partir de estos datos retrospectivos deberían someterse a una revisión más cuidadosa, para que sean así consistentes con datos similares correspondientes a encuestas anteriores y de los registros de programas.

El evidente deseo que se manifiesta de parte de un número tan grande de mujeres por someterse a un tipo de método anticonceptivo irreversible constituye en sí mismo un aspecto de la opinión que las mujeres tienen sobre los métodos anticonceptivos temporales, si bien es preciso tener en cuenta que toda esta amplia variedad de métodos no se encuentra fácilmente disponible. En el caso de métodos modernos tales como la píldora anticonceptiva y los dispositivos intrauterinos (DIU), en las entrevistas al respecto se expresan con frecuencia dudas acerca de la efectividad de los mismos, indicándose ésta como la razón principal para desechar su uso entre aquellas mujeres que corren el riesgo de un embarazo no deseado. El temor a los efectos colaterales se encuentra también entre las principales causas para discontinuar el uso de estos métodos y reemplazarlos por otro. Los datos recopilados en la mayor parte de las encuestas sobre fecundidad incluyen poca o ninguna información acerca del tipo y magnitud de los efectos colaterales experimentados, o simplemente temidos. Se necesitan investigaciones específicas para determinar si las preocupaciones de las mujeres tienen una base correcta desde el punto de vista médico, y si el hecho de contar con una información más completa y cuidadosa aumentaría el uso de

métodos efectivos pero reversibles. Muchas mujeres pueden haber recibido consejos médicos contra el uso de algunos métodos; por ejemplo, con frecuencia el uso de la píldora en mujeres mayores no se recomienda. En Estados Unidos, en 1982, más de un tercio de las ex-usuarias de la píldora anticonceptiva señalaron que el médico les había aconsejado suspender su uso (Mosher y Bachrach, 1988).

Aun cuando los métodos de barrera y otros tradicionales (abstinencia periódica o coito interrumpido) por lo general no despiertan temor en cuanto a sus efectos secundarios, son menos convenientes de usar y presentan mayores probabilidades de fracaso. En términos relativos, el embarazo accidental durante el uso de anticonceptivos se hace más común en la medida en que aumenta la proporción de usuarios. En América Latina, hay en la actualidad una proporción apreciable de nacimientos que son el resultado del fracaso en el método anticonceptivo utilizado. Por ejemplo, en los dos años previos a las encuestas de 1986-1987, en Brasil, Ecuador y Perú, 15, 10 y 18 por ciento, respectivamente, de los nacimientos tuvieron su origen en una concepción accidental, mientras las parejas utilizaban algún método (Bongaarts y Rodríguez, 1991; Rutenberg y Blanc, 1991). En Colombia, República Dominicana y Trinidad y Tabago, 10, 16 y 22 por ciento, respectivamente, de los nacimientos más recientes ocurridos durante los cinco años previos a las encuestas fueron resultado del fracaso del método anticonceptivo usado.[17]

V. RESUMEN Y CONCLUSIONES

El nivel general de utilización de métodos anticonceptivos en América Latina –estimado en un 56 por ciento de las parejas en que la mujer está en edad reproductiva– es más alto que en otras regiones en vías de desarrollo, con excepción de Asia Oriental. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el uso de métodos anticonceptivos oscila entre 30 y 60 por ciento, en las fechas más recientes disponibles, y la mayor parte de los países más densamente poblados presenta valores que oscilan entre 45 y 65 por ciento.

Allí donde es posible determinar las tendencias, el nivel global de la práctica anticonceptiva por lo general va en aumento, y en muchos casos este crecimiento es rápido. Entre los países con aumentos anuales de 2 por ciento o más de parejas que usan anticonceptivos (entre las

[17] Basado en tabulaciones inéditas de la base de datos de la DHS.

fechas que se entregan en el cuadro 4), se encuentran Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras y México. Muchos otros tienen incrementos levemente inferiores. Entre los países que cuentan con información acerca de la tendencia, en casi todos los casos donde su uso fue inferior al 50 por ciento de las parejas, las encuestas más recientes muestran algún aumento de prevalencia (Haití y Guatemala constituyen las excepciones).[18]

En general, los cambios experimentados en los países de América Latina en la combinación de métodos han tendido a favorecer cada vez más la efectividad de la práctica anticonceptiva. Sin embargo, en este documento queda en claro que en los últimos años ello se debe fundamentalmente a un uso creciente en la esterilización femenina. La introducción y rápida adopción de la píldora anticonceptiva oral fue la tendencia más importante durante un período anterior (del que existe menos documentación), entre comienzos de los años 60 y mediados de los años 70, cuando en muchos países el uso de la píldora alcanzó su punto culminante. Cabe preguntarse si, en el caso que no hubieran avanzado las técnicas de esterilización y su disponibilidad, la población no habría continuado e incluso aumentado el uso de la píldora y de otros métodos modernos efectivos. En Costa Rica, donde el acceso a la esterilización como método de control de la fecundidad se ha restringido y su uso ha comenzado a declinar, la combinación de métodos se ha inclinado hacia métodos con tasas más elevadas de fracaso; aunque ha aumentado el uso del altamente efectivo DIU, ha disminuido el empleo de la píldora, y la confianza en el condón y la abstinencia periódica (combinados) creció de 21 a 31 por ciento del uso total entre 1976 y 1986 (cuadro 4).

En la mayoría de los países, la prevalencia de la esterilización femenina ha ido creciendo; por lo general, este método es utilizado por más de un cuarto de todas las mujeres casadas en edad reproductiva, al menos en cinco países de América Latina y el Caribe. En ciertos grupos etarios, el porcentaje de esterilizaciones alcanza al 60 por ciento. Aun cuando los niveles actuales de esterilización no tienen precedentes, cabe señalar que ya a mediados de los años 60, si es que no antes, en algunas de estas poblaciones el método era importante (Panamá y Puerto Rico). En la mayor parte de la región, la vasectomía continúa siendo poco frecuente.

[18] Para un análisis crítico de los servicios existentes en Guatemala, véase Rosenhouse, 1989.

Las tendencias en el uso de otros métodos que no son la esterilización son menos consistentes. En algunos países, el uso de la píldora anticonceptiva ha aumentado, pero en otros ha disminuido en los últimos años. Los métodos cuyo uso se ha incrementado en muchos países incluyen el condón, los DIU, los inyectables y el ritmo (abstinencia periódica). Sin embargo, en una gran mayoría de países de la región cada uno de los métodos anticonceptivos mencionados es utilizado por menos de 5 por ciento de las parejas, en tanto que en dos tercios de los países con informaciones disponibles la píldora es usada por 10 por ciento o más de las parejas.

En conjunto, la esterilización femenina y la píldora anticonceptiva constituyen aproximadamente dos tercios de toda la práctica anticonceptivas en América Latina y el Caribe. En 10 de los 16 países cuya información se ha revisado en este documento, más de la mitad del aumento del nivel general de práctica anticonceptiva corresponde a la esterilización femenina (cuadro 4).[19] En cinco casos, el incremento en el uso de la esterilización superó el aumento total de la prevalencia anticonceptiva; es decir, disminuyó el uso de anticonceptivos reversibles. El uso de la esterilización femenina ha aumentado en la mayoría de los países de América Latina, y si persisten sus recientes tasas de aceptación, la prevalencia de este método continuará incrementándose, incluso en aquellos países donde su nivel ya es elevado.

BIBLIOGRAFIA

ADS (Asociación Demográfica Salvadoreña) y USCDC (United States Centers for Disease Control) (1989), *Family Health Survey (FHS), El Salvador, 1988 - Final English Language Report*, Atlanta, Georgia.

Arruda, J.; N. Rutenberg; L. Morris y E. A. Ferraz (1987), *Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar, Brasil, 1986*, Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, Rio de Janeiro, Institute for Resource Development, Westinghouse, Columbia, Maryland.

Asociación Demográfica de Costa Rica y USCDC (United States Centers for Disease Control) (1987), *The Costa Rica Fertility and Health Survey, 1986*, USCDC, Atlanta, Georgia.

Bongaarts, J. y G. Rodríguez (1991), "A New Method for Estimating Contraceptive Failure Rates", Naciones Unidas, *Measuring the Dynamics of Contraceptive Use*, NU, Nueva York.

[19] Aquí se incluye Haití, donde aumentó la tasa de esterilización, aun cuando no se produjo un aumento en el nivel general de uso de anticonceptivos (véase el cuadro 4).

Cayemittes, M. y A. Chahnazarian (1989), *Survie et santé de l'enfant en Haïti, Institut Haïtien de l'Enfance*, Ministerio de Salud Pública y Población, Puerto Príncipe, John Hopkins University, Baltimore, Maryland.

CEPAR (Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable), Ministerio de Salud Pública y States Centers for Desease Control (1990), *Ecuador. Encuesta demográfica y de salud materna e infantil*, ENDEMAIN-89, Quito.

CEPEP (Centro Paraguayo de Estudios de Población) y USCDC (United States Centers for Disease Control) (1988), *Family Planning Survey, Paraguay, 1987: Final English Language Report*, Atlanta, Georgia.

DGPF (Dirección General de Planificación Familiar e IRD (Institute for Resource Development/Macro Systems) (1989), *México. Encuesta nacional sobre fecundidad y salud 1987*, Ciudad de México y Columbia, Maryland.

Goldman, N. y J. Hobcraft (1982), *Birth Histories*, World Fertility Survey Comparative Studies, Nº 17, International Statistics Institute, Voorburg, Países Bajos.

Goldscheider, C. y WD. Mosher (1988), "Religious Affiliation and Contraceptive Usage: Changing American Patterns 1955-82", *Studies in Family Planning*, 19, 2, enero/febrero, pp. 48-57.

Heath, K., D. da Costa-Martínez y A.R. Sheon (1988), *Trinidad and Tobago Demographic and Health Survey 1987*, Family Planning Association of Trinidad and Tobago, Puerto España, Institute for Resource Development/Westinghouse, Columbia, Maryland.

Hollerbach, P. (1989), "The Impact of National Policies on the Acceptance of Sterilization in Colombia and Costa Rica", *Studies in Family Planning*, 20, 6, I parte, noviembre-diciembre, pp. 308-324.

INCAP (Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá) e IRD (Institute for Resource Development/Macro Systems) (1989), *Guatemala. Encuesta nacional de salud materno infantil 1987*, Ciudad de Guatemala y Columbia, Maryland.

INE (Instituto Nacional de Estadística, Bolivia) (1990), *Encuesta nacional de demografía y salud 1989*, INE, La Paz; Institute for Resource Development/Macro Systems Inc., Columbia, Maryland.

Lapham, R. J. y W. P. Mauldin (1984), "Family Planning Program Effort and Birthrate Decline in Developing Countries", *International Family Planning Perspectives*, 10, 4, diciembre, pp. 109-118.

McFarlane, C. y C. Warren (1989), *1989 Jamaica Contraceptive Prevalence Survey: Final Report*, The National Family Planning Board, Kingston.

Moreno, L. y S. Sight (1990), "Fertility Decline and Changes in Proximate Determinants in the Latin American Region", documento presentado en el Seminario sobre Transición de la Fertilidad en América Latina, IUSSP, 3-6 de abril, Buenos Aires.

Mosher, W.D. y C.A. Bachrach (1988), *Contraceptive Use, United States, 1982*, datos del National Survey of Family Growth, serie 23, Nº 12, US National Center for Health Statistics, Hyattsville, Maryland.

MSP (Ministerio de Salud de Panamá) y USCDC (United States Centers for Disease Control) (1986), *Maternal-child Health/family Planning Survey, Panama, 1984: Final English Language Report*, Atlanta, Georgia.

MSPH (Ministerio de Salud Pública de Honduras), AHPF (Asociación Hondureña de Planificación Familiar), FHI (Family Health International) y MSH (Management Sciences for Health) (1989) *Epidemiology and Family Health Survey - Honduras, 1987*, Research Triangle Park, Carolina del Norte.

Mundigo, Axel I. (1990), *The Role of Family Planning Programmes in the Fertility Transition of Latin America*, documento presentado en el Seminario sobre la Transición de la Fertilidad en América Latina, IUSSP, 3-6 de abril, Buenos Aires.

Naciones Unidas (1979), *Factors Affecting the Use and Non-use of Contraception: Findings from a Comparative Analysis of Selected KAP Surveys*, Naciones Unidas, número de venta E.79.XIII.6, Nueva York.

—— (1989), *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assesed in 1988*, Naciones Unidas, número de venta E.89.XIII.4, Nueva York.

Potter. J. E. (1983), "Una apreciación del papel de las variables intermedias en el descenso de la fecundidad latinoamericana", *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*, El Colegio de México, Ciudad de México, vol. 2, pp. 1061-1081.

RDCNPF (República Dominicana. Consejo Nacional de Población y Familia) e IRD (Institute for Resource Development, Westinghouse) (1987), *República Dominicana. Encuesta demográfica y de salud: DHI-1986*, Santo Domingo.

Rosenhouse, S. (1989), *Weak Demand or Inappropriate Supply: Programme Efforts in Indigenous Guatemala*, documento presentado en IUSSP/Popular Council/Rockefeller Foundation/Seminario de la Liga Arabe sobre el Papel de los Programas de Planificación de la Familia como Determinante de la Fecundidad, Túnez, pp. 26-30.

Ross, J. A., R. M. Wardlaw, D. H. Huber y S. Hong (1987), "Cohort Trends in Sterilization: Some International Comparisons", *International Family Planning Perspectives*, 13, 2, junio, pp. 52-60.

Ross, J., M. Rich, J. P. Molzan y M. Penzak (1988), *Family Planning and Child Survival: 100 Developing Countries*, Universidad de Columbia, Nueva York.

Rutenberg, N. y A. Blanc (1991), "The Analytic Potential of DHS Data on Coital Frequency and its Implications for the Estimation of Failure Rates", Naciones Unidas, *Measuring the Dynamics of Contraceptive Use*, Naciones Unidas, Nueva York.

Rutenberg, N. y E. A. Ferraz (1988), "Female Sterilization and its Demographic Impact in Brazil", *International Family Planning Perspectives*, 14, 2, pp. 61-68.

Singh, S. y D. Berrio (1989), *Institutional Constraints on the Provision of Family Planning Services in Latin America*, documento presentado en IUSSP/Popular Council/Rockefeller Foundation/Seminario de la Liga Arabe sobre el Papel de los Programas de Planificación de la Familia como Determinante de la Fecundidad, Túnez, pp. 26-30.

Warren, C. W., C. F. Westoff, J. M. Herold, R. W. Rochat y J. C. Smith (1986), "Contraceptive Sterilization in Puerto Rico", *Demography*, 23, 3, agosto, pp. 351-365.

Westoff, C. F., J. M. McCarthy, N. Goldman y F. Mascarin (1979), *Illustrative Analysis: Contraceptive Sterilization and Births Averted in Panama*, WFS Scientific Reports, Nº 4, International Statistical Institute, Voorburg, Países Bajos.

FECUNDIDAD DESEADA EN AMERICA LATINA: TENDENCIAS Y DIFERENCIALES EN SIETE PAISES

John Bongaarts
(Population Council,
Nueva York)
Robert Lightbourne
(División de Población,
Naciones Unidas, Nueva York)

RESUMEN

En este trabajo se examinan los cambios en la fecundidad deseada a lo largo del tiempo, tanto dentro de los países como entre ellos. Se compara la fecundidad observada, medida por la tasa global de fecundidad, con la fecundidad deseada, medida por una nueva tasa global de fecundidad deseada desarrollada por Bongaarts (1990). Esta tasa refleja el nivel de fecundidad que prevalecería si las mujeres pusieran totalmente en práctica sus deseos de no tener más hijos. A través de estos dos indicadores se analizan las tendencias en la fecundidad observada y deseada a nivel nacional y según nivel de educación y residencia rural-urbana.

Los datos para este análisis provienen de encuestas de fecundidad realizadas en el período 1975-1989, tales como la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS-World Fertility Survey) y la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS-Demographic and Health Survey).

El análisis sugiere que la mayor parte de la variación en la fecundidad observada a la fecha de ambas encuestas (WFS y DHS) no se debe a la variación en el número de hijos deseados, sino que se produce por la diferencia en el grado de éxito para controlar la fecundidad en los

niveles deseados, lo que es coherente con anteriores hallazgos realizados por Lightbourne (1984) respecto de tres países del Caribe estudiados en el marco de la WFS. Otra conclusión importante –quizás la más significativa desde el punto de vista de las políticas– es que, tanto en la WFS como en la DHS, la fecundidad no deseada fue significativa en todos los países, y en particular en los estratos socioeconómicos bajos. Presumiblemente, esto es causado en gran parte por una inaccesibilidad a los anticonceptivos y por lo inadecuado de los métodos anticonceptivos disponibles.

Este trabajo contiene cuatro secciones. La primera expone un esquema de la metodología seguido de un resumen de las tendencias y diferenciales en la fecundidad observada. La tercera sección describe las tendencias y diferenciales en la fecundidad deseada y en la cuarta se presentan las conclusiones.

(MEDICION DE LA FECUNDIDAD)
(TAMAÑO DESEADO DE LA FAMILIA)
(TENDENCIAS DE LA FECUNDIDAD)
(ENCUESTAS CAP)

WANTED FERTILITY IN LATIN AMERICA: TRENDS AND DIFFERENTIALS IN SEVEN COUNTRIES

SUMMARY

Changes in wanted fertility over time and accross countries are examined, comparing the total fertility rates with wanted fertility, measured as the New Wanted Fertility Rate developed by Bongaarts (1990). This rate reflects the level of fertility that would prevail if women fully implemented their desires about avoiding additional births. The trends of observed and desired fertility are examined at the national level and by level of education and rural-urban place of residence.

The data used comes from fertility surveys carried out during 1975-1989, such as the World Fertility Survey (WFS) and the Demographic and Health Survey (DHS). The analysis suggests that the changes in fertility between the dates of the two surveys (the WFS and the DHS) are not due to changes in desired fertility, but mainly to differences in the degree to which fertility is controlled to coincide with desired levels, something consistent with previous findings by Lightbourne (1984) for three Caribbean countries. Another conclusion –perhaps the most significant from a policy standpoint– is that both the WFS and the DHS show that unwanted fertility was significant in all countries, specially in the lower socioeconomic strata. Presumably, this is attributable to a large extent to insufficient access to contraceptives and to inadequacies of some existing methods.

(FERTILITY MEASUREMENT) (FERTILITY TRENDS)
(DESIRED FAMILY SIZE) (KAP SURVEYS)

INTRODUCCION

En las últimas tres décadas la fecundidad ha descendido rápidamente en América Latina. Según las estimaciones más recientes de las Naciones Unidas, la tasa global de fecundidad (TGF) del continente cayó de más de 6 hijos por mujer en la década de los 50 a 3.6 a fines de los 80. La tasa de variación de la fecundidad desde mediados de los 70 ha sido más rápida que en cualquier otra región del mundo en desarrollo (Naciones Unidas, 1989).

A fin de obtener una mayor comprensión de los determinantes del descenso reciente de la fecundidad en los países latinoamericanos, este trabajo examina los cambios en la fecundidad deseada, tanto dentro de los países como entre ellos, así como a lo largo del tiempo. Específicamente, comparamos la fecundidad observada, medida por la tasa global de fecundidad, con la fecundidad deseada, medida por una nueva tasa global de fecundidad deseada desarrollada por Bongaarts (1990). Esta tasa refleja el nivel de fecundidad que prevalecería si las mujeres pusieran totalmente en práctica sus deseos de no tener más hijos. A través de estos dos indicadores analizamos las tendencias en la fecundidad observada y deseada a nivel nacional y según nivel de educación y residencia rural-urbana.

Los datos para nuestro análisis provienen de encuestas de fecundidad realizadas en el período 1975-1989. Los siete países incluidos son Colombia, Costa Rica, Ecuador, Jamaica, Perú, República Dominicana y Trinidad y Tabago. Para cada país están disponibles dos encuestas; la primera es, invariablemente, la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS-World Fertility Survey) y la segunda, por lo general, es la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS-Demographic Health Survey), con excepción de Costa Rica y Jamaica. Dado que la primera serie de encuestas tuvo lugar entre 1975 y 1980 y la segunda entre 1986 y 1989, el tiempo transcurrido entre ambas rondas de encuestas es, en promedio, de 10 años (cuadro 1). Todas estas encuestas estiman la fecundidad, las preferencias reproductivas, la educación y el lugar de

Cuadro 1

TENDENCIAS EN LAS TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD PARA SIETE PAISES LATINOAMERICANOS Y DEL CARIBE

País	Primera encuesta WFS	Segunda encuesta DHS[a]	Cambio de la fecundidad	Fecha de:		
				Primera encuesta	Segunda encuesta	Años transcurridos
Colombia	4.6	3.1	-1.5	1976	1986	10.3
Costa Rica	3.5	3.6	0.1	1976	1986	9.6
Ecuador	5.2	4.3	-0.9	1979	1987	7.8
Jamaica	4.4	2.8	-1.6	1975	1988	12.8
Perú	5.3	4.0	-1.3	1977	1986	9.1
República Dominicana	5.2	3.6	-1.6	1975	1986	11.3
Trinidad y Tabago	3.2	3.0	-0.2	1977	1987	10.0
Promedio	4.5	3.5	-1.0			10.1

[a] La segunda encuesta de Costa Rica fue efectuada por la Asociación Demográfica Costarricense; la segunda encuesta de Jamaica la llevó a cabo la Junta Nacional de Planificación Familiar de Jamaica, con asistencia técnica de los centros de control de enfermedades (Centers for Desease Control) de Atlanta.

residencia, variables que se miden de la misma manera en todas ellas salvo pequeñas excepciones. Los resultados son, por lo tanto, razonablemente comparables en el tiempo y el espacio.

Este trabajo contiene cuatro secciones. La primera expone un esquema de la metodología. Luego sigue un resumen de las tendencias y diferenciales en la fecundidad observada. La tercera sección describe las tendencias y diferenciales en la fecundidad deseada y en la cuarta se presentan las conclusiones.

I. METODOLOGIA PARA ESTIMAR LA FECUNDIDAD DESEADA

En los últimos años se ha producido un considerable progreso técnico en la medición de la cantidad de hijos deseados. Aquí se revisan brevemente estos desarrollos:

a. El tamaño de familia deseado informado por la entrevistada: el método más antiguo para estimar el número deseado de hijos, que data del Estudio de Fecundidad de Indianápolis efectuado en la década de los 40, consiste en pedir a los entrevistados que respondan cuántos hijos desean tener. Este método ha sido criticado durante largo tiempo por una

serie de razones. En particular porque las mujeres que tienen más hijos que los que manifiestan desear, pueden "racionalizar" los nacimientos adicionales cambiando el número deseado, y las mujeres que están recién empezando a procrear pueden no tener noción de cuántos hijos desean. Además, en algunas sociedades las mujeres pueden haber reflexionado poco acerca del número de hijos que quieren.

La fraseología de las preguntas sobre el tamaño de familia deseado ha variado enormemente entre las diferentes encuestas. En la Encuesta Mundial de Fecundidad, se les planteó la siguiente pregunta a las entrevistadas: "si Ud. pudiera elegir el número exacto de hijos que tendrá en toda su vida, ¿cuál sería ese número?". Análisis posteriores mostraron una fuerte variación, según paridez, en las respuestas a esta interrogante, lo que implica la racionalización de los nacimientos no deseados. La Encuesta Demográfica y de Salud empleó una nueva pregunta, la que tenía como finalidad reducir la racionalización al fijar el referente temporal hacia el principio de la procreación: "Si Ud. pudiera retroceder en el tiempo, no tuviera hijos y pudiera elegir el número exacto de hijos que tendrá en toda su vida, ¿cuál sería ese número?".

b. *Teoría "en desarrollo"*: mediante el uso de una secuencia muy compleja de preguntas, Coombs, Coombs y McClelland (1975) propusieron una metodología para estimar el número total de hijos deseados. Estas preguntas no han sido aplicadas en las encuestas consideradas en este trabajo y, por lo tanto, las estimaciones producidas no se discuten aquí. Kim y Choi (1981) dieron a conocer una aplicación del modelo de Coombs a la información de la República de Corea.

c. Estimaciones de las probabilidades de aumento del tamaño de familia deseado: diversos autores han propuesto métodos para estimar el número de nacimientos deseados a partir de información sobre paridez y sobre el deseo de tener más hijos. Entre dichos autores se incluyen Udry, Bauman y Chase (1973), Lightbourne (1977, 1985), Pullum (1981), Rodríguez y Trussell (1981) y Nour (1983). Cuando no están corregidas por esterilidad, fecundidad natural, mortalidad infantil y ausencia de uniones, las estimaciones menos sesgadas se acercan bastante al tamaño promedio de familia deseado tal como ha sido declarado por la entrevistada (Lightbourne, 1985). Cuando, en cambio, se ha corregido según estos factores (Lightbourne, 1981), las estimaciones que se obtienen dan un número menor de hijos aunque pueden ser ajustadas de modo que se aproximen a la tasa global de fecundidad deseada que se describe más adelante. Esta convergencia es importante para la validación de otros métodos. Sin embargo, el proceso de ajuste es extremadamente

laborioso y requiere una estimación de muchos factores que a menudo se deben deducir en forma indirecta, tales como el patrón de fecundidad natural, el patrón de esterilidad, etc. Por esta razón, algunos investigadores abandonaron la estimación de cohorte ficticia en favor de las TGF deseadas, debido a la mayor simplicidad inherente y la menor necesidad de información de este último enfoque.

d. Tasas globales de fecundidad deseada: la noción de una tasa global de fecundidad deseada como una medida relevante para el diseño de políticas parece haber sido usada de manera explícita, primeramente, por Blake y das Gupta (1972) y, más tarde, por Westoff (1980), Blanc (1982), Lightbourne (1985, 1987) y Bongaarts (1990).

El surgimiento de la TGF deseada como una medición del número deseado de hijos es significativo por varias razones. En primer lugar, por su simplicidad desde los puntos de vista conceptual y computacional y, metodológicamente, porque es un indicador mucho más creíble de la cantidad deseada de hijos que el informado por la entrevistada. Una segunda razón de por qué la TGF deseada es importante, es el hecho que a menudo estima un número de nacimientos deseados sustancialmente inferior al informado por la entrevistada, conduciendo al hallazgo cada vez más aceptado de que el número deseado de nacimientos es, en muchos países, bastante menor al tamaño medio de familia deseado informado por la entrevistada (Lightbourne, 1985; Bongaarts, 1990).

A partir de las historias de nacimientos proporcionadas por la Encuesta Mundial de Fecundidad, surgió un método muy simple para calcular de modo directo la TGF deseada, propuesto originalmente por Westoff (1981). Dicha tasa es idéntica a una tasa global de fecundidad, salvo que los nacimientos no deseados se suprimen del numerador. En otras palabras, los numeradores consisten en nacimientos deseados a cada edad 15-19, ..., 45-49, mientras que los denominadores consisten en los años/persona vividos por todas las mujeres a cada edad, 15-19, ..., 45-49. La gran ventaja de la TGF deseada es su interpretación directa como el número de nacimientos deseados que las mujeres tendrían, si se evitara la procreación no deseada.

Han surgido varios métodos diferentes para suprimir los nacimientos no deseados del numerador. El primero, usado por Westoff (1981), Blanc (1982) y Lightbourne (1985), empleó varios criterios alternativos para determinar si un nacimiento era deseado o no, como se describe en las variantes 1 y 2 desarrolladas a continuación.

Según la variante 1, la que se denominará TGFD1 (tasa global de fecundidad deseada Nº 1), un nacimiento se considera no deseado y se

excluye del numerador si excede el tamaño deseado de la familia declarado por la entrevistada.

Según la segunda variante, la que se denominará TGFD2 (tasa global de fecundidad deseada Nº 2), un nacimiento se considera no deseado y se excluye del numerador si la entrevistada así lo declara en respuesta a una pregunta directa. En la Encuesta Mundial de Fecundidad, la determinación del nacimiento no deseado se logró al plantear la siguiente interrogante: "Si piensa en la época antes de que Ud. quedara embarazada de su último hijo, ¿deseaba Ud. tener más hijos?". En la ronda posterior de las Encuestas Demográficas y de Salud se usó una pregunta perfeccionada que distinguía los nacimientos no deseados permanentemente de aquellos que no se producen en la época oportuna. Esta pregunta empleaba la siguiente fraseología: "Justo antes de que Ud. quedara embarazada de (NOMBRE), ¿deseaba Ud. tener a ese hijo, quería esperar hasta más adelante, o Ud. simplemente no deseaba tener más hijos?"

e. Nueva tasa global de fecundidad deseada: según una tercera variante de la TGF deseada, propuesta por Bongaarts (1990), que se denominará NTGFD (nueva TGF deseada), se planteó un enfoque radicalmente diferente para excluir los hijos no deseados del numerador, el cual tiene la ventaja de depender de una fuente menos sesgada de información.

La variante 1 depende de la precisión de la declaración sobre el tamaño deseado de la familia la que, como se sabe, está sesgada por una racionalización posterior de los hijos no deseados. La variante 2 depende de cuán confiable es la declaración de "deseado" de los nacimientos recientes, lo que también parece estar sujeto a un sesgo sistemático, en la misma dirección de las declaraciones de nacimientos no deseados como deseados (Westoff, 1988). La NTGFD, por su parte, depende de la precisión de la declaración acerca de si se desea un hijo adicional, la cual se considera que no tiene ningún sesgo sistemático. La NTGFD, en nuestra opinión, es un factor de estimación no sesgado del nivel de fecundidad que prevalecería si las mujeres pusieran totalmente en práctica sus deseos de terminar la procreación, a diferencia de las dos variantes anteriores.

El primer paso para determinar la NTGFD es calcular lo que se podría denominar tasa global de fecundidad "desea más", usando preferentemente un período de referencia limitado a los dos años anteriores a la encuesta. Los denominadores para esta variante se calculan como para cualquier otra tasa global de fecundidad proveniente de encuestas, es decir, como los años/persona vividos a cada edad por todas

las mujeres de la población. Los numeradores, sin embargo, incluyen sólo los nacimientos del período de referencia en ese subconjunto de mujeres que a la fecha de la entrevista digan que desean tener hijos adicionales, clasificados por la edad de la madre a la fecha del nacimiento.

El segundo paso en la NTGFD consiste en sumar a esta tasa global especial de fecundidad "desea más" un ajuste por últimos nacimientos deseados. Este ajuste es necesario porque las mujeres que completaron su procreación al tener su último hijo deseado durante los dos años anteriores a la encuesta declararán, al momento de la entrevista, que no desean tener más hijos, de manera que sus últimos hijos deseados se excluyen equivocadamente de la TGF "desea más" calculada en el paso 1. Al agregar una corrección para estos últimos nacimientos deseados, se obtiene la NTGFD (para una mayor explicación véase la nota Nº 1).

En este trabajo se recalca el hecho que si la información es correcta, los tres métodos serán estimadores no sesgados del número deseado de nacimientos, con las propiedades muy deseables de corrección automática por preferencia de sexo, mortalidad infantil, ausencia de uniones y obstáculos físicos y conductuales a la procreación, en particular la esterilidad y la menor frecuencia del coito a medida que las parejas envejecen. Sin embargo, se cree que la información necesaria para la NTGFD está mucho menos sesgada y, por lo tanto, tiene una credibilidad mayor que la información para la TGFD1 y la TGFD2.

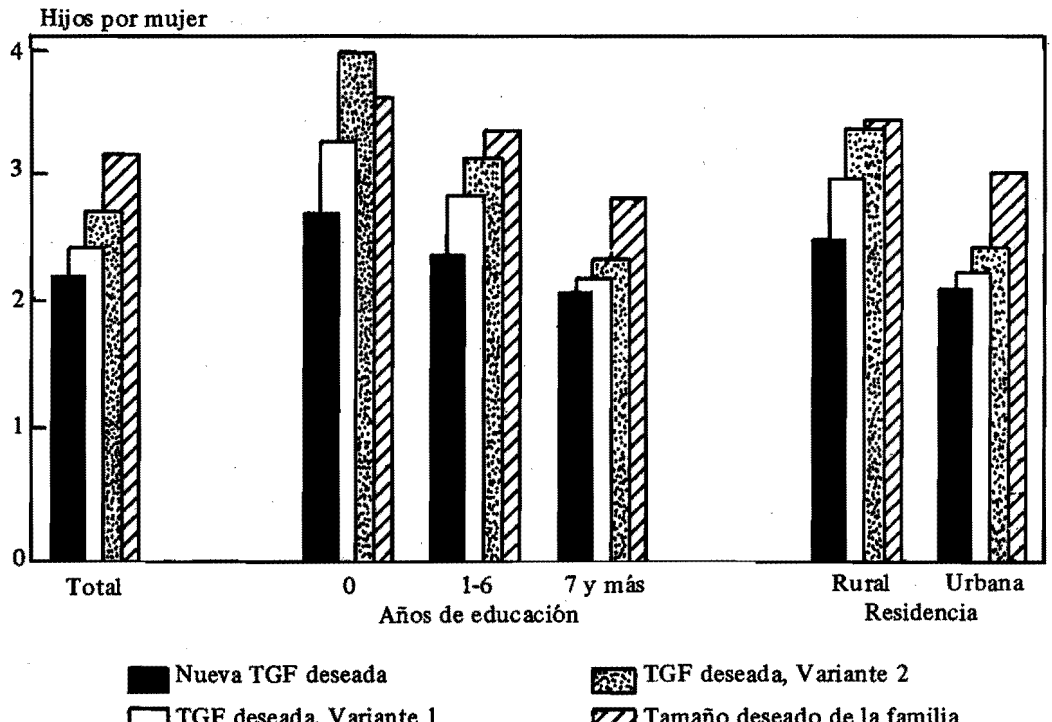
Variación de las estimaciones de la fecundidad deseada:

Se puede observar en el gráfico 1 que los diferentes métodos proporcionan estimaciones sustancialmente distintas del número de hijos deseados. El tamaño de familia deseado declarado por la entrevistada proporciona, casi invariablemente, una estimación bastante superior del número medio de hijos deseados que cualquiera de las otras tasas globales de fecundidad deseada. Los resultados del gráfico 1 –presentados para la población total y para subgrupos de educación y residencia– confirman hallazgos anteriores en el sentido que cuando se estima de acuerdo al enfoque de la tasa global de fecundidad deseada, el número de nacimientos deseados está, casi siempre, por debajo del número de hijos deseados estimado por el tamaño de familia deseado declarado por la entrevistada.

Es importante enfatizar que las tasas de fecundidad deseada se ajustan automáticamente por la preferencia de sexo y la mortalidad infantil, y que estos hallazgos contradicen las especulaciones de una serie de autores que en el pasado supusieron que el número de hijos deseados debe ser bastante *superior* al tamaño de familia deseado, cuando se

Gráfico 1

NUEVA TGF DESEADA, TGF DESEADA, TGF DESEADA INFORMADA Y TAMAÑO DESEADO DE LA FAMILIA, SEGUN EL NIVEL DE EDUCACION Y EL LUGAR DE RESIDENCIA (6 ENCUESTAS DHS)



efectúan los ajustes apropiados para compensar las muertes de los hijos deseados y la preferencia de sexo.

Otro descubrimiento importante es que para las encuestas DHS, el número medio de hijos deseados estimado con el uso de la NTGFD es inferior al número estimado por la TGFD1 o la TGFD2. Este hallazgo es significativo puesto que indica mayores posibilidades para un descenso de la fecundidad que lo que se pensaba hasta ahora. Los mismos resultados también se mantienen a nivel nacional y por grupos de países.

Los resultados de la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS) no se presentan en el gráfico 1 porque la variante 2 no se puede calcular en términos comparables, puesto que, a diferencia de la DHS, el cuestionario de la WFS no proporciona los motivos de discriminación entre los hijos permanentemente deseados y los hijos nacidos a destiempo. Como resultado de esto, cuando se emplea la información de la WFS, la variante 2 de la tasa global de fecundidad deseada estima un número de hijos deseados inferior a los cálculos de la nueva tasa global de fecundidad deseada.

Las causas de las diferencias entre estas mediciones alternativas de la fecundidad deseada han sido analizadas en forma detallada por Bongaarts (1990). En pocas palabras, la razón principal de la diferencia entre la TGFD2 y la NTGFD es el hecho que existe un sesgo por exceso en la primera, el cual es consecuencia de un aparente rechazo de las madres por declarar como no deseados a sus hijos más recientes. El tamaño de este sesgo varía ampliamente entre los subgrupos, desde 1.2 nacimientos por mujer en los grupos con menor educación a sólo 0.2 entre las mujeres con siete o más años de educación (gráfico 1). La diferencia entre el tamaño de familia deseado declarado por la entrevistada y la NTGFD se debe a un conjunto de factores, entre los cuales la racionalización y la limitación involuntaria de la familia son los más importantes.

La racionalización se refiere a un ajuste ascendente en el tamaño de familia deseado tal como ha sido declarado, a medida que las mujeres tienen hijos con posterioridad a haber alcanzado el punto donde desean cesar la procreación. El segundo factor, la limitación involuntaria de la fecundidad, se atribuye a la esterilidad, la subfertilidad, la disolución marital y la ausencia de uniones, las cuales impiden que una proporción de las mujeres alcance su tamaño de familia deseado, produciendo así una TGF deseada inferior al tamaño de familia deseado. El aplazamiento prolongado de los nacimientos deseados puede contribuir a la limitación

involuntaria de la fecundidad. Como consecuencia de estos factores, el tamaño de familia deseado excede la TGF deseada en ambas encuestas y en cada subgrupo de todos los países examinados aquí. La variante 1 de la TGF deseada se acerca mucho más a la NTGFD, pero aún contiene un sesgo por exceso a causa del efecto de la racionalización.

Antes de concluir esta sección, resulta útil hacer un breve comentario acerca de la interpretación precisa de las estimaciones de la nueva tasa global de fecundidad deseada (NTGFD), sobre la cual se basa nuestro análisis. En primer lugar, se ha argumentado en otros trabajos (Lightbourne, 1985 y 1987) que el hacer efectivas las preferencias de cesación de la procreación y postergación de los nacimientos puede implicar un número de hijos deseados sustancialmente inferior que el que resulta de concretar solamente las preferencias de cesar la procreación. En nuestra opinión, los resultados que se presentan en seguida dan cuenta adecuadamente de la estructura "fecha de la encuesta" de las preferencias de cesar los nacimientos, y consideran las preferencias de aplazamiento si se están implementando actualmente (mediante el uso eficaz de anticonceptivos entre mujeres que afirman desear más hijos, pero que a la fecha quieren aplazar a su siguiente hijo). Sin embargo, en la medida que las mujeres que desean aplazar un nacimiento no están implementando completamente su preferencia, la NTGFD sobrestimará la tasa global de fecundidad que se presentaría si se estuvieran implementando completamente las preferencias de cesar y aplazar los nacimientos. Si las mujeres aplazan durante un tiempo suficientemente largo, pueden postergar algunos nacimientos hasta la menopausia. Aunque en América Latina la gran mayoría de las mujeres detienen la procreación mucho antes de esta etapa, el impacto de una intensificación de la conducta de postergación en este continente puede no ser trivial, tal como lo sugiere Lightbourne (1987). En segundo lugar, se debe tener en cuenta que la fecundidad periódica y sus componentes "deseado" y "no deseado" se pueden ver afectados no sólo por el número deseado de hijos, sino también por los cambios en la conducta de postergación. Por ejemplo, en un período de dificultades económicas las parejas pueden querer retrasar el nacimiento de sus hijos más allá de lo habitual, como aparentemente fue el caso en muchos de los países desarrollados durante la grave depresión económica y la cesantía generalizada de los años 30. Tal retraso de la procreación puede provocar reducciones en la TGF deseada sin un cambio en el tamaño de familia deseado. La NTGFD recoge correctamente estas variaciones en la verdadera TGF deseada.

II. TENDENCIAS Y DIFERENCIAS EN LA TGF OBSERVADA

En el cuadro 1 se presentan las estimaciones de las tasas globales de fecundidad para las dos encuestas en cada uno de los siete países incluidos en este análisis. En promedio, la fecundidad descendió de 4.5 a 3.5 hijos por mujer entre la primera ronda de encuestas a fines de los 70 y la segunda, a fines de los 80. Esta disminución es comparable con la de América Latina en su conjunto y aunque los siete países no son seleccionados al azar, parecen ser bastante representativos de las tendencias reproductivas de la región.

Las tendencias de la fecundidad varían ampliamente entre los países. Las disminuciones observadas en Colombia, Ecuador, Jamaica, Perú y República Dominicana fueron mayores a 1 hijo por mujer en cada década. Este ritmo de cambio en extremo acelerado no ha sido igualado sino por unos pocos países del mundo en desarrollo. Sin embargo, los niveles de fecundidad cambiaron escasamente en Costa Rica y Trinidad y Tabago, países donde la fecundidad ya era baja a mediados de los 70. En estos dos países, la fecundidad declinó rápidamente durante la década de los 60, pero se detuvo muy por sobre el nivel de reemplazo desde mediados de los 70. Este fenómeno interesante y poco habitual no se encuentra con facilidad fuera de América Latina. Otros países de la región, como Argentina, Chile y Uruguay, han experimentado una estabilización similar de la fecundidad con tasas globales cercanas a 3 (Naciones Unidas, 1989). Por otra parte, varios países insulares, como Cuba y Barbados, sufrieron descensos sostenidos de la fecundidad hasta alcanzar el nivel de reemplazo.

Estudios previos sobre la fecundidad en América Latina han documentado grandes diferenciales según el nivel de educación y entre las mujeres urbanas y rurales. De hecho, estas diferencias son mayores en América Latina que en otras regiones del mundo en desarrollo (Naciones Unidas, 1987; Weinberger y otros, 1989). El cuadro 2 presenta las estimaciones de la tasa global de fecundidad según educación y residencia en cada uno de los siete países. En cada país la fecundidad se asocia negativamente con el nivel de educación y residencia urbana (la única excepción es Trinidad y Tabago, donde la DHS no encontró ninguna diferencia significativa de la fecundidad entre las zonas rurales y urbanas). Para facilitar el examen de los diferenciales y tendencias, el cuadro 2 y el gráfico 2 presentan las TGF medias de los siete países, según

Cuadro 2

TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD EN UN PERIODO DE 0-24 MESES ANTES DE LA ENCUESTA, SEGUN EL NIVEL DE EDUCACION Y EL LUGAR DE RESIDENCIA

País y año	Tasas globales de fecundidad					
	Años de educación			Residencia		
	0	1-6	7+	Rural	Urbana	Total
Colombia						
WFS 76	7.4	4.9	2.8	6.7	3.6	4.6
DHS 86	4.8	3.9	2.3	4.6	2.6	3.1
Costa Rica						
WFS 76	4.7	3.8	2.7	4.3	2.9	3.5
ADC 85	[a]	4.4	2.8	4.4	3.0	3.6
Ecuador						
WFS 79-80	7.5	6.1	2.7	6.5	3.9	5.2
DHS 87	6.7	5.1	3.0	5.4	3.6	4.3
Jamaica						
WFS 75-76	4.7	4.9	2.9	4.9	3.8	4.4
NFPB 89	[a]	3.4	2.5	3.0	2.6	2.8
Perú						
WFS 77-78	6.9	4.9	3.0	7.1	4.4	5.3
DHS 86	6.5	5.0	2.7	6.3	2.9	4.1
República Dominicana						
WFS 75	6.9	5.9	2.7	7.0	3.6	5.2
DHS 86	5.4	4.1	2.8	4.8	3.0	3.6
Trinidad y Tabago						
WFS 77	[a]	3.7	2.8	3.5	3.0	3.2
DHS 87	[a]	3.5	2.9	3.0	3.1	3.0
Promedio[b] de						
Encuesta 1	6.1	4.9	2.8	5.7	3.6	4.5
Encuesta 2	5.4	4.2	2.7	4.5	3.0	3.5

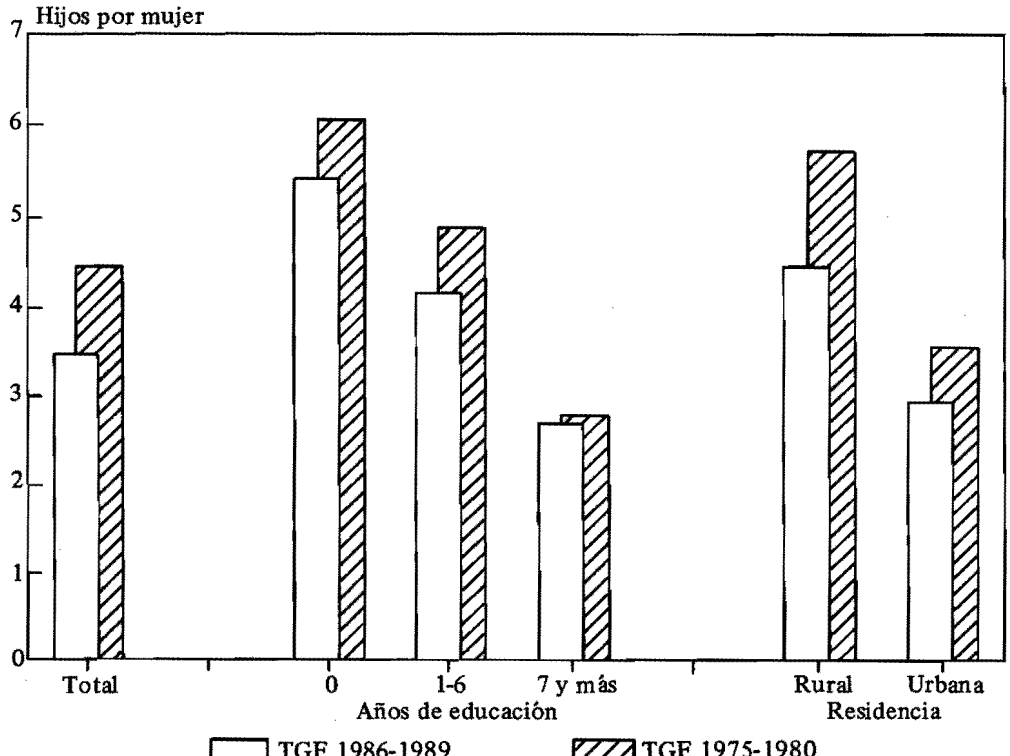
Abreviaturas: WFS: Encuesta Mundial de Fecundidad; DHS: Encuesta Demográfica de Salud; ADC: Asociación Demográfica Costarricense; NFPB: Junta Nacional de Planificación Familiar de Jamaica y Centros de Control de Enfermedades (Centers for Desease Control) de Atlanta.

[a] Menos de 250 entrevistados en esta categoría.

[b] En los años cero de la categoría escolaridad, los denominadores son menos de 500 mujeres/años en cuatro casos: Costa Rica (1985), Jamaica (1989), y ambas encuestas en Trinidad y Tabago. Con el fin de calcular los promedios, a estos casos se les asignan valores, como se explica en la nota 2.

Gráfico 2

TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD, SEGUN EL NIVEL DE EDUCACION Y EL LUGAR DE RESIDENCIA



cada grupo social. En la ronda de encuestas WFS, las mujeres sin educación tenían, en promedio, 6.1 hijos, en comparación con los 2.8 por cada mujer con siete o más años de educación: una diferencia de 3.3 hijos; en la segunda ronda de encuestas, esta diferencia entre las mujeres con mayor y menor educación se había reducido a 2.7 hijos, lo que sugería un patrón de convergencia. En forma similar, la fecundidad de las mujeres rurales excedía a la de las mujeres urbanas, tanto en la WFS (5.7 contra 3.6 hijos por mujer) como en la DHS (4.5 contra 3.0 hijos por mujer), con una disminución similar de la diferencia. A partir de los datos contenidos en el cuadro 2 y el gráfico 2, se pueden sacar conclusiones similares a las alcanzadas por Weinberger y otros (1989):

Las diferencias de fecundidad según nivel de educación y residencia urbano-rural son grandes y en la dirección esperada, es decir los grupos más modernizados tienen una menor fecundidad.

Los diferenciales de fecundidad entre subgrupos han disminuido a través del tiempo.

La fecundidad de las mujeres con mayor educación se ha mantenido notablemente constante a través del tiempo, mientras los otros grupos de menor educación experimentaron descensos significativos de la fecundidad.

Estas generalizaciones se aplican, con pequeñas excepciones, a cada uno de los países incluidos en el cuadro 2. (Al examinar este cuadro, se debe observar que los errores de muestreo y otros están lejos de ser insignificantes y que las diferencias entre las TGF de 0.2 ó 0.3 no son significativas desde del punto de vista estadístico).

III. TENDENCIAS Y DIFERENCIAS EN LA FECUNDIDAD DESEADA

En el cuadro 3, se presentan las estimaciones de la nueva tasa global de fecundidad deseada (NTGFD), según nivel de educación y lugar de residencia. El nivel inicial de la NTGFD (es decir, el observado entre 1975 y 1980 en las encuestas WFS) variaba sorprendentemente poco entre los países, con un rango de sólo 0.7 hijos. El punto mínimo de este rango era 2.6 hijos (Trinidad y Tabago) y el máximo, 3.3 (República Dominicana). Sin embargo, mientras el número deseado de hijos variaba comparativamente poco, el número observado de hijos en las siete encuestas WFS existentes mostraba una mayor variación: entre 3.2 hijos en Trinidad y Tabago y 5.3 en Perú. Cuando los países se ordenan según

Cuadro 3

NUEVA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DESEADA 0-24 MESES ANTES DE LA ENCUESTA, SEGUN EL NIVEL DE EDUCACION Y EL LUGAR DE RESIDENCIA

País y año	Tasas globales de fecundidad					
	Años de educación			Residencia		
	0	1-6	7+	Rural	Urbana	Total
Colombia						
WFS 76	3.9	2.7	2.2	3.3	2.4	2.7
DHS 86	2.0	2.2	2.8	2.3	1.8	2.0
Costa Rica						
WFS 76	3.3	3.2	2.6	3.2	2.7	3.0
ADC 85	a	3.0	2.3	3.1	2.3	2.7
Ecuador						
WFS 79-80	4.4	3.8	2.4	3.9	2.8	3.4
DHS 87	2.9	2.5	2.2	2.8	2.2	2.4
Jamaica						
WFS 75-76	2.8	3.3	2.5	3.3	2.7	3.0
NFPB 89	a	1.9	2.0	2.0	1.9	1.9
Perú						
WFS 77-78	3.6	2.6	2.4	3.8	2.5	3.0
DHS 86	2.9	2.2	1.8	2.6	2.8	2.0
República Dominicana						
WFS 75	3.9	3.6	2.4	4.0	2.7	3.3
DHS 86	3.1	2.7	2.4	2.8	2.4	2.5
Trinidad y Tabago						
WFS 77	a	2.8	2.6	2.7	2.5	2.6
DHS 87	a	2.2	2.2	2.1	2.3	2.2
Promedio[b] de						
Encuesta 1	3.6	3.1	2.4	3.4	2.6	3.0
Encuesta 2	2.7	2.4	2.1	2.5	2.1	2.3

Abreviaturas: WFS: Encuesta Mundial de Fecundidad; DHS: Encuesta Demográfica de Salud; ADC: Asociación Demográfica Costarricense; NFPB: Junta Nacional de Planificación Familiar de Jamaica y Centros de Control de Enfermedades (Centers for Desease Control) de Atlanta.

[a] Menos de 250 entrevistados en esta categoría.

[b] En los años cero de la categoría escolaridad, los denominadores son menos de 500 mujeres/años en cuatro casos: Costa Rica (1985), Jamaica (1989), y ambas encuestas en Trinidad y Tabago. Con el fin de calcular los promedios, a estos casos se les asignan valores, como se explica en la nota 2.

el nivel de la TGF en la ronda de encuestas WFS, como se muestra a continuación, se puede ver que la NTGFD y la TGF observada sólo se correlacionan débilmente.

País	Encuesta Mundial de Fecundidad	
	TGF	NTGFD
Perú	5.3	3.0
República Dominicana	5.2	3.3
Ecuador	5.2	3.4
Colombia	4.6	2.7
Jamaica	4.4	3.0
Costa Rica	3.5	3.0
Trinidad y Tabago	3.2	2.6

La implicación de este descubrimiento consiste en que una gran parte de la variación de la fecundidad observada entre los países se debe al cambio en la fecundidad no deseada, más que a la variación de la preferencia cuantitativa. Si se examinan los resultados de la segunda ronda de encuestas se llega a una conclusión similar.

En la década transcurrida entre las primeras y las segundas encuestas hubo una tendencia general descendente en la NTGFD en todos los países, de un promedio de 3 nacimientos deseados en la primera ronda a 2.3 en la segunda: una disminución de 0.7. En promedio, la proporción de la fecundidad deseada descendió levemente entre las dos rondas de encuestas, lo que indica la continuación de una tendencia ya documentada por Blanc (1982). Todos los países experimentaron una reducción en la NTGFD, que va de un descenso comparativamente pequeño en Costa Rica (0.3 hijos) a un descenso mucho mayor en Jamaica (1.0 hijos).

Una jerarquización de los países según la disminución en la tasa global de fecundidad entre la primera y la segunda ronda de encuestas, muestra que esta reducción se relaciona con la tendencia de la TGF deseada:

País	Tendencia en la TGF	Tendencia en la NTGFD
Jamaica	-1.6	-1.0
República Dominicana	-1.6	-0.8
Colombia	-1.5	-0.7
Perú	-1.3	-1.0
Ecuador	-0.9	-0.6
Trinidad y Tabago	-0.1	-0.4
Costa Rica	+0.1	-0.3

Costa Rica y Trinidad y Tabago son casos inusuales. Estos países experimentaron un pequeño cambio en la fecundidad desde mediados de los 70 y tuvieron la menor variación en la fecundidad deseada. Esta nivelación de la fecundidad sobre 3 hijos por mujer podría deberse en gran parte a la estabilización de las preferencias de fecundidad muy por sobre el nivel de reemplazo, lo que haría surgir la pregunta de por qué las preferencias se estabilizaron en un nivel tan alto en estos dos países. Es muy deseable la realización de mayores investigaciones acerca de este importante tema, puesto que bien podría ser que otros países con acelerados descensos de fecundidad en el pasado experimenten una estabilización de la fecundidad en el futuro cercano.

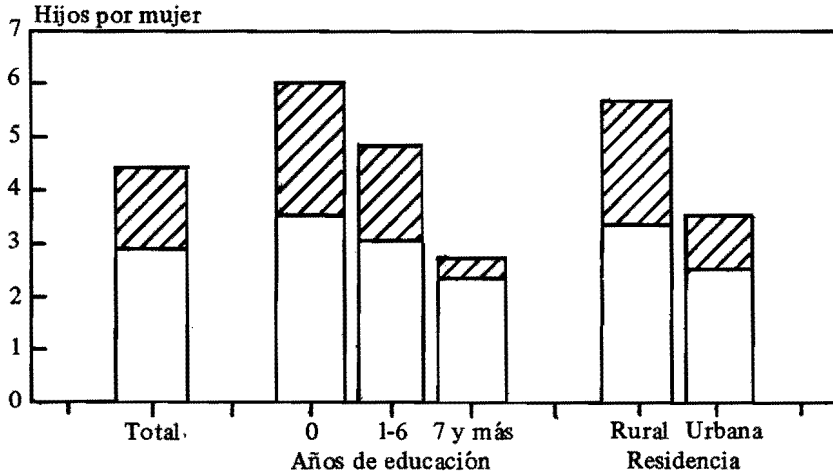
Ahora examinaremos los diferenciales socioeconómicos de los niveles deseados de fecundidad. Los promedios del cuadro 3 y el gráfico 3 muestran que a la fecha de la WFS las mujeres con menor educación deseaban 3.6 hijos, en comparación con los 2.6 entre las con mayor educación: una diferencia de 1.2 hijos. Ocho a diez años después, esta diferencia se había reducido; las mujeres con menor educación querían 2.7 hijos, en comparación con los 2.1 entre las con mayor educación: una diferencia de sólo 0.6 hijos. Un acercamiento similar respecto de la fecundidad deseada se puede observar en la comparación entre mujeres urbanas y rurales. A la fecha de la WFS, la NTGFD de las primeras alcanzaba a 2.6 hijos, en comparación con los 3.4 de las segundas: una diferencia de 0.8 hijos. A la fecha de la DHS, sin embargo, la diferencia en la fecundidad deseada se había reducido a 0.4 hijos. También se produjo una disminución similar en las diferencias del tamaño de familia deseado (no se muestran los datos). Estos hallazgos indican que en los países examinados aquí, las mujeres de diferentes estratos sociales están asemejándose en cuanto a sus preferencias de fecundidad.

Quizás el resultado más sorprendente del gráfico 3 sea la inclinada gradiente en la fecundidad no deseada, según el grupo socioeconómico. La tasa global de fecundidad no deseada de las mujeres sin educación excedía en más de 2 hijos la tasa de las mujeres con una educación superior a primaria en ambas rondas de encuestas. En forma similar, las mujeres rurales tenían más del doble de la fecundidad no deseada de las mujeres urbanas. Claramente, las mujeres de estratos sociales altos tienen un mejor control sobre su fecundidad y aplican sus preferencias de fecundidad con mayor éxito que las mujeres rurales o con bajos niveles de educación.

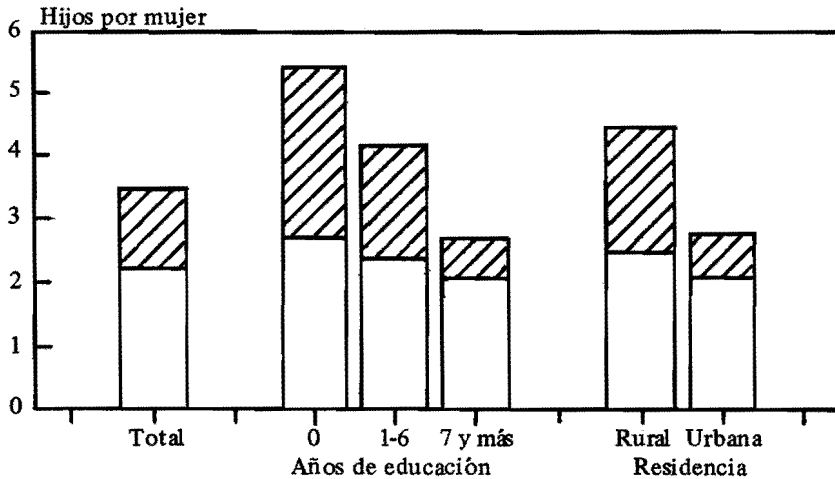
Gráfico 3

TGF OBSERVADA Y DESEADA, SEGUN EL NIVEL DE EDUCACION Y EL LUGAR DE RESIDENCIA

Primera ronda de encuestas 1975-1980



Primera ronda de encuestas 1986-1989



TGF deseada TGF no deseada

CONCLUSION

De este análisis se puede extraer una conclusión general y es que la mayor parte de la variación en la fecundidad observada a la fecha de ambas encuestas (WFS y DHS) no se debe a la variación en el número de hijos deseados, sino que se produce por la diferencia en el grado de éxito para controlar la fecundidad en los niveles deseados, lo que es coherente con anteriores hallazgos realizados por Lightbourne (1984) respecto de tres países del Caribe estudiados en el marco de la WFS. Otra forma de expresar esto es observar que la variación en la fecundidad observada se debía en forma especial a la variación en la fecundidad no deseada. Si esta última pudiera evitarse exitosamente, las diferencias de fecundidad entre los grupos socioeconómicos sería mucho menor que la observada. En forma similar, si se hubiera evitado la fecundidad no deseada, las diferencias de fecundidad entre los países habrían sido mucho más pequeñas, tanto a la fecha de la WFS, en la segunda mitad de los 70, como a la de la DHS, en la segunda mitad de los 80.

Otra conclusión importante –quizás la más significativa desde el punto de vista de las políticas– es que, tanto en la WFS como en la DHS, la fecundidad no deseada fue significativa en todos los países, y en particular en los estratos socioeconómicos bajos. Presumiblemente, esto es causado en gran parte por una inaccesibilidad a los anticonceptivos y por lo inadecuado de los métodos anticonceptivos disponibles.

Al concluir, debemos advertir que hemos limitado nuestro análisis a describir las tendencias y diferenciales en la fecundidad observada y deseada, y que no hemos intentado explicar nuestros hallazgos como respuesta a los acelerados cambios sociales y económicos que se han producido en América Latina en las últimas décadas. Es probable que hayan disminuido enormemente la fecundidad observada y la deseada como parte del proceso normal de desarrollo económico y social. Sin embargo, una importante explicación parcial del aceleradísimo descenso de la fecundidad en varios países podría ser la crisis económica de principios de los 80. Los resultados expuestos aquí se refieren sólo a dos puntos en el tiempo para cada país y no ha habido un seguimiento de la información que permitiría decir si las reducciones de la fecundidad deseada y observada se relacionan estrechamente en el tiempo con períodos de dificultades económicas. A fin de examinar esta hipótesis, se necesitaría disponer de una serie de estadísticas económicas confiables y periódicas, tales como los índices de precios al consumidor, las tasas de inflación y el ingreso real per cápita, como asimismo de los

correspondientes indicadores de fecundidad y fecundidad deseada, lo que queda fuera del alcance de este artículo.

NOTAS

1. La nueva tasa global de fecundidad deseada (NTGFD) se estima con la siguiente ecuación:

$$NTGFD = TGFDM + 1 - C + 0.086$$

donde TGFDM es la tasa global de fecundidad "desea más", la que incluye solamente los hijos de las mujeres que a la fecha de la encuesta desean continuar procreando. El factor de corrección C es igual a la proporción de las mujeres casadas que desean más hijos al final de los años reproductivos (este es normalmente el grupo etario de 40-44, pero para reducir los errores de muestreo hemos empleado aquí el promedio de los grupos etarios 35-39, 40-44 y 45-49). El factor 0.086 se necesita en el caso de que la NTGFD se calcule para un período de dos años antes de la encuesta; este factor se ajusta por el hecho que algunas mujeres que no desean más hijos a la fecha de la encuesta han tenido más de un hijo deseado en los dos años anteriores. Para mayores detalles al respecto, véase Bongaarts (1990).Dado que en la WFS no se les preguntó a las mujeres estériles si deseaban tener hijos, los resultados de las encuestas WFS y DHS no son estrictamente comparables. Al aplicar el procedimiento anterior, se supuso que las mujeres identificadas como estériles en la WFS no deseaban más hijos.

2. La categoría de educación "cero" contenía menos de 500 años–mujer en Costa Rica (1985), Jamaica (1989), y en las dos encuestas de Trinidad y Tabago. Las TGF observadas en estos casos fueron desechadas debido a grandes errores de muestreo. A fin de calcular los promedios para cada ronda de encuestas, la TGF de cada celda afectada se estima multiplicando la TGF de todas las mujeres por la razón A/B; donde A es la suma de las tasas globales de fecundidad de las mujeres con educación "cero", con excepción de Costa Rica (1985), Jamaica (1989) y las dos informaciones de Trinidad y Tabago; B es la suma de las tasas globales de fecundidad de todos los grupos de educación, excepto Costa Rica (1985), Jamaica (1989) y Trinidad y Tabago (1977 y 1987). Por ejemplo, la TGF de las mujeres de Costa Rica (1987) alcanzó 3.6, y la razón A/B de la segunda ronda de encuestas se formó usando (4.81+5.41+6.71+6.5) / (3.11+3.63+4.34+4.01). La TGF estimada de Costa Rica (1987) para el grupo de educación "cero" alcanza entonces a 5.59.

BIBLIOGRAFIA

Blake, Judith y Prithwis das Gupta (1972), "The Fallacy of the Five Million Women: A Re-estimate", *Demography*, vol. 9, Nº 4.

Blanc, Ann (1982), "Unwanted Fertility in Latin America and the Caribbean", *International Family Planning Perspectives*, vol. 8, Nº 4.

Bongaarts, John (1990), "The Measurement of Wanted Fertility", *Population and Development Review*, vol. 16, Nº 3.

Coombs, Clyde H., Lolagne C. Coombs y Gary H. McClelland (1975), "Preference Scales for Number and Sex of Children", *Population Studies*, vol. 29, Nº 2, Nueva York.

Kim, Nam Il y Byoung Mohk Choi (1981), *Preferences for Number and Sex of Children and Contraceptive Use in Korea*, World Fertility Survey Scientific Reports, Nº 22.

Lightbourne, Robert E. (1977), "Family Size Desires and the Birth Rates They Imply", tesis de grado, Universidad de California.

—— (1981), "Some Improved Measures of Desired Family Size: An Application to 14 Developing Countries", documento presentado a la Reunión Anual de la Asociación de Población de América, Washington, D. C.

—— (1984), *Fertility Preferences in Guyana, Jamaica and Trinidad and Tobago, from World Fertility Survey, 1975-77: A Multiple Indicator Approach*, World Fertility Survey Scientific Reports, Nº 68, Instituto Internacional de Estadística, Voorburg, Países Bajos.

—— (1985), "Individual Preferences and Fertility Behaviour", *Demography of Developing Countries: Insights from the World Fertility Survey*, J. Hobcraft y J. Cleland (comps.), Oxford University Press.

—— (1987), "New Approaches to Estimating the Demand for Children", *United Nations Population Bulletin*, Nº 23/24, Nueva York.

Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales (1987), "Fertility Preferences", *Fertility Behavior in the Context of Development: Evidence from the World Fertility Survey*, capítulo 3, Population Studies, Nº 100, Nueva York.

—— (1989), "World Population Prospects, 1988", *Population Studies*, Nº 106, Nueva York.

Nour, el Sayed (1983), "On the Estimation of the Distribution of Desired Family Size for a Synthetic Cohort", *Population Studies*, vol. 37, Nº 2, Nueva York.

Pullum, Thomas W. (1981), "Adjusting States Fertility Preferences for the Effect of Actual Family Size, with Applications to World Fertility Survey Data", *Predicting Fertility: Demographic Studies of Birth Expectations*, G. E. Hendershot y P. J. Placek (comps.), Lexington, Mass., Lexington Books.

Rodríguez, Germán y T. James Trussell (1981), "A Note on Synthetic Cohort Estimates of Desired Family Size", *Population Studies*, vol. 35, Nº 2, Nueva York.

Udry, J. Richard, Karl E. Bauman y Charles L. Chase (1973), "Population Growth in Perfect Contraceptive Populations", *Population Studies*, vol. 27, Nº 2, Nueva York.

Weinberger, Mary Beth, Cynthia Lloyd y Ann Blanc (1989), "Women's Education and Fertility: A Decade of Change in Four Latin American Countries", *International Family Planning Perspectives*, vol. 15, Nº 1.

Westoff, Charles F. (1981), "Unwanted Fertility in Six Developing Countries", *International Family Planning Perspectives*, vol. 7, Nº 2.

Westoff, Charles F., Noreen Goldman y Lorenzo Moreno (1988), "Peru Experimental Survey Results", *Demographic and Health Survey*.

LAS TENDENCIAS DE LA NUPCIALIDAD Y LA TRANSICION DE LA FECUNDIDAD EN AMERICA LATINA

Luis Rosero Bixby*
(INISA, Universidad de
Costa Rica, San José)

RESUMEN

Según información censal,la nupcialidad no ha sido un factor importante en la transición de la fecundidad de América Latina en su conjunto. En algunos países, como República Dominicana, los cambios en la nupcialidad fueron un factor significativo en el descenso de la fecundidad, pero en otros, como El Salvador, aumentos en la proporción de personas en unión evitaron reducciones sustanciales de la fecundidad. En aquellos países con acentuadas disminuciones de fecundidad –por ejemplo Costa Rica, Colombia, Cuba y México– la nupcialidad contribuyó levemente, si es que lo hizo. Un impacto más claro de este factor se produjo entre los adolescentes. Las variaciones en la proporción de jóvenes en unión provocaron reducciones importantes en la fecundidad adolescente en 8 países latinoamericanos en la década de 1960. La proporción estandarizada por edades de las mujeres en unión se incrementó en casi toda América Latina durante los 50, pero no hubo una tendencia regional en los 60 ni en los 70. La explosión matrimonial de los 50 fue el producto de tendencias regionales descendentes en el celibato y la separación matrimonial (probablemente debido a la menor

*Este trabajo contó, en parte, con el apoyo financiero del Programa Option's Fellows del Population Reference Bureau, Inc.

viudez), y no el resultado de una menor edad al casarse. Durante la década también aumentaron los matrimonios legales en relación con las uniones consensuales. Aparte de un incremento en la cantidad de hijos ilegítimos, el impacto del aumento de las uniones consensuales en la fecundidad es incierto. No se observó ninguna tendencia regional en la edad al matrimonio. Dicha estabilidad sugiere que los patrones latinoamericanos del matrimonio están determinados por factores culturales más que por fuerzas socioeconómicas.

(NUPCIALIDAD)
(TIPOS DE UNION)
(EDAD AL CASARSE)

(BAJA DE LA FECUNDIDAD)
(CELIBATO DEFINITIVO)

NUPTIALITY TRENDS AND FERTILITY TRANSITION IN LATIN AMERICA

SUMMARY

According to census information, nuptiality has not been an important factor regarding the fertility transition of Latin America as a whole. In some countries, such as the Dominican Republic, nuptiality changes were a significant factor in connection with fertility decline. In others, such as El Salvador however, an increase in the proportion of persons living in consensual union avoided a substantial reduction or fertility. In those countries with conspicuous fertility decrease –for instance Costa Rica, Cuba and Mexico– the contribution of nuptiality was slight, if any. A clearer impact of this factor was observed among adolescents. Variations in the proportion of young people living in consensual union caused an important reduction in adolescent fertility in 8 Latin American countries in the 1960 decade. The standard proportion by age of women in consensual union increased in almost all Latin America during the 50's, although a regional trend was not observed either in the 60's or the 70's. The nuptiality explosion of the 50's was the result of decreasing regional trends in celibacy and marital separation (probably due to the lesser widowhood) and not the result of a younger age at marriage. During this decade an increase of legal marriages in connection with consensual unions was also observed. Apart from an increment in the number of illegitimate children, the impact of the increase of consensual unions upon fertility is uncertain. No regional trend was observed in connection with age at marriage. This stability suggests that Latin American patterns of marriage are determined by cultural factors rather than socioeconomic reasons.

(NUPTIALITY)
(TYPES OF MARRIAGE)
(AGE AT MARRIAGE)
(FERTILITY DECLINE)
(PERMANENT CELIBACY)

INTRODUCCION

El propósito de este trabajo es determinar el papel desempeñado por las variaciones de la nupcialidad en la transición de la fecundidad en América Latina. Como muestran otros trabajos presentados al "Seminario sobre Transición de la Fecundidad en América Latina", la mayoría de los países latinoamericanos han reducido de modo sustancial su fecundidad, aproximadamente desde la década de 1960. Este documento analiza la medida en que los cambios de los patrones matrimoniales explican este descenso generalizado de la fecundidad.

En Europa la transición de la fecundidad se produjo sin la ayuda de cambios en la nupcialidad e incluso pese a una explosión de matrimonios (Hajnal, 1956; Watkins, 1981; Dyson y Murphy, 1985). Aumentos en la edad al matrimonio y el celibato produjeron niveles moderados de fecundidad mucho antes de la transición europea, en lo que Coale llamó una "primera" transición (Coale, 1974). En los países en desarrollo, por el contrario, el predominio del matrimonio casi universal y precoz sugería que cambios en la nupcialidad podrían causar un importante descenso de la fecundidad. De hecho, varios estudios han mostrado efectos significativos de las variaciones matrimoniales, particularmente en Asia Oriental. Por ejemplo, Mauldin y Berelson (1978) encontraron que la postergación de los matrimonios explica entre el 35 y el 40 por ciento de las reducciones en las tasas de natalidad en los 10 países en desarrollo con mayores descensos de la fecundidad. Cho y Retherford (1974) también estimaron una importante contribución de la nupcialidad en las reducciones de las tasas de natalidad en 7 países asiáticos entre 1960 y 1970, las cuales fluctúan entre 23 por ciento en Taiwán y 102 por ciento en las Filipinas.

En la literatura sobre la nupcialidad y su efecto en la fecundidad de los países en desarrollo han predominado los estudios de poblaciones asiáticas y africanas. Los patrones de nupcialidad de América Latina presentan un nivel intermedio entre los de Europa Occidental y los de

Asia o Africa (Merrick, 1986; De-Vos, 1987). La edad media de la mujer al matrimonio es de 22 años y la proporción de las mujeres que no se han casado a los 50 años es de 13 por ciento en Latinoamerica en su conjunto, cifras que contrastan, por ejemplo, con los 19 años y el 2 por ciento, respectivamente, en el sur de Asia (Naciones Unidas, 1988, cuadro 5). Las tendencias regionales de la nupcialidad en América Latina y su impacto en la fecundidad no han sido bien documentadas.

Una característica distintiva de la mayoría de los países latinoamericanos es la alta proporción de uniones consensuales o convivencias (Camisa, 1978; Quilodrán, 1985). Aproximadamente un 50 por ciento de las uniones son de tipo consensual en varios países de América Central y el Caribe. Casi la mitad de estas parejas legaliza más tarde su unión, lo que sugiere que las uniones *de facto* podrían estar cumpliendo una función de matrimonio experimental (Goldman y Pebley, 1981). Sin embargo, en muchas uniones consensuales la inestabilidad es alta, especialmente en los primeros meses (Rosero, 1978). Dicha inestabilidad se refleja en dos patrones típicos de América Latina: 1) proporciones considerables de hogares con jefatura femenina, y 2) una alta circulación de adultos anteriormente casados que, junto con los adultos jóvenes no casados, se cambian a otros hogares (De-Vos, 1987). Aparte de estas familias extendidas lateralmente, predomina de manera clara en la región una estructura familiar nuclear. (Merrick, 1986).

Al estudiar el impacto de la nupcialidad en la fecundidad, es importante distinguir los efectos directos de los indirectos (Cadwell y otros, 1980; Smith, 1983). Los efectos directos, o de tiempo de exposición, son aquellos que Davis y Blake (1956), en su marco de variables intermedias de fecundidad, definieron como los que afectan la exposición a la actividad sexual, a saber: 1) edad de inicio de las uniones sexuales, 2) celibato permanente, y 3) los períodos reproductivos transcurridos entre uniones o después de ellas. Los efectos indirectos incluyen aquellos mediatizados a través de otras variables intermedias, tales como la frecuencia coital, la infecundidad y la anticoncepción. Un ejemplo de efecto indirecto es la conducta reproductiva "de recuperación" del tiempo perdido de los matrimonios tardíos; otro es la probable definición de roles contrapuestos a la alta fecundidad durante el período de adolescencia o de adulto antes del matrimonio. (Entre quienes se casan muy jóvenes estos roles no se han definido aún.) Los efectos indirectos son, entonces, los cambios en la fecundidad *marital* provocados por la nupcialidad. Estimar estos efectos indirectos es complicado y están fuera del alcance de este trabajo. La mayoría de los análisis que aquí se hacen,

suponen que los efectos indirectos de la nupcialidad en la fecundidad son insignificantes, tal como que la fecundidad marital es esencialmente independiente de los patrones de nupcialidad. En las poblaciones con escaso o ningún control de la natalidad –por lo tanto, en las primeras etapas de la transición de la fecundidad–, el efecto del tiempo de exposición prevalece ampliamente sobre el de los efectos indirectos, si es que los hay. El efecto directo, sin embargo, es irrelevante cuando se ha difundido el control de la fecundidad (Smith, 1983).

Aunque este trabajo no aborda el amplio tema de los factores de la nupcialidad, es necesario plantear algunas consideraciones acerca de las causas de las variaciones en la nupcialidad, a fin de tener en vista el análisis de su efecto en la fecundidad.

En su teoría de "respuesta demográfica multifacética", Davis (1963) postula una suerte de estrategia social para lidiar con las presiones demográficas provocadas por el descenso de la mortalidad. Una de estas respuestas es el celibato y el matrimonio tardío; otra es el control de la natalidad. En esta perspectiva, la nupcialidad se complementa con la fecundidad en vez de ser un factor intermedio de la fecundidad. La teoría de Davis está en línea con los "controles preventivos" de Malthus y ha sido corroborada por la historia de Europa, donde las poblaciones usaban el aplazamiento del matrimonio para regular su crecimiento. Si esta "válvula de nupcialidad" funcionara en América Latina, se observarían descensos en la nupcialidad que preceden a la transición de la fecundidad, en especial en los años de postguerra, como una consecuencia de la disminución de la mortalidad que se extendió en la región en aquellos años.

Otro punto de vista es que esencialmente el mismo conjunto de factores produce la postergación matrimonial y el control de la fecundidad, como parte de un movimiento más amplio de cambio social y modernización. Mayor educación, urbanización y más mercados laborales, además de una mejor condición jurídica y social de la mujer, son algunos de los factores comunes postulados de ambas variables. La existencia generalizada de diferencias socioeconómicas en la nupcialidad apoya este punto de vista. Por ejemplo, los datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS) muestran que la proporción de mujeres en unión es sistemática y sustancialmente superior en las áreas rurales y entre mujeres con escasa o ninguna educación (Casterline, 1984). Si esta perspectiva fuera válida, la nupcialidad debería descender (matrimonios tardíos y mayor celibato) al mismo tiempo que la fecundidad, y el impacto de la primera en la segunda sería difícil de categorizar.

En una tercera perspectiva, los factores culturales, incluidos los sistemas familiares y los cambios ideológicos, son los principales determinantes de la variación en la nupcialidad y también en la fecundidad (Cadwell y otros, 1980). La nupcialidad y la fecundidad se podrían ver influidas por una serie de factores absolutamente diferentes y los cambios en la nupcialidad podrían ocurrir en cualquier dirección durante la transición de la fecundidad.

I. DATOS Y METODOS

El análisis comprende el período desde 1950 hasta principios de la década de 1980. Se basa en los datos por edad de la distribución de las mujeres según su estado marital en cuatro rondas de censos demográficos (uno por década), efectuadas en la región en esos años. Los datos de los censos anteriores a 1980 provienen del *Demographic Yearbook* de las Naciones Unidas de los años 1958, 1968, 1976 y 1982. La información censal para los 80 proviene de publicaciones nacionales.

El estudio incluye 16 de los 20 países latinoamericanos. Se excluyeron Bolivia, Haití, Honduras y Nicaragua debido a que no contaban con al menos tres observaciones censales disponibles. Estos 4 países abarcaban al 5 por ciento de la población de la región en 1980. Dado que El Salvador no realizó un censo en los 80, algunas estimaciones para este país se basan en la Encuesta Demográfica y de Salud de 1985.

Las encuestas de fecundidad efectuadas en los 70 y los 80 complementaron la información censal sobre la nupcialidad. Cuando fue posible, se consideraron dos encuestas (la más antigua de los años 70 y la más reciente de los 80) en la base de datos para cada país. Las estimaciones de las encuestas sirvieron principalmente para validar los datos censales. El cuadro 1 muestra la fuente y el año de la información sobre nupcialidad usada en cada país.

Ya que son escasos los datos sobre fecundidad diferencial según tipo de unión, este trabajo no aborda el problema del impacto de las variaciones del tipo de unión en la transición de la fecundidad. Las uniones consensuales o convivencias se incluyen en el presente análisis, pero se las trata en forma equivalente a los matrimonios legales. A menos que se indique lo contrario, los términos "matrimonio" y "pareja casada" comprenden en este trabajo tanto a los matrimonios legales como a los consensuales.

Cuadro 1

FUENTES DE INFORMACION SOBRE NUPCIALIDAD

País	Censos de población (década)			Encuestas (década)		
	1950	1960	1970	1980	1970	1980
Argentina	-	1960	1970	1980	-	-
Brasil	*	1960	1970	1980	-	DHS-86
Colombia	1951	1964	1973	1985	WFS-76	DHS-86
Costa Rica	1950	1963	1973	1984	WFS-74	CDC-86
Cuba	1953	-	1970	1981	NAC-79	-
Chile	1952	1960	1970	1982	-	-
Ecuador	1950	1962	1974	1982	WFS-79	DHS-87
El Salvador	1950	1961	1971	-	-	DHS-85
Guatemala	1950	1964	1973	1981	-	DHS-87
México	-	1960	1970	1980	WFS-77	DHS-87
Panamá	1950	1960	1970	1980	WFS-75	CDC-84
Paraguay	1950	1962	1972	1982	WFS-79	DHS-87
Perú	-	1961	1972	1981	WFS-78	DHS-87
República Dominicana	-	1960	1970	1981	WFS-75	DHS-86
Uruguay	-	1963	1975	1985	-	-
Venezuela	1950	1961	1971	1981	WFS-77	-

Encuestas: WFS: Encuesta Mundial de Fecundidad. DHS: Encuesta Demográfica y de Salud. CDC: Colaboración con Centros para el Control de Enfermedades (Centers for Desease Control). NAC: Encuesta nacional.

*El censo de 1950 no contempló las uniones consensuales.

La información sobre fecundidad procede del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE, 1988). Se emplearon estimaciones para el primer quinquenio de cada década, actualizadas a 1988. Este documento se refiere a dichos quinquenios como 1950, 1960, 1970 y 1980. También se refiere a los datos censales sobre nupcialidad como si correspondieran exactamente a estos años, aun cuando varios censos se realizaron unos cuantos años después.

Para resumir los niveles de nupcialidad, se usó un índice análogo al índice matrimonial de Coale, I_m, (Coale, 1967). Este indicador, denominado índice "en unión", describe la proporción de mujeres de 15 a 44 años en unión legal o consensual estandarizada por edad. Siguiendo a Coale, los factores ponderados de cada grupo de edades dan un mayor peso a las edades reproductivas máximas. Los factores ponderadores son la proporción de hijos que tendría una cohorte con fecundidad similar a la de las huteritas en cada grupo etario. Debido a esta ponderación, los cambios observados en el índice dan alguna idea del impacto de los patrones de nupcialidad en la fecundidad. Las proporciones por edades

de la fecundidad de las huteritas usadas como factores de ponderación son las siguientes (Coale, 1967, 209):

Edades	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Total
Factores	0.124	0.227	0.207	0.184	0.167	0.091	1.000

Para describir los otros componentes de la nupcialidad se calcularon los siguientes indicadores:

1) Un índice de unión consensual, calculado como un promedio ponderado de la proporción de las parejas en unión consensual según edad, empleando los factores ponderadores de Coale. Este índice muestra la importancia de las uniones consensuales en relación con las uniones legales. Como las edades reproductivas máximas reciben una mayor ponderación, el índice muestra la importancia de las uniones consensuales en las variaciones de la fecundidad.
2) La proporción de adolescentes (grupo etario 15-19) alguna vez unidas. Al medir la frecuencia de los matrimonios precoces, esta proporción es un indicador alternativo de la edad de inicio de las uniones sexuales.
3) La proporción de las mujeres entre 40 y 44 años de edad que nunca se han casado, lo cual es una medida del celibato permanente. Aunque esta proporción se refiere a las mujeres que nunca han estado en un matrimonio legal o consensual, es probable que algunos censos clasifiquen como "nunca casadas" a las mujeres separadas de una unión consensual.
4) Un índice de separación marital, calculado como un promedio ponderado de la proporción de las mujeres viudas, separadas o divorciadas según edad, empleando los factores ponderadores de Coale. Este índice da una idea de la pérdida de exposición reproductiva a causa de la separación marital, suponiendo que la fecundidad en los períodos de separación es nula.

Debe anotarse que varios censos (especialmente los más antiguos) no preguntaron sobre el estado marital "separado". Los indicadores del celibato permanente y la separación marital no fueron calculados para estos censos.

La técnica de descomposición de los cambios de la fecundidad en sus componentes nupcialidad y fecundidad marital (Cho y Retherford, 1974) fue empleada para estimar el efecto directo, o de tiempo de exposición, de los cambios de la nupcialidad en la transición de la fecundidad. La siguiente ecuación estima el cambio porcentual en la tasa global de fecundidad, C_m, entre los tiempos 0 y 1, atribuibles a los

cambios en las proporciones de las mujeres en unión por edad (véase derivación de la fórmula en el Apéndice).

$$C_m = 100 \frac{\sum_i \left[\left(\frac{f_{i0}}{m_{i0}} + \frac{f_{i1}}{m_{i1}} \right) \Delta m_i \right]}{2 \sum_i \Delta f_i}$$

Donde:

f_i = tasa de fecundidad específica en el grupo etario *i*;

los segundos subíndices se refieren a los tiempos 0 y 1;

m_i = proporción de mujeres en unión en la edad *i*, el operador Δ indica el cambio en el tiempo:

$$\Delta m_i = m_{i1} - m_{i0}; \quad \Delta f_i = f_{i1} - f_{i0}.$$

Esta relación supone que todos los nacimientos ocurren exclusivamente dentro de las uniones (legales o consensuales). Una estimación basada en las encuestas en áreas rurales de cuatro países latinoamericanos indica que la proporción de nacimientos ocurridos fuera de una unión legal o consensual promedia el 3 por ciento en todos los grupos etarios (Rosero, 1978, cuadro 31). Nótese que este supuesto es válido aun en casos de alta fecundidad ilegítima, siempre y cuando los nacimientos ilegítimos no provengan de mujeres solas sino de uniones consensuales. Esta relación también supone que la fecundidad marital es independiente de los patrones de nupcialidad, vale decir que no hay efectos indirectos de la nupcialidad en la fecundidad. Tal supuesto parece apropiado sólo antes o durante las primeras etapas de la transición de la fecundidad. Los resultados obtenidos con esta relación pueden ser superiores a 100 por ciento y negativos. Una contribución de la nupcialidad mayor al 100 por ciento significa que los cambios de la nupcialidad explican toda la variación observada de la fecundidad y más. Un resultado negativo indica que los cambios de la nupcialidad han actuado en el sentido contrario a la reducción observada de la fecundidad en un porcentaje C_m. La fórmula aplicada sólo al grupo etario 15-19 sirvió para estimar el impacto de la nupcialidad en la fecundidad entre los adolescentes.

II. RESULTADOS

El cuadro 2 presenta el índice en unión y sus cuatro componentes. Los gráficos subsiguientes ayudan a analizar la gran cantidad de información de este cuadro.

Cuadro 2

INDICES DE PROPORCION EN UNION, EN UNION CONSENSUAL, ADOLESCENTES EN UNION, CELIBATO Y SEPARACION MARITAL

País	Censos de población (década)			Encuestas (década)		
	1950	1960	1970	1960	1970	1980
Indice en unión por cada mil						
Argentina	*	616	616	633	*	*
Brasil	*	644	621	644	*	645
Colombia	555	604	593	582	611	591
Costa Rica	581	626	623	611	616	640
Cuba	646	*	715	676	694	*
Chile	552	572	586	580	*	*
Ecuador	631	671	658	658	639	686
El Salvador	585	608	643	*	*	673
Guatemala	695	724	721	716	*	712
México	*	690	690	682	679	668
Panamá	646	647	655	693	652	752
Paraguay	518	582	593	629	615	638
Perú	*	642	659	637	630	629
República Dominicana	*	690	671	607	647	618
Uruguay	*	617	625	612	*	*
Venezuela	567	627	615	600	633	*
Indice de unión consensual por cada mil						
Argentina	*	100	131	159	*	*
Brasil	*	70	80	138	*	173
Colombia	221	202	215	349	297	399
Costa Rica	165	153	178	208	208	246
Cuba	422	*	375	399	335	*
Chile	77	67	53	79	*	*
Ecuador	273	263	289	309	316	353
El Salvador	555	501	549	*	*	592
Guatemala	708	597	548	465	*	412
México	*	173	169	153	151	172
Panamá	603	506	583	598	*	587
Paraguay	356	282	269	247	263	281
Perú	*	293	321	310	283	376
República Dominicana	*	577	542	610	641	654
Uruguay	*	85	102	150	*	*
Venezuela	448	403	337	339	*	*
Adolescentes en unión por cada mil						
Argentina	*	98	108	122	*	*
Brasil	*	148	126	168	*	148
Colombia	163	158	135	152	150	142
Costa Rica	149	163	151	155	153	202
Cuba	205	*	296	288	244	*
Chile	89	95	92	92	*	*

Cuadro 2 (conclusión)

País	Censos de población (década)			Encuestas (década)		
	1950	1960	1970	1960	1970	1980
Ecuador	176	196	195	189	184	193
El Salvador	195	206	204	*	*	300
Guatemala	317	290	284	279	*	262
México	*	187	212	206	192	199
Panamá	244	213	266	207	199	292
Paraguay	128	122	117	144	165	165
Perú	*	161	170	145	140	130
República Dominicana	*	249	222	211	274	220
Uruguay	*	98	124	113	*	*
Venezuela	213	214	161	189	202	*
Celibato permanente por cada mil						
Argentina	*	139	116	104	*	*
Brasil	*	96	97	88	*	46
Colombia	224	185	159	123	86	74
Costa Rica	187	163	142	140	109	74
Cuba	**	*	**	34	46	*
Chile	156	151	134	135	*	*
Ecuador	**	**	115	106	89	48
El Salvador	**	**	**	*	*	28
Guatemala	**	**	**	64	*	28
México	*	**	73	74	122	140
Panamá	**	**	66	79	51	22
Paraguay	**	**	**	**	80	131
Perú	*	145	106	91	51	31
República Dominicana	*	165	166	82	20	23
Uruguay	*	122	108	98	*	*
Venezuela	**	**	**	138	28	*
Indice de separación marital por cada mil						
Argentina	*	22	39	44	*	*
Brasil	*	71	68	64	*	99
Colombia	80	58	62	103	127	132
Costa Rica	68	55	49	67	100	124
Cuba	**	*	**	171	135	*
Chile	59	54	54	61	*	*
Ecuador	**	**	66	64	108	82
El Salvador	**	**	**	*	*	178
Guatemala	**	**	**	73	*	104
México	*	**	64	65	69	66
Panamá	**	**	145	54	143	88
Paraguay	**	**	**	**	116	29
Perú	*	37	49	58	96	97
República Dominicana	*	34	34	150	214	209
Uruguay	*	32	64	80	*	*
Venezuela	**	**	**	105	160	*

*Información no disponible.

**El censo no contempló la categoría "separados".

La comparación de las estimaciones basadas en encuestas con las de los censos de los 80 da una visión acerca de la validez de la información censal (gráfico). Ambas estimaciones son, en general, coherentes. En particular, existe una notable concordancia entre la encuesta y las estimaciones censales en Guatemala, México, Brasil, Perú y Paraguay. Las mayores discrepancias se producen en Panamá, pero parecen deberse al tiempo transcurrido entre las encuestas y los censos, junto con un aumento genuino en el índice. La comparación en Venezuela, República Dominicana, Cuba y, quizás, Costa Rica y Colombia, sugiere que los datos censales podrían subestimar levemente la proporción en unión.

El índice en unión fluctúa entre 600 y 700 por cada mil mujeres (gráfico 2). Aunque este índice no es estrictamente comparable con el índice I_m de Coale, cabe anotar que en las poblaciones asiáticas y africanas el índice de Coale fluctúa entre 750 y 900, mientras en Europa occidental, al inicio de la transición de la fecundidad, fluctúa entre 350 y 500 (Coale, 1974). Los patrones de nupcialidad en América Latina son por lo tanto intermedios cuando se comparan con los extremos presentados por Coale. El rango de variación observado en 1980 es similar al de 1960 y 1970. El ordenamiento de los países también es estable, excepto para Panamá y República Dominicana. En consecuencia, Guatemala, México, Ecuador y Cuba están en la parte superior de la clasificación según este índice y Colombia y Chile, en la parte inferior. Panamá presenta un considerable aumento y en República Dominicana se produce una disminución en esta proporción a lo largo del tiempo.

Las figuras de "cajas" del gráfico 2 muestran una distribución más bien estable de países según el índice en unión, excepto en los 50. (La caja indica el rango entre el percentil 25º y el 75º; la línea central en la caja es el percentil 50º, y las líneas fuera de la caja continúan hasta el percentil 90º; los valores más allá de estos percentiles se grafican en forma individual). La media regional de la proporción en unión aumentó de 58 por ciento en 1950 a 63 por ciento en 1960 y se mantuvo casi al mismo nivel en los censos y encuestas de los 70 y de los 80. La segunda parte del gráfico 2 muestra que esta proporción aumentó prácticamente en todos los países latinoamericanos en la década de 1950. En cambio, en las décadas de 1960 y 1970 y entre las encuestas, el número de países con proporciones crecientes equilibraron el número con proporciones descendentes.

¿Cómo los componentes de la nupcialidad mencionados antes afectaron estas tendencias en el índice en unión? La tendencia regional

Gráfico 1

INDICE EN UNION, SEGUN LOS CENSOS Y LAS ENCUESTAS DE FECUNDIDAD DE LOS OCHENTA

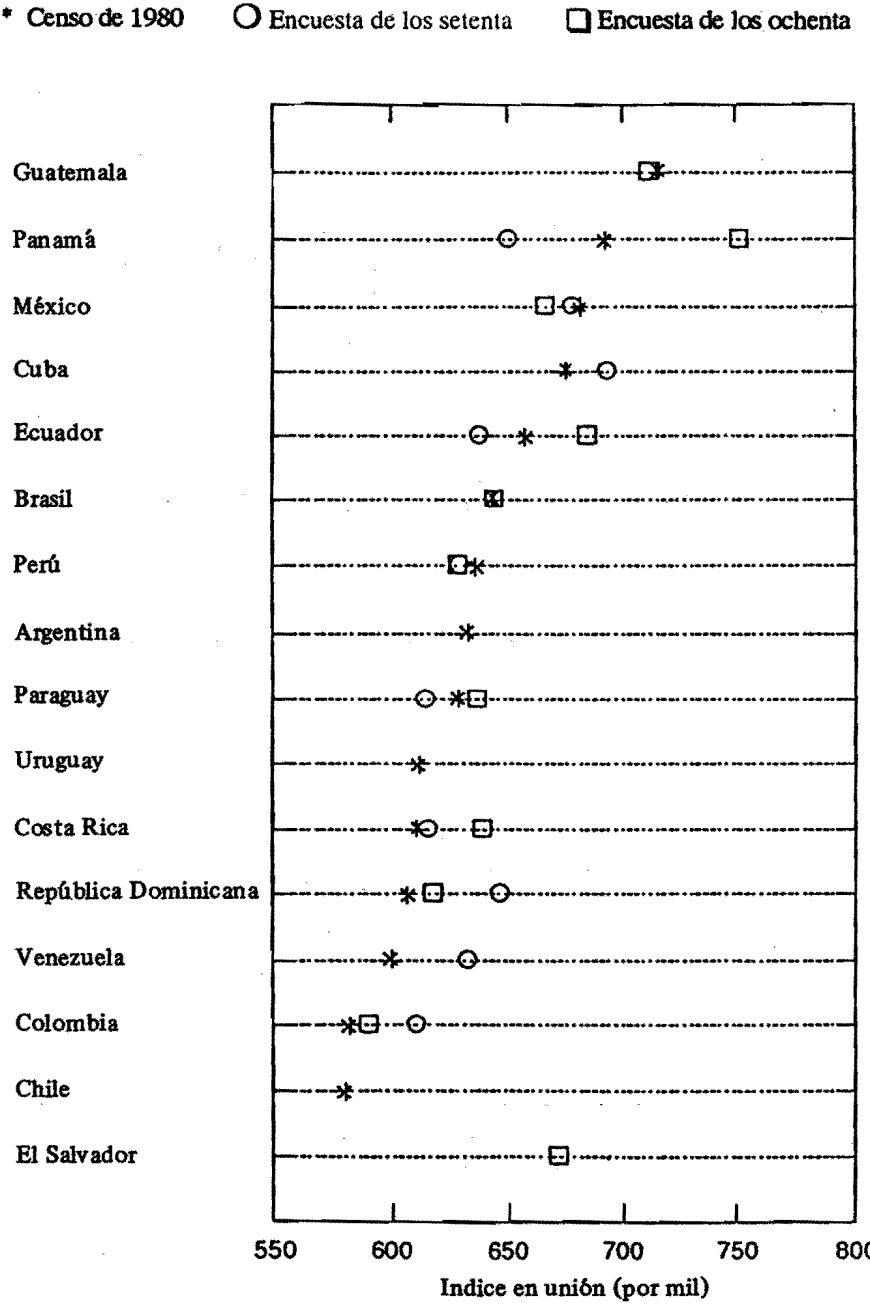
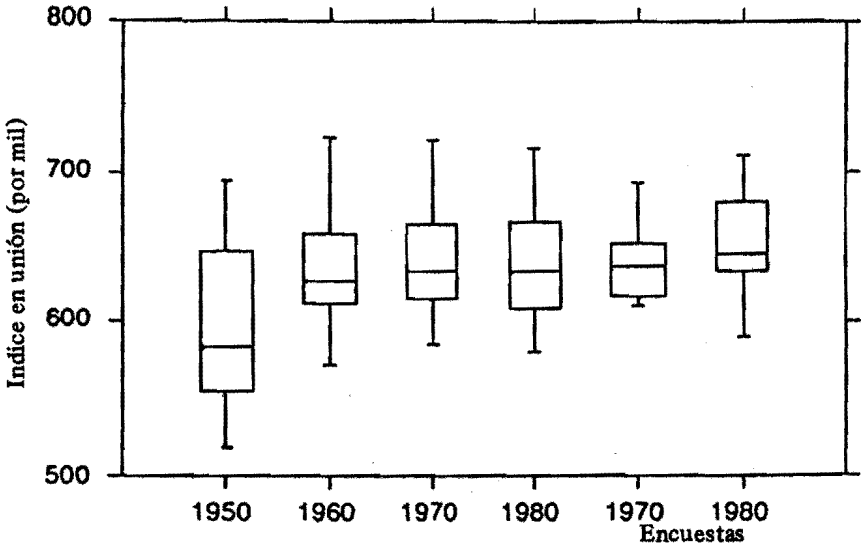
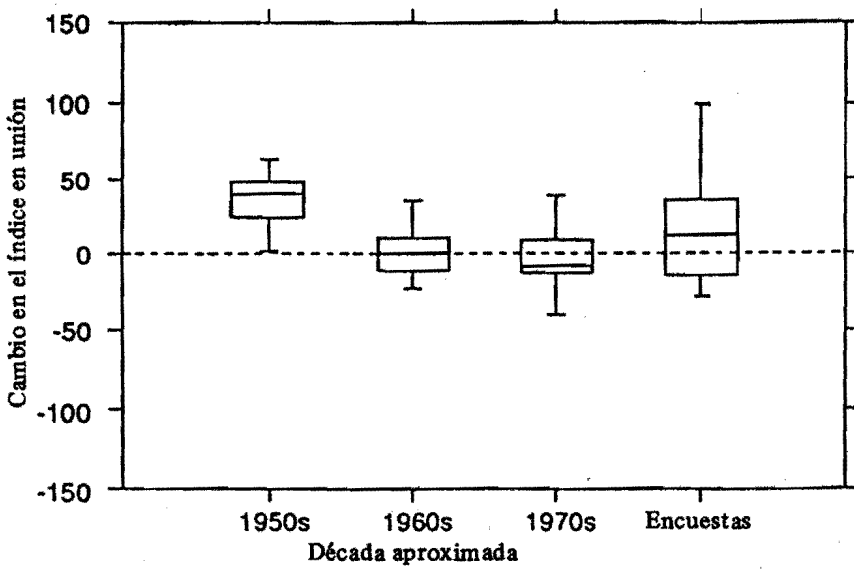


Gráfico 2

NIVELES Y CAMBIOS EN EL INDICE EN UNION, 1950-1980





más clara fue la disminución del celibato permanente de un promedio de 19 por ciento en 1950 a un 9 por ciento en 1980. Esto fue compensado parcialmente, desde 1960, con un mayor índice de separación marital, cuyo valor medio varió del 4.6 por ciento en 1960 a 6.7 por ciento en 1980. La proporción regional media de uniones consensuales aumentó de 28 por ciento en 1960 a 32 por ciento en 1980, mientras la proporción media de adolescentes en unión permaneció estable en casi un 17 por ciento (promedios calculados a partir del cuadro 2).

Las distribuciones de los cambios en los cuatro indicadores de nupcialidad, ilustrados en el gráfico 3, muestran que durante la década de 1950 se redujo en todos los países la proporción de las uniones consensuales, el celibato permanente y la separación marital, mientras que no se produjo ninguna tendencia predominante en las uniones adolescentes. En otras palabras, el "boom" matrimonial de los 50 no se debió a una menor edad a la unión, sino a una mayor prevalencia de los matrimonios legales. El notable incremento en las esperanzas de vida en la región entre 1945 y 1955 (Merrick, 1986) contribuyó probablemente al descenso observado de la separación marital en los 50 al reducirse la proporción de viudas.

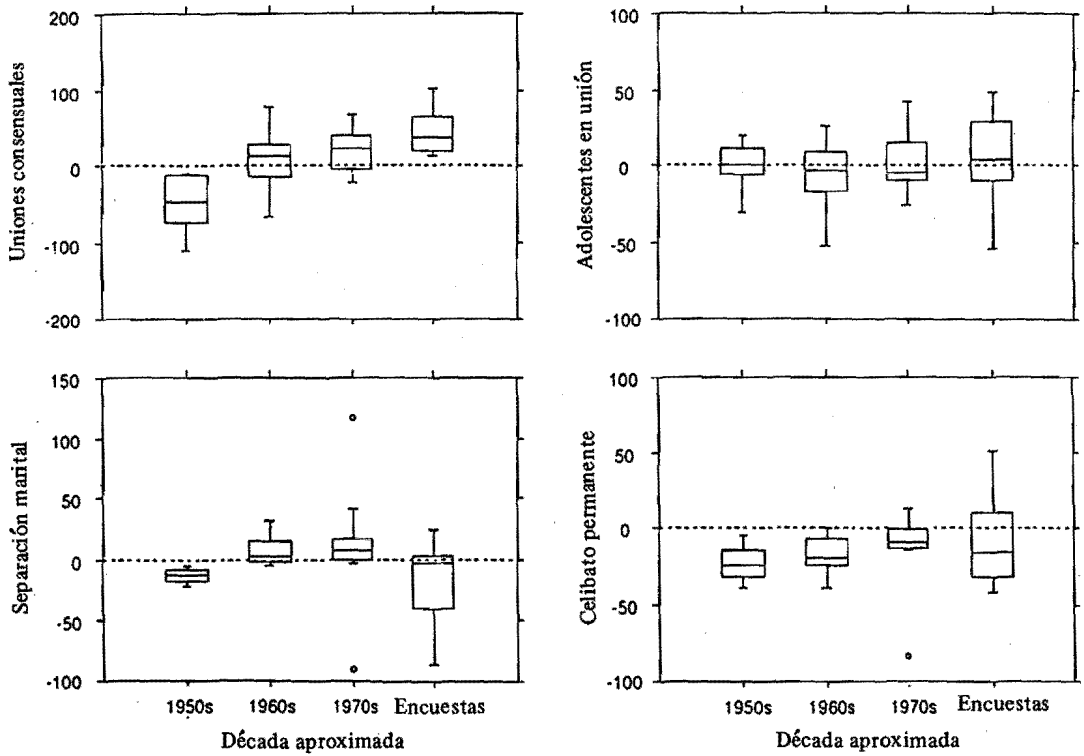
El gráfico 3 demuestra también que se está produciendo un aumento en las uniones consensuales en América Latina. Desde 1960, el número de países donde ocurre este aumento supera al número de aquellos en que se produce una disminución. En particular, todos los países con dos encuestas de fecundidad han visto un incremento en esta proporción entre las encuestas. Un efecto previsible de este patrón es un crecimiento en la proporción de hijos ilegítimos. Por ejemplo, según el *Demographic Yearbook* de las Naciones Unidas, entre 1960 y 1980 la proporción de hijos fuera del matrimonio legal aumentó de 16 por ciento a 28 por ciento en Chile, de 23 por ciento a 35 por ciento en Costa Rica, y de 24 por ciento a 31 por ciento en Argentina.

Al observar el gráfico 3, sorprende la falta de una tendencia sistemática en la edad al matrimonio, medida por la proporción de adolescentes en unión. Existen, por supuesto, países donde esta proporción ha disminuido en una cifra de hasta 5 puntos porcentuales, pero también hay países donde se ha elevado en casi 10.

Los datos presentados hasta el momento sugieren que los patrones regionales de variación en la nupcialidad apenas podrían contribuir a la transición de la fecundidad en América Latina. Para verificar esto, las tendencias de la fecundidad por países se vinculan seguidamente con los cambios de la nupcialidad.

Gráfico 3

CAMBIOS POR DECADA EN LOS CUATRO COMPONENTES DE LA NUPCIALIDAD, 1950-1980

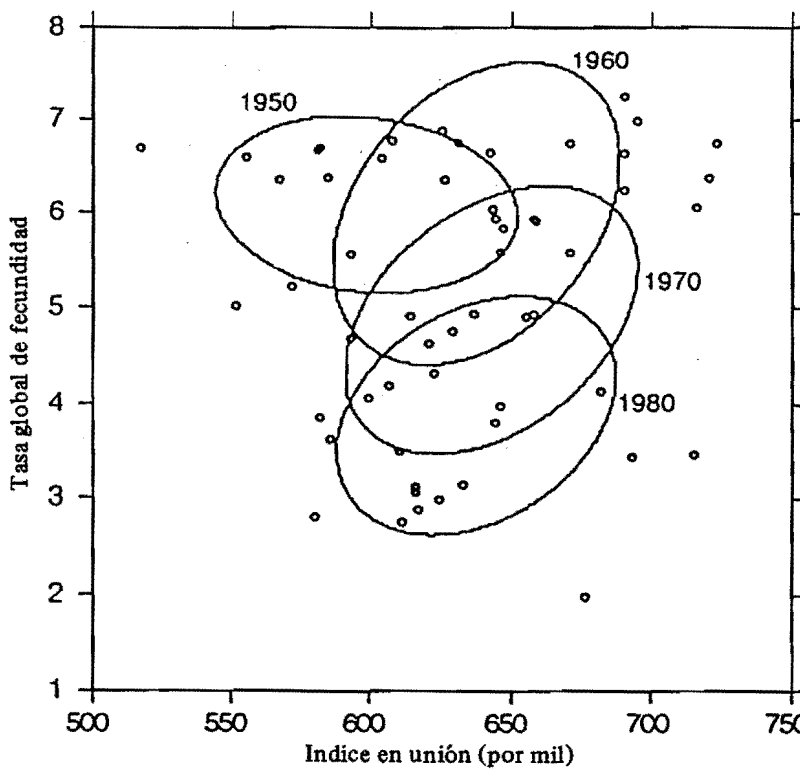


Según estimaciones del CELADE (1988), la tasa global de fecundidad (TGF) de los 16 países en estudio cayó de casi 6.5 hijos en 1950 y 1960 a menos de 4 hijos en 1980. En tres cuartos de los países, la TGF aumentó levemente o no se modificó en los 50. En todos los países, salvo Argentina y Uruguay, la TGF descendió en los 60, en algunos en más de dos hijos. La TGF volvió a disminuir casi en toda la región en la década de 1970. En cada década, la reducción en la TGF media fue de aproximadamente un hijo.

¿Cómo se relacionan estas cifras de TGF con el índice en unión analizado anteriormente? El diagrama de dispersión del gráfico 4 muestra una pobre correlación entre ellos. Las elipsoides bivariantes de Gauss,

Gráfico 4

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD E INDICE EN UNION, 1950-1980



que encierran aproximadamente la mitad de las observaciones y cuya forma y orientación dan una idea de la covariación, se mueven horizontalmente de 1950 a 1960 indicando un aumento en la nupcialidad y ningún cambio en la TGF, y descienden casi verticalmente en 1970 y 1980, lo que indica un índice constante de nupcialidad y una TGF decreciente. La orientación horizontal de la elipsoide de 1950 y la forma casi circular de las otras tres elipsoides indican igualmente una falta de asociación.

Para los cambios en la TGF superiores a 0.10, el cuadro 3 presenta las estimaciones del impacto de la nupcialidad en la fecundidad, calculado con el método de descomposición descrito anteriormente. Durante la década de 1950, de los 5 países con variaciones significativas, los incrementos de la TGF en El Salvador, Chile y, especialmente, Costa Rica, parecen haber sido causados principalmente por un "boom"

Cuadro 3

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y PORCENTAJE DE CAMBIO EXPLICADO POR LAS VARIACIONES EN LA PROPORCION EN UNION

País	Tasa total de fecundidad				Cambio explicado en porcentaje (década)		
	1950	1960	1970	1980	1950	1960	1970
Argentina	3.12	3.06	3.12	3.13	**	*	*
Brasil	5.93	5.93	4.61	3.78	**	20	-29
Colombia	6.58	6.58	4.67	3.84	*	10	9
Costa Rica	6.65	6.87	4.29	3.48	236	3	6
Cuba	3.97	4.63	3.44	1.97	**	**	13
Chile	5.00	5.21	3.59	2.79	93	-6	5
Ecuador	6.74	6.74	5.92	4.91	*	18	2
El Salvador	6.38	6.76	6.03	5.15	71	-43	-39
Guatemala	6.95	6.74	6.36	6.05	-96	14	20
México	6.62	6.62	6.25	4.12	**	-2	4
Panamá	5.57	5.83	4.89	3.43	-35	-11	-8
Paraguay	6.68	6.68	5.55	4.74	*	-6	-45
Perú	6.63	6.63	5.90	4.93	**	-22	27
República Dominicana	7.29	7.21	5.56	4.16	**	15	43
Uruguay	2.71	2.88	2.98	2.74	**	*	43
Venezuela	6.34	6.34	4.89	4.05	*	25	5

*Cambio absoluto en la TGF inferior a 0.10.
**Información sobre nupcialidad no disponible.
La TGF fue calculada para las edades 15 a 44 años.

matrimonial. La pequeña reducción de la TGF en Guatemala y el leve aumento en Panamá se deben en parte a que la nupcialidad compensó los cambios que tuvieron lugar en la fecundidad marital (nótese el signo negativo en el porcentaje de cambio explicado).

Con respecto a la transición de la fecundidad entre 1960 y 1980, del cuadro 3 deducen los siguientes grupos de países:

1) Los descensos más acentuados en la TGF (cerca de 2 hijos en una década) fueron provocados sólo levemente por la nupcialidad (10 por ciento o menos). Este es el caso de Costa Rica y Colombia en los 60 y México en los 70. En Cuba –el otro caso de un descenso impresionante– no existe información sobre la nupcialidad para 1960, pero al comparar los censos de 1953 y 1970 (cuadro 2) se concluye que se produjo un auge postrevolucionario de los matrimonios en la década de 1960, el que probablemente impidió que la fecundidad descendiera aún más rápido. La posterior desaparición de este auge podría explicar parte del descenso en la TGF cubana en la década de 1970.
2) La nupcialidad ha contribuido de modo significativo en la reducción relativamente importante de la fecundidad registrada en República Dominicana y Venezuela. En forma especial, en el primero de estos países, la TGF cayó de 7.2 a 4.2 hijos y los patrones matrimoniales contribuyeron a este descenso en aproximadamente 15 por ciento en la década de los 60 y 43 por ciento en la de los 80.
3) La nupcialidad contribuyó de manera moderada (menos de 20 por ciento) a los descensos modestos de la TGF en Ecuador y Guatemala.
4) Tendencias matrimoniales oscilantes se reflejaron en fluctuaciones en los efectos de la nupcialidad sobre la TGF en Brasil, Perú y Chile. El caso de Brasil es el más importante. Una quinta parte de la reducción de la TGF de 5.9 a 4.6 en los 60 parece haber sido provocada por la nupcialidad, pero un auge matrimonial parece haber impedido que el descenso de la TGF sea un 29 por ciento superior en los 70. Esta ha sido la causa primordial de la desaceleración en la transición de la fecundidad en Brasil.
5) La nupcialidad retardó persistentemente el descenso de la fecundidad en El Salvador, Paraguay y Panamá. En particular en el primer país, la disminución relativamente leve de la TGF en los 60 y los 70 habría sido cerca de 40 por ciento mayor si los incrementos en la proporción de mujeres en unión no se hubieran producido.

Aun cuando la nupcialidad no parece haber contribuido de manera sustancial en la reducción de la TGF a nivel regional, es posible que los patrones matrimoniales hayan concentrado su influencia en un limitado rango de edades. Este efecto restringido parece particularmente plausible respecto de la fecundidad adolescente. Para examinar esta hipótesis, el cuadro 4 presenta estimaciones del efecto de la proporción de adolescentes en unión sobre las tasas de fecundidad en el grupo etario 15-19. Un patrón regional claro surge de las estimaciones para los 60: en 5 países casi todo el descenso de la fecundidad (79 por ciento o más) tuvo su origen en la disminución de las uniones adolescentes; y en otros 3 países, cerca de un tercio de la reducción se explica por este factor. Para la década de 1970, sin embargo, una gran variabilidad impide colegir un patrón regional en la relación entre la nupcialidad y la fecundidad entre los adolescentes latinoamericanos.

Cuadro 4

FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y PORCENTAJE DE CAMBIO EXPLICADO POR LOS CAMBIOS EN LA PROPORCION EN UNION

País	Tasa global de fecundidad				Cambio explicado en porcentaje (década)		
	1950	1960	1970	1980	1950	1960	1970
Argentina	62	61	68	77	**	80	99
Brasil	83	83	68	58	**	79	-184
Colombia	91	91	76	66	*	87	-57
Costa Rica	119	115	106	98	*	80	-27
Cuba	65	120	138	68	**	**	21
Chile	84	85	84	69	*	*	0
Ecuador	140	140	121	98	*	33	13
El Salvador	142	165	151	134	23	-11	-143
Guatemala	174	161	143	141	125	20	*
México	115	115	110	92	**	*	20
Panamá	145	145	133	100	*	-101	48
Paraguay	95	95	88	82	*	86	-324
Perú	130	130	86	85	**	-11	*
República Dominicana	166	164	117	97	**	34	102
Uruguay	60	63	65	63	**	*	*
Venezuela	155	155	116	94	*	98	-39

*Cambio absoluto en la tasa de fecundidad adolescente inferior a 5.
**Información sobre nupcialidad no disponible.

III. CONCLUSIONES

Este trabajo ha examinado el papel de la nupcialidad en la transición de la fecundidad en América Latina. La evidencia proveniente de datos censales refuta que, en la región en su conjunto, el papel de la nupcialidad haya sido significativo. Existen, por supuesto, unos cuantos países donde ella ha sido un factor importante en el descenso de la TGF, como en el caso de República Dominicana. También hay países, como El Salvador, donde incrementos en los matrimonios evitaron reducciones importantes de la TGF. No obstante, la evidencia más concluyente procede de los casos con un rápido descenso de la fecundidad, vale decir, Costa Rica, Colombia, Cuba y México, donde la nupcialidad contribuyó sólo escasamente, si es que lo hizo.

La anterior conclusión debe ser calificada en cuanto a la fecundidad adolescente. En efecto, cambios en la proporción de adolescentes en unión durante los 60 provocaron importantes reducciones en la fecundidad adolescente en 8 países latinoamericanos.

Con anterioridad a la transición de la fecundidad, se produjo un claro aumento regional en la proporción de casados debido, probablemente en parte, a una disminución de la viudez. Esta tendencia se tradujo en incrementos relativamente importantes en la TGF de tres países. Dyson y Murphy (1985) usaron parte de esta evidencia para documentar su efecto "salto de ski", el cual, según estos autores, podría activar el inicio de la transición de la fecundidad.

La inexistencia de tendencias regionales ascendentes en la edad al matrimonio es un resultado sorprendente de este análisis. Este resultado concuerda con los hallazgos de la Encuesta Mundial de Fecundidad que indicaba explícitamente que "en las Américas sólo existe una leve tendencia hacia el matrimonio tardío" (WFS, 1984, 14). En contraposición con esta estabilidad, el celibato ha disminuido en forma clara y, a partir de los 60, la separación marital se ha incrementado levemente en la región.

Los hallazgos de un celibato decreciente y de que no existe una tendencia hacia el matrimonio tardío, se hallan en contraposición con la expectativa de que las presiones demográficas podrían producir "controles preventivos" en los patrones matrimoniales. El crecimiento demográfico cada vez más acelerado en los años de postguerra no produjo la respuesta multifacética en la nupcialidad, postulada por Davis. Estos resultados son igualmente contrarios a la hipótesis de que la modernización trae consigo, de modo más o menos mecánico, retrasos

en la edad al matrimonio en los países en desarrollo. Más aún, sugieren que la nupcialidad y la fecundidad son influidos por conjuntos de factores bastante diferentes.

Dado que América Latina ha sufrido un importante proceso de urbanización y modernización, el patrón de una edad más o menos constante al matrimonio sugiere que el inicio de la unión depende de factores culturales más que de variaciones socioeconómicas. Esto es relativamente sorprendente, dadas las amplias diferencias socioeconómicas en los patrones matrimoniales documentadas por la Encuesta Mundial de Fecundidad y otros estudios en América Latina y otras regiones (Casterline, 1984). La combinación de estas diferencias con un proceso de modernización debería producir una tendencia a aumentar la edad al matrimonio. La ausencia de una tendencia de ese tipo en América Latina sugiere, por un lado, que los diferenciales socioeconómicos pueden no ser el reflejo de una relación causal y, por otro, que dentro de algunos estratos socioeconómicos la edad al matrimonio podría haberse reducido.

Un último hallazgo que vale la pena mencionar es el aumento en la prevalencia de uniones consensuales. Dado que la relación entre el tipo de unión y la fecundidad es compleja e insuficientemente comprendida (Merrick, 1986), el efecto demográfico de este incremento es difícil de entender. Lo que sí parece claro es que la cantidad de hijos ilegítimos en América Latina puede estar aumentando de manera sustancial.

APENDICE

FORMULAS PARA DESCOMPONER LOS CAMBIOS DE LA FECUNDIDAD

Suponiendo que no hay hijos fuera de las uniones (legales o consensuales), la siguiente relación vincula las tasas de fecundidad (f) con las tasas de fecundidad marital (g) y la proporción en unión (m):

$$f = m\ g \tag{1}$$

lo que da como resultado la siguiente ecuación diferencial de primer orden para los cambios en el período entre 0 y 1:

$$\Delta f = g_0\ \Delta m + m_0\ \Delta g + \Delta m\ \Delta g \tag{2}$$

Donde el operador Δ representa los cambios en el tiempo:

$$\Delta f = f_1 - f_0;\ \Delta m = m_1 - m_0;\ \Delta g = g_1 - g_0$$

Los tres términos al lado derecho de la ecuación (2) descomponen el cambio de la fecundidad en el resultante del cambio de la nupcialidad, del solo cambio de la fecundidad marital y la contribución conjunta de ambos factores, respectivamente. El tercer término en la ecuación –el efecto conjunto– es generalmente pequeño y puede ser ignorado sin una pérdida significativa de precisión. Suponiendo que el efecto conjunto se distribuye de manera eqùitativa entre las dos fuentes de cambio, las siguientes relaciones aproximadas estiman las contribuciones proporcionales de la nupcialidad (C_m) y la fecundidad marital (C_g):

$$C_m = [g_0\ \Delta m + (\Delta m\ \Delta g / 2)] / \Delta f \qquad (3)$$

$$C_g = [m_0\ \Delta g + (\Delta m\ \Delta g / 2)] / \Delta f \qquad (4)$$

Donde,

$$C_m + C_g = 1$$

Sustituyendo en la ecuación (3) g = f/m y reordenando:

$$C_m = 100\ \frac{\left(\frac{f_0}{m_0} + \frac{f_1}{m_1}\right)\Delta m}{2\ \Delta f} \qquad (5)$$

Esta relación es útil para estimar la contribución de Δm en grupos etarios específicos *i*. A fin de subdividir los cambios en la tasa global de fecundidad, que es la suma de f_i por edades, la fórmula (5) se convierte en:

$$C_m = 100\ \frac{\sum_i \left[\left(\frac{f_{i0}}{m_{i0}} + \frac{f_{i1}}{m_{i1}}\right)\Delta m_i\right]}{2 \sum_i \Delta f_i} \qquad (6)$$

Donde el subíndice *i* representa los grupos etarios y los subíndices 0 y 1 representan el tiempo.

BIBLIOGRAFIA

Cadwell, J. C., P. F. McDonald y L. Ruzicka (1980), "Inter-relationships between Nuptiality and Fertility: the Evidence from the World Fertility Survey", documento presentado a la Conferencia de la Encuesta Mundial de Fecundidad, Londres.

Camisa, Z. (1978), "La nupcialidad de las mujeres solteras en América Latina", *Notas de población*, Nº 18, Centro Latinoamericano de Demografía, Santiago de Chile.

Casterline, J. B. y otros (1984), "The Proximate Determinants of Fertility", *World Fertility Survey Comparative Studies*, Nº 39.

CELADE (1988), *Boletín demográfico*, Nº 41, Santiago de Chile.

COALE. A. J. (1967), "Factors Associated with the Development of Low Fertility; an Historic Summary", *Proceedings of the World Population Conference, 1965*, vol. 2.

—— (1974), "The Demographic Transition", *International Population Conference 1973*, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, vol. 1, Lieja.

Cho, L. J. y R. D. Retherford (1974), "Comparative Analysis of Recent Fertility Trends in East Asia", *International Population Conference 1973*, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, vol. 2, Lieja.

Davis, K. (1963), "The Theory of Change and Response in Modern Demographic History", *Population Index*, Nº 29.

Davis, K. y J. Blake (1956), "Social Structure and Fertility: an Analytic Framework", *Economic Development and Cultural Change*, Nº 4.

De-Vos, S. (1987), "Latin American Household in Comparative Perspective", *Population Studies*, Nº 41.

Dyson, T. y M. Murphy (1985), "The Onset of the Fertility Transition", *Population and Development Review*, Nº 11.

Goldman, N. y A. R. Pebley (1981), "Legalization of Consensual Unions in Latin America", *Social Biology*, Nº 28.

Hajnal, J. (1956), "The Marriage Boom", *Demographic Analysis*, J. J. Spengler y O. D. Duncan, The Free Press of Glencoe.

Mauldin, P. y B. Berelson (1978), "Conditions of Fertility Decline in Developing Countries, 1965-1975", *Studies in Family Planning*, Nº 9.

Merrick, T. W. (1986), "Population Pressures in Latin America", *Population Bulletin*, Nº 41.

Naciones Unidas (1988), *First Marriage: Patterns and Determinants* (ST/ESA/SER.R/76, Nueva York.

Quilodrán, J. (1985), "Modalites de la formation et evolution des unions en Amérique Latine", *International Population Conference 1985*, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, vol. 1, Florencia.

Rosero, L. (1978), *Nupcialidad y fecundidad en cuatro zonas rurales de América Latina*, CELADE, Serie C, Nº 1008, Santiago de Chile.

Smith, P. S. (1983), "Age at Marriage and Proportion Marrying: Levels and Trends, Fertility Impact, and Determinants", *Determinants of Fertility in Developing Countries*, R. A. Bulatao y R. D. Lee (comps.), vol. 2, Academic Press.

Watkins, S. C. (1981), "Regional Patterns of Nuptiality in Europe, 1870-1960", *Population Studies*, Nº 35.

WFS (Encuesta Mundial de Fecundidad) (1984), *World Fertility Survey Major Findings and Implications*, International Statistical Institute Publication.

DESCENSO DE LA FECUNDIDAD Y CAMBIOS EN SUS DETERMINANTES PROXIMOS EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Lorenzo Moreno*
(Mathematica Policy Research, Princeton)
Susheela Singh*
(The Alan Guttmacher Institute, Nueva York)

RESUMEN

El objetivo de este artículo es discutir el papel que han jugado tres de los determinantes próximos de la fecundidad (el matrimonio, la anticoncepción y la infecundidad post-parto), en los cambios de la fecundidad en América Latina y el Caribe.

En primer lugar, examinamos los problemas de disponibilidad de información de las encuestas retrospectivas y su comparabilidad en cuanto a los determinantes próximos. La mayor parte de esta información proviene del programa de la Encuesta Mundial de Fecundidad y del de las Encuestas Demográficas de Salud.

*Los autores agradecen a Germán Rodríguez sus valiosos comentarios acerca de la estructura y los contenidos de la primera versión de este trabajo. También expresan su gratitud a John Bongaarts por las útiles críticas sobre la aplicación de su modelo, y a José Miguel Guzmán y a otros participantes al Seminario sobre la Transición de la Fecundidad en América Latina, efectuado en Buenos Aires, quienes hicieron valiosas sugerencias. Por último, manifiestan su reconocimiento a Ozer Babakol por asistirlos en materias computacionales.

En seguida presentamos los resultados del modelo de Bongaarts, que es el más ampliamente utilizado para medir el impacto de los determinantes próximos. Se examinan los cambios en los índices de ese modelo para varios países que disponen de al menos dos encuestas. Describimos también las variaciones en las medidas absolutas de los determinantes próximos, comparándose con los cambios en los índices de Bongaarts. Las comparaciones realizadas revelan algunas inconsistencias de los cambios en los factores propiamente dichos respecto de los índices, las que se discuten a la luz de evaluaciones recientes del método referido.

Finalmente, comparamos los resultados de la aplicación del modelo de Bongaarts con aquellos de un método alternativo propuesto por Moreno. Ambos modelos muestran que el incremento en el uso de anticonceptivos es, con creces, el factor más importante del descenso de la fecundidad, y que una contribución muy reducida proviene del matrimonio y la infecundidad post-parto. Sin embargo, el segundo modelo sugiere que el papel jugado por estos dos últimos factores es mucho menor que lo que muestra el modelo de Bongaarts.

(BAJA DE LA FECUNDIDAD) (VARIABLES INTERMEDIAS)
(EDAD AL CASARSE) (LACTANCIA NATURAL)

FERTILITY DECLINE AND CHANGES IN PROXIMATE DETERMINANTS IN THE LATIN AMERICAN AND CARIBBEAN REGIONS

SUMMARY

The objective of this paper is to discuss the role that three of the proximate determinants of fertility (marriage, contraception and post-partum insusceptibility) have played in fertility change in Latin America and the Caribbean.

First we look at issues of data availability and comparability on measures of the proximate determinants from retrospective surveys. Most of the data utilized come from the World Fertility Survey (WFS) and the Demographic and Health Surveys (DHS) projects.

Second, we present results from the most widely applied model for assessing the impact that these proximate determinants have on fertility, that of Bongaarts. For a number of countries for which al least two surveys are available, we compare the pattern of changes in the indices of this model between an earlier period of higher fertility and a later period of lower fertility. We also describe the pattern of changes based on absolute measures of these proximate determinants, and compare these with changes in the Bongaarts indices. These comparisons reveal inconsistencies between the actual measures of the determinants and the indices, which are discussed in the light or recent evaluations of the performance of the method.

Finally, we compare the results from the application of the Bongaarts model with those from an alternative method proposed by Moreno. Both models show that increased use of contraception is by far the most important reason for fertility decline, with marriage and post-partum insusceptibility making much smaller contributions.

However, the second model suggests that the role of the marriage and post-partum insusceptibility factors is much smaller than is shown by the Bongaarts model.

(FERTILITY DECLINE) (INTERMEDIATE VARIABLES)
(AGE AT MARRIAGE) (BREAST FEEDING)

INTRODUCCION

Aunque su intensidad varía en los distintos países de América Latina y el Caribe, la transición de la fecundidad se está logrando mediante cambios en los determinantes próximos, a través de los cuales debe operar cualquier otro cambio social. La clasificación de estos determinantes comenzó con un modelo desarrollado por Davis y Blake (1956), cuyo objetivo consistía en identificar todos los factores que intervienen entre las normas y la estructura social de una sociedad y su nivel de fecundidad (de ahí el término variables *intervinientes o próximas*). Este esquema identificó tres tipos de factores: los relacionados con la exposición al riesgo de embarazo, con la concepción y con la gestación. Más tarde, los investigadores descubrieron que en ese primer modelo no había sido considerada una importante variable: la infertilidad postparto. Avances posteriores hicieron que la lista incluyera este factor y redujeron el conjunto de once factores sólo a los que eran los principales determinantes del nivel de fecundidad y que, al mismo tiempo, variaban a través de los grupos de población: matrimonio, anticoncepción, infertilidad postparto y aborto. La mayoría de los análisis de los determinantes próximos, incluido el discutido en este artículo, considera sólo tres factores: matrimonio (o nupcialidad), anticoncepción e infertilidad postparto; comúnmente el aborto se omite debido a la carencia de información que existe al respecto.

Si bien cada determinante ha desempeñado una función en el cambio de la fecundidad en América Latina, es claro que, al nivel más simple, el aumento en el uso de anticonceptivos es la causa más importante del descenso de la fecundidad en la región. Comparativamente, el patrón de nupcialidad y la duración del período de lactancia han cambiado poco en términos absolutos. Sin embargo, estos tres factores están interrelacionados y su contribución relativa al nivel y al cambio de la fecundidad pueden variar dependiendo del nivel absoluto de fecundidad. El objetivo de este documento consiste en examinar los

cambios en la contribución relativa de los tres principales determinantes próximos en el proceso de disminución de la fecundidad en América Latina.

En la actualidad, existen varios enfoques cuantitativos para medir la contribución de los determinantes próximos al descenso de la fecundidad. Gaslonde y Bocaz (1970) utilizaron una tabla sobre la exposición sexual a lo largo de un año para describir la operación de algunos de los determinantes próximos. El modelo desarrollado por Bongaarts (1978, 1982) requiere de datos simples, ha sido usado ampliamente y ha demostrado ser eficaz. Un modelo más reciente, propuesto por Hobcraft y Little (1982), necesita datos de mayor complejidad que permitan clasificar cada mes de un período (quinquenal) anterior a una encuesta en varias categorías de exposición al riesgo de concebir. Ambos modelos producen índices sintéticos que deberían ser comparables entre países, subgrupos y períodos de tiempo para describir la importancia relativa de cada uno de los tres principales determinantes próximos. Estos modelos ya han sido evaluados y se han descubierto varios problemas (Menken, 1984; Reinis, en prensa). Un modelo desarrollado por Moreno (1991) propone considerar algunas de estas limitaciones y proporciona cálculos sobre la contribución de los determinantes próximos en la fecundidad.

En este trabajo, primero analizamos el patrón de cambio a partir de mediciones absolutas de los tres determinantes próximos. En segundo lugar, presentamos los resultados del modelo que ha sido más ampliamente usado, el de Bongaarts, haciendo una comparación entre distintos países del patrón de cambios en índices provenientes de un período inicial con mayor fecundidad y un período final con menor fecundidad. Se examinan las incongruencias que surgen de la comparación de los cambios en las mediciones actuales de los determinantes y se discuten los cambios en los índices. Luego, comparamos los resultados procedentes del modelo de Bongaarts con los del modelo desarrollado por Moreno.

I. INFORMACION DISPONIBLE

En general, los cálculos de los determinantes próximos se obtienen solamente a partir de datos derivados de encuestas. Sin embargo, algunos países latinoamericanos no han llevado a cabo encuestas de

fecundidad o de prevalencia anticonceptiva y, para comparaciones temporales, se necesitan al menos dos encuestas por país. Hasta la fecha en que se realizó este análisis, son diez los países en esta última situación: Colombia, Costa Rica, Ecuador, Haití, Honduras, Jamaica, México, Perú, República Dominicana y Trinidad y Tabago. En casi todos estos casos, el estudio sobre el período inicial (mediados de los 70) se basa en las series de la Encuesta Mundial de Fecundidad (WSF-World Fertility Survey);[1] sin embargo, la fuente varía para el período final (segunda mitad de los 80). En seis de los países (Colombia, Ecuador, México, Perú, República Dominicana y Trinidad y Tabago), el estudio se basa en datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS-Demographic and Health Surveys) y, en los otros cuatro (Costa Rica, Haití, Honduras y Jamaica), los estudios son elaborados por el país, conjuntamente con otras organizaciones. La fuente y el año de las encuestas se muestran en el cuadro 1.

Además, se dispone de encuestas para uno de los períodos en otros cuantos países: las encuestas WFS se realizaron a mediados de los 70 en Guyana, Panamá, Paraguay y Venezuela y las encuestas DHS, a mediados de la década de los 80 en Bolivia, Brasil, El Salvador y Guatemala. No existe información sobre fecundidad en los otros países mostrados en el cuadro 1; sin embargo, se presentan datos parciales basados en estimaciones del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), aunque no hay mediciones de los determinantes próximos para ninguno de los dos períodos en los casos de Argentina, Cuba, Chile, Nicaragua y Uruguay.

Aplicando el modelo Bongaarts, se han efectuado extensos análisis acerca de los datos de las encuestas WFS para todos los países, incluida la región de América Latina y el Caribe (Casterline y otros, 1984; Naciones Unidas, 1987).

[1] Honduras constituye la excepción.

Cuadro 1

AMERICA LATINA: COMPARACION DE LAS MEDICIONES DE FECUNDIDAD Y SUS DETERMINANTES PROXIMOS; DECADAS DE 1970 Y 1980

País	Año y fuente	TGF a	Prevalencia anticonceptiva (porcentaje) [b]		EMDC	L-MESES
		Período inicial				
Argentina	1970-75 [c]	3.14	...	...	...	...
Bolivia	1970-75 [c]	6.50	...	...	...	...
Brasil	1970-75 [c]	4.70	...	...	...	...
Chile	1970-75 [c]	3.63	...	...	...	...
Colombia	1976 [d]	4.70	(4.27)	43	22.1	9.2
Costa Rica	1976 [d e]	3.84 [f]	(3.17)	64	22.7	5.0
Cuba	1970-75 [c]	3.48	...	53 [g]	...	...
Ecuador	1979 [d]	5.32	(4.98)	34	22.1	12.3
El Salvador	1975	6.01	...	19	...	...
Guatemala	1970-75 [c]	6.45	...	4 [h]	...	...
Guyana	1975 [d]	4.92	(4.75)	31	20.0	7.2
Haití	1977 [d]	5.50	(5.15)	19 [i]	21.8	15.5
Honduras	1981 [j]	6.40 [k]	...	27	...	15.2
Jamaica	1976 [d]	5.00	(4.52)	38	19.2	8.6
México	1976 [d]	6.18	(5.93)	30	21.7	9.0
Nicaragua	1970-75 [c]	6.71	...	9 [l]	...	...
Panamá	1976 [d e]	4.44 [f]	(3.84)	54	21.2	7.4
Paraguay	1979 [d]	4.96	(4.56)	36	22.1	11.4
Perú	1977 [d]	5.57	(5.35)	31	23.2	13.1
República Dominicana	1975 [d]	5.71	(5.39)	32	20.5	8.6
Trinidad y Tabago	1977 [d]	3.38	(3.18)	52	20.9	6.8
Uruguay	1970-75 [c]	2.99	...	...	...	...
Venezuela	1977 [m d]	4.59 [f]	(4.36)	49 [m]	21.8	7.4
		Período final				
Argentina	1985-90 [c]	2.96		39 [n]	...	...
Bolivia	1986 [o]	5.06		30	22.2	16.1
Brasil	1986 [o m]	3.55		65	22.3	9.3
Chile	1985-90 [c]	2.73		...	...	...
Colombia	1986 [o]	3.34	(3.12)	65	23.2	10.7
Costa Rica	1981 [j]	3.69 [k]		65	22.1	6.1
Cuba	1985-90	1.98		...	...	...
Ecuador	1987 [o]	4.33	(4.21)	44	21.9	14.4
El Salvador	1985 [o]	4.40		47	20.1	14.7

(Cuadro 1 conclusión)

País	Año y fuente	TGF a		Prevalencia anticonceptiva (porcentaje) [b]	EMDC	L-MESES
Guatemala	1987 [o m]	5.60		23	20.6	20.6
Guyana	1985-90 [p]	2.7		...	...	...
Haití	1987 [j]	6.33		7	18.3	17.5
Honduras	1987 [j]	5.60		41	...	17.3
Jamaica	1989 [j]	2.90		55	18.0	12.5
México	1987 [o]	4.00	(4.00)	53	22.1	10.5
Nicaragua	1985-90 [c]	5.50		27 [n]	...	...
Panamá	1985-90 [c]	3.14		61 [m q]	...	...
Paraguay	1985-90 [c]	4.58 [r]		45 [m]	...	...
Perú	1986 [o]	4.36	(4.30)	46	23.7	16.8
República Dominicana	1986 [o]	3.81	(3.77)	50	21.4	9.8
Trinidad y Tabago	1987 [o]	3.10	(3.10)	53	20.8	9.9
Uruguay	1985-90 [c]	2.61		...	...	...
Venezuela	1985-90 [c]	3.77		...	...	...

Fuentes: Encuestas WFS: TGF respecto de todos los hijos, uso de anticonceptivos y EMDC: Naciones Unidas (1987); TGF respecto de los hijos dentro de la unión: J. Casterline y otros (1984); Promedios de lactancia: B. Ferry y D. Smith (1983) y S. Balkaran y B. Ferrery (1984); Encuestas DHS: tabulaciones inéditas e información de los países; **Costa Rica**, 1981: Luis Rosero B., *Fecundidad y anticoncepción en Costa Rica 1981*, San José, 1981; y Doris Sosa, "Costa Rica: los componentes intermedios de la fecundidad, 1981", en *Mortalidad y fecundidad en Costa Rica*, Asociación Demográfica Costarricense, San José, 1984, pp. 106-124; **El Salvador**, 1985: Asociación Demográfica Salvadoreña e Institute for Resource Development/Westinghouse, *Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL-85*, 1987; **Haití**, 1989: Michel Cayemittes y Anouch Chahnazarian, *Survie et santé de l'enfat en Haiti*, Instituto Haitiano de la Infancia, Puerto Principe, 1989; **Honduras:** Patricia Bailey y otros, "Changes in the Proximate Determinants of Fertility in Honduras: 1981-1987", documento presentado a la reunión anual de la Asociación Americana de Salud Pública, Boston, MA, 1988; **Jamaica**, 1989: Carmen McFarlane y Charles Warren, 1989 *Jamaica Contraceptive Prevalence Survey: Draft of Final Report*, octubre 1989, The National Planning Board of Jamaica.

TGF: Tasa global de fecundidad.
EMDC: Edad media declarada al casarse.
L-MESES: Duración media de la lactancia, en meses.

[a] La TGF entre paréntesis incluye solamente los nacimientos ocurridos dentro de los períodos transcurridos en unión o matrimonio. [b] Porcentaje de mujeres actualmente casadas que usan anticonceptivos. [c] Estimaciones del CELADE, Boletín demográfico, Nº 41. [d] Encuesta Mundial de Fecundidad. [e] 20-49 años de edad. [f] La tasa de fecundidad fue ajustada para incluir al grupo de edades faltante. [g] 1972. [h] 1974. [i] Mujeres casadas 15-50 años. [j] Otras encuestas. [k] Tasa de 1979-80. [l] 1977. [m] 15-44 años de edad. [n] Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Oriental, "Country Fact Sheets", 1988, N. Y. Honduras = 1981; datos de Argentina = estimación para 1988. [o] Encuestas demográficas y de salud. [p] Naciones Unidas, World Population Chart, 1988. [q] 1984. [r] 1987.

II. METODOLOGIA Y PROBLEMAS DE COMPARABILIDAD

Las fórmulas para calcular los índices Bongaarts se pueden encontrar en Bongaarts (1978). Es importante recordar la interpretación de estos índices: mientras menor es un índice, mayor es su importancia como determinante del nivel de fecundidad. En general, aquí se emplea la aplicación del modelo por edades específicas, aunque en algunos casos (que se indican en los cuadros) esto no fue posible. En la mayoría, las estimaciones de la fecundidad se basan en un período de cinco años anteriores a la encuesta; nuevamente surgen algunas excepciones cuando se emplean las encuestas del programa CPS (Contraceptive Prevalence Surveys), y los datos sobre fecundidad corresponden al año anterior a la encuesta. Los grupos de edades comprendidos en las encuestas variaban un poco, aunque en la mayoría de los casos se incluían mujeres de entre 15 y 49 años.

Dadas las diferencias en el detalle con que se recopiló la información de las dos principales series de encuestas (WFS y DHS), así como la necesidad de utilizar datos provenientes de fuentes secundarias para las encuestas que no eran la WFS ni la DHS, los índices de los determinantes próximos de la fecundidad presentados aquí se calculan con diferentes grados de precisión. No obstante, se procura usar en la comparación de los dos períodos aquellas mediciones que sean el mínimo común denominador, pero que sean al menos lo más comparables posible. Esto puede significar que no se calcula un índice tan exactamente como podría permitirlo la información de una u otra serie.

En este documento, presentamos las distintas formas de medir cada índice, indicamos cuáles son los más directamente comparables y, por lo tanto, cuáles son los mejores para estudiar cambios en estos parámetros.

Se presentan dos versiones del índice de matrimonio (C_m) para cada uno de los seis países que incluyen las encuestas WFS y DHS. Como la primera de ellas recogía la historia marital completa, fue posible calcular una medida exacta del tiempo transcurrido dentro de la unión durante los cinco años anteriores a la encuesta, así como las tasas de fecundidad marital basadas en los nacimientos ocurridos dentro de la unión. Esto no era posible con las encuestas DHS, las que si bien obtenían una historia completa de los nacimientos, solamente preguntaban sobre la fecha del primer matrimonio y el estado marital actual. Las dos versiones del C_m

presentadas en este documento son: 1) un índice del estado actual al momento de la entrevista, que emplea la proporción de mujeres en unión a la fecha de la encuesta y las tasas de fecundidad por edad específica; 2) una medición "dentro de la unión". En el caso de las encuestas WFS, la segunda medida utiliza la proporción de tiempo en unión durante los cinco años antes de la encuesta y las tasas de fecundidad marital basadas en los nacimientos ocurridos durante el período dentro de la unión.[2] En el caso de las encuestas DHS, las medidas se basan en las proporciones de mujeres actualmente en unión y las tasas de fecundidad "marital" que excluyen los nacimientos premaritales.

En el caso del índice de infertilidad postparto (C_i), se presentan dos versiones para las encuestas DHS. Estas investigaron la duración de la amenorrea y abstinencia después del nacimiento de cada niño y pueden, por lo tanto, proporcionar una medición más exacta del índice de infertilidad postparto. En el caso de las encuestas WFS, sólo se preguntó por la duración de la lactancia, razón por la que el índice se debe estimar mediante el método indirecto, es decir, relacionando la lactancia con la duración media de la infertilidad postparto. Se presentan dos mediciones para las encuestas DHS: la primera es una medida más precisa y la segunda es comparable con la de las encuestas WFS. Sin embargo, las mediciones del C_i en ambas encuestas son levemente diferentes. En el caso de las estimaciones de la WFS, la duración de la lactancia se calculó para tres grandes grupos de edades –15 a 24, 25 a 34, y 35 a 49 años–, y el índice se calculó según edad específica. En el caso de las estimaciones de la DHS, para calcular el índice se empleó una duración media de la lactancia para todos los grupos de edades de mujeres. Decidimos mantener las estimaciones WFS a fin de ser coherentes con otros datos publicados. Calculamos el C_i a partir de los datos de la WFS basados en una duración media de la lactancia, y descubrimos que los C_i eran iguales en cinco casos (Costa Rica, Jamaica, México, República Dominicana y Venezuela), un punto inferiores en otros cinco casos (Colombia, Ecuador, Guyana, Perú y Trinidad y Tabago) y dos puntos diferentes en tres casos (Haití y Paraguay –inferiores– y Panamá –superiores–). Los índices basados en ambas series de encuestas utilizan el método prevalencia/incidencia para calcular la duración de la lactancia y la de la infertilidad potsparto.

[2] Estos son los índices publicados por Naciones Unidas (1987).

En el caso del índice de anticoncepción (C_c), la medición se hizo de la manera más similar posible en ambas encuestas. La excepción la constituye el uso de proporciones de fertilidad[3] observada en un país para el índice C_c basado en las encuestas DHS, en comparación con un promedio de proporciones de fertilidad observada de 28 encuestas para los índices basados en la WFS. En ambos casos se emplea el estado de fertilidad reportado por la mujer. Se supuso la misma eficacia para los siguientes métodos anticonceptivos: esterilización, píldora, DIU y ritmo; sin embargo, aun cuando los índices C_c basados en la WFS se calcularon bajo el supuesto de que todos los otros métodos tenían una eficacia de uso de 0.70, las estimaciones basadas en las encuestas DHS suponían que otros métodos modernos (como el condón, el diafragma y los métodos vaginales) tenían una eficacia de 0.8 y todos los otros métodos alcanzaban un promedio de 0.35. Los índices C_c basados en la DHS no consideran a las usuarias que están actualmente en amenorrea o abstinencia, mientras que los basados en la WFS no toman en cuenta a las usuarias que están amamantando a un niño de seis meses o menos.

En los cuadros se indican los índices calculados por otras encuestas. Los cálculos basados en datos publicados necesitaban de ciertos supuestos. Nosotros usamos el porcentaje de fertilidad y las tasas de eficacia aplicados en los análisis de las encuestas WFS para estos pocos casos. Cuando sólo se disponía de la duración de la lactancia para todas las mujeres o para dos grandes grupos de edades, supusimos que el promedio se mantenía para todos los grupos de edades pertinentes.

III. MEDICIONES ABSOLUTAS DE LOS DETERMINANTES PROXIMOS: PATRONES DE CAMBIO

En varios países se produjeron descensos sustanciales de la fecundidad; en la mayoría de los casos, hubo una reducción de entre 1 y 1.5 hijos en la tasa global de fecundidad (TGF) entre principios de los 70 e inicios de los 80. En dos casos, República Dominicana y México, la disminución fue mayor: de aproximadamente 2 hijos (véase el cuadro 1).

[3] Es decir, el complemento de la proporción de mujeres con esterilidad (primaria o secundaria).

También ocurrieron algunos cambios en los tres determinantes próximos de países con datos disponibles para los dos períodos. En Haití, se encontró un descenso muy grande (de 3.5 años) en la edad media declarada al casarse (EMDC), lo cual puede deberse, en parte, a las diferencias en la forma en que se declararon y registraron las uniones en las encuestas. Se hallaron crecimientos en la EMDC de cerca de un 1 año en Colombia y República Dominicana; todos los demás países de los cuales se tenía información, mostraron un cambio mínimo en la edad al casarse: de menos de medio año en Costa Rica, Ecuador, Jamaica, México, Perú, Trinidad y Tabago. La EMDC se basa en la proporcón de las mujeres no unidas, y el índice de matrimonio calculado en el modelo Bongaarts está más estrechamente relacionado con la proporción de las mujeres actualmente casadas. Por eso buscamos también una segunda medición del cambio en el matrimonio: el índice I_m (Coale, 1974). Este es un promedio ponderado de la proporción de las mujeres actualmente en unión según grupos de edades; las ponderaciones son tasas de fecundidad marital estándares. Esta segunda medición (presentada en la última columna del cuadro 2) muestra el mayor cambio en Haití con un descenso en el impacto de la nupcialidad. Sin embargo, República Dominicana es el único país donde el índice I_m muestra un aumento notable en su intensidad: el índice disminuyó de 0.630 a 0.585. En Ecuador, cuya EMDC no cambió mucho entre 1979 y 1986, el índice I_m muestra un efecto de debilitación del matrimonio que va de 0.614 a 0.649. En todos los demás países hubo un cambio muy pequeño durante el período más reciente.

En Ecuador, Haití, Honduras, Jamaica, Perú y Trinidad y Tabago, se encontraron aumentos en la duración de la lactancia de entre 2.0 y 3.9 meses, mientras en Colombia, Costa Rica, México y República Dominicana hubo una disminución (véase el cuadro 1). Sin embargo, en la mayoría de los países el aumento en la prevalencia anticonceptiva, o el porcentaje de mujeres actualmente casadas que usaban anticonceptivos (véase el cuadro 1), fue sustancial: más de 20 puntos porcentuales en Colombia, El Salvador y México; entre 15 y 19 puntos en Guatemala, Jamaica, Perú y República Dominicana; y entre 9 y 14 puntos en Ecuador, Honduras y Paraguay. Sólo en Costa Rica y Trinidad y Tabago prácticamente no hubo cambios y únicamente en Haití se registró una disminución acentuada. Esta última se puede relacionar más bien con los cambios en la eficiencia con que se registró el método empleado, más que con una verdadera disminución.

Cuadro 2

PROPORCION DE MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS POR EDADES E INDICES I_m

País / Año	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	I_m[a]
Colombia 1976	0.127	0.501	0.702	0.787	0.737	0.746	0.674	0.577
Colombia 1986	0.120	0.460	0.670	0.740	0.770	0.710	0.740	0.555
Costa Rica 1976	0.132	0.507	0.680	0.781	0.766	0.782	0.721	0.581
Costa Rica 1981	0.150	0.540	0.720	0.790	0.800	0.780	0.740	0.605
Ecuador 1979	0.162	0.510	0.747	0.802	0.831	0.780	0.788	0.614
Ecuador 1986	0.170	0.550	0.800	0.850	0.840	0.840	0.800	0.649
Haití 1977	0.143	0.492	0.740	0.836	0.797	0.811	0.736	0.608
Haití 1987	0.442	0.759	0.840	0.848	0.836	0.750	0.689	0.742
Honduras 1981	0.237	0.547	0.762	0.845	0.802	0.801	0.000	0.635
Honduras 1987	0.217	0.595	0.745	0.812	0.790	0.769	0.000	0.628
Jamaica 1976	0.244	0.744	0.794	0.843	0.825	0.822	0.726	0.696
Jamaica 1989	0.438	0.794	0.865	0.847	0.808	0.776	0.714	0.751
México 1976	0.178	0.604	0.801	0.840	0.838	0.812	0.773	0.657
México 1987	0.180	0.550	0.760	0.820	0.810	0.820	0.800	0.631
Perú 1977	0.124	0.466	0.705	0.820	0.829	0.834	0.786	0.596
Perú 1986	0.120	0.440	0.690	0.820	0.850	0.830	0.830	0.591
República Dominicana 1975	0.204	0.593	0.748	0.804	0.844	0.721	0.691	0.636
República Dominicana 1986	0.170	0.490	0.680	0.780	0.780	0.760	0.740	0.585
Trininidad y Tabago 1977	0.183	0.609	0.825	0.886	0.867	0.843	0.818	0.679
Trininidad y Tabago 1987	0.200	0.600	0.840	0.860	0.880	0.840	0.840	0.680
Tasas n(a)[b]	411	460	431	395	322	167	24	

Fuente del patrón de fecundidad natural, n(a): Coale y Trussell (1974).

[a] Este índice es el promedio ponderado de las proporciones de casadas en cada grupo de edades, con ponderaciones iguales al patrón de fecundidad natural, n(a).

[b] Tasas específicas de fecundidad natural según edad (estándar), n(a) (por mil).

IV. ESTIMACIONES DE LOS INDICES DE BONGAARTS: PATRONES DE CAMBIO

En el cuadro 3, se presentan los tres índices para la mayor cantidad posible de países, para ambos períodos si están disponibles o para uno, en el caso de aquéllos que han tenido sólo una encuesta. Se muestran las mediciones más comparables para todos los países lo que es especialmente importante en el caso de aquellos que tienen datos para dos períodos: para los seis países con encuestas WFS y DHS esto implicó cálculos especiales de los índices C_c y C_i. Para otros tres países con dos encuestas (Costa Rica, Haití y Jamaica), la primera era de tipo WFS y la segunda de tipo CPS o una encuesta de fecundidad que sólo nos

Cuadro 3

AMERICA LATINA: COMPARACION DE LOS INDICES DE BONGAARTS PARA LOS PERIODOS INICIAL Y FINAL [a]

País	C_m		C_c		C_i [b]	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Bolivia	...	...	...	...	...	...
Brasil	...	0.58	...	0.43	...	0.84
Colombia	0.58	0.53	0.63	0.44	0.85	0.81
Costa Rica	0.58	0.61	0.43	0.35	0.91	0.90
Ecuador	0.61	0.63	0.71	0.59	0.78	0.73
El Salvador	...	0.65	...	0.53	...	0.72
Guatemala	...	0.69	...	0.81	...	0.61
Guyana	0.70	...	0.72	...	0.89	...
Haití	0.61	0.74	0.86	0.93	0.73	0.67
Honduras	0.76	0.78	0.74	0.61	0.71	0.67
Jamaica	0.75	0.79	0.64	0.49	0.85	0.77
México	0.67	0.62	0.73	0.52	0.84	0.81
Panamá	0.64	...	0.51	...	0.85	...
Paraguay	0.60	...	0.71	...	0.81	...
Perú	0.58	0.57	0.76	0.63	0.77	0.68
República Dominicana	0.64	0.56	0.70	0.49	0.85	0.83
Trinidad y Tabago	0.66	0.66	0.57	0.52	0.89	0.82
Venezuela	0.58	...	0.58	...	0.87	...

C_m: índice de matrimonio. C_c: índice de anticoncepción. C_i: índice de fertilidad postparto.

[a] Para años y fuentes véase el cuadro 1.

[b] Los C_i de los países en encuestas WFS en el período inicial se elaboraron por edades, para mantener la comparabilidad con otras estimaciones publicadas. Los C_i de las encuestas DHS se calculan con la duración media de la lactancia de todos los hijos. Los C_i basados en la WFS son 1 punto inferior si se calculan en base a una duración media general de la lactancia en Colombia, Ecuador, Guyana, Perú y Trinidad y Tabago; difieren en 2 puntos en Haití, Panamá y Paraguay, y son iguales en Costa Rica, República Dominicana, Jamaica, México y Venezuela.

proporcionó datos secundarios. En estos tres casos, el índice C_m de la encuesta WFS y de la encuesta reciente eran mediciones referentes a la situación al momento de la entrevista; los índices C_i de ambos períodos se basaban solamente en la lactancia. Para Honduras, único país con dos encuestas, aunque ninguna era WFS o DHS, los índices que se obtuvieron de una fuente secundaria (véase la nota del cuadro 1) son mediciones del estado actual y son comparables.

El índice C_m de tres países (Brasil, El Salvador y Guatemala) se calcula con una definición ligeramente diferente a la de otros países con datos procedentes de una encuesta DHS, es decir, excluyendo los nacimientos premaritales. Sin embargo, como el uso de estas dos definiciones de C_m no hacía diferencia para los seis países donde se empleaba una definición del estado actual (véase el cuadro 4, columnas 3 y 4), es sumamente improbable que los valores de estos tres países cambiaran si se recalcularan con tal definición.

Cuadro 4

CONSTRUCCIONES ALTERNATIVAS DE LOS INDICES C_m Y C_i DE BONGAARTS, A PARTIR DE LAS ENCUESTAS WFS Y DHS, PARA LOS PAISES CON DATOS DE AMBAS FUENTES

País	C_m - WFS estado actual (1)	C_m - WFS dentro de la unión (2)	C_m - DHS estado actual (3)	C_m - DHS dentro de la unión (4)	C_i - WFS lactancias solamente (5)	C_i - DHS lactancia solamente [a] (6)	C_i - DHS amenorrea y abstinencia (7)
Colombia	0.577	0.602	0.533	0.531	0.846	0.806	0.834
Ecuador	0.613	0.656	0.634	0.634	0.782	0.731	0.710
México	0.667	0.684	0.618	0.618	0.842	0.810	0.800
Perú	0.584	0.629	0.570	0.570	0.769	0.683	0.697
República Dominicana	0.641	0.689	0.559	0.558	0.852	0.825	0.802
Trinidad y Tabago	0.662	0.702	0.662	0.663	0.887	0.823	0.887

[a] La estimación del C_i de la DHS basada sólo en la lactancia emplea el promedio de lactancia general. Los valores medios de p(a) y q(a) en la ecuación para convertir la duración de la lactancia en duración de la infertilidad postparto son de 20.0 y 18.5 meses, respectivamente. Véase Casterline y otros (1984).

El índice de matrimonio (C_m) varió en importancia, de moderado a importante, como determinante de los niveles de fecundidad en la región, entre mediados de los 70 y segunda mitad de los 80. A principios de la década de los 80 fue el más importante en Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana (índices que van de 0.53 a 0.58). Fue menor en

Haití, Honduras y Jamaica (índices que van de 0.74 a 0.78). El índice medio (geométrico) de matrimonio a mediados de los 70 fue de 0.637 y en la segunda mitad de los ochenta, de 0.642.

Para la mayoría de los países de la región con datos para ambos períodos, hubo un cambio modesto en la importancia de este factor: en Jamaica, Perú y Trinidad y Tabago prácticamente no hubo modificaciones, y en Haití ocurrieron leves descensos, pero es probable que esto se haya debido a las diferencias en la forma en que se registraron las uniones (véanse las primeras dos columnas del cuadro 3). En general, estos cambios son más o menos coherentes con los leves cambios en la EMDC y los índices I_m. El índice C_m aumentó su importancia en forma moderada en Colombia, México y República Dominicana. En los tres casos, estas variaciones corresponden a cambios en el índice I_m (aunque éstos son menores en tamaño absoluto) y en la EMDC.

Los resultados del índice de anticoncepción se presentan en las columnas 3 y 4 del cuadro 3. El valor medio (geométrico) C_c fue de 0.654 a mediados de los 70, y aumentó enormemente en importancia a mediados de los 80: 0.547. El índice de anticoncepción disminuyó en Haití, como era de esperar, dada la disminución en el porcentaje de uso. Se registraron pequeños aumentos del C_c, 5 puntos en Trinidad y Tabago y en Costa Rica, 8 puntos; y aumentos mayores en otros países: 12 a 13 puntos en Ecuador, Honduras y Perú; 15 puntos en Jamaica; y 19 a 21 puntos en Colombia, México y República Dominicana. La mayoría de estos cambios en el índice son coherentes con los cambios en el uso de anticonceptivos. Las dos excepciones son Costa Rica, donde hay un pequeño descenso en el porcentaje de uso, y Trinidad y Tabago, donde casi no hubo variación. No obstante, un aumento en la eficacia de los métodos empleados podría ser la causa de algunos incrementos en el índice.

En general, la infertilidad postparto sigue siendo el menos importante de los tres determinantes próximos aquí considerados pero, en general, aumentó en importancia para los seis países con mediciones comparables a partir de las encuestas WFS y DHS (véase el cuadro 4). El índice de infertilidad postparto (C_i) fue de 0.830 en los 70 llegando a 0.780 a mediados de los 80. Este índice aumentó levemente su importancia (3 puntos o menos) en México y República Dominicana; creció en forma moderada en Colombia, Costa Rica, Ecuador, Haití y Honduras (4 a 6 puntos); y se elevó ligeramente en Jamaica, Perú y Trinidad y Tabago (7 a 9 puntos). Existe una alta correlación entre la duración de la lactancia y el índice C_i para las 27 observaciones. Además,

los cambios en este índice para los diez países con dos observaciones varían según la duración de la lactancia, excepto en dos casos. Por ejemplo, en México y República Dominicana la duración de la lactancia aumentó levemente (de 0.8 a 0.9 meses); en Colombia, Ecuador y Honduras, aumentó en forma moderada (de 1.3 a 1.7 meses), y en Jamaica, Perú y Trinidad y Tabago, el aumento es significativo (de 2.4 a 3.8 meses). Las dos excepciones a este patrón son Costa Rica y Haití, donde no se experimentó ningún incremento en la duración media de la lactancia, pero cuyas mediciones del C_i muestran un crecimiento moderado en su importancia.

En el cuadro 4 se presentan mediciones alternativas de los índices C_m y C_i. A partir de estas estimaciones resulta evidente que es muy importante emplear las mismas definiciones de los índices, u otras muy similares, al aplicar el modelo para estudiar cambios en estos determinantes próximos. La definición *dentro de la unión* de C_m (basada en el tiempo transcurrido dentro de la unión en los cinco años antes de la entrevista, y en las tasas de fecundidad determinadas por los nacimientos ocurridos en los períodos transcurridos en unión)[4] es notablemente diferente de aquella basada en la proporción de actualmente unidas al momento de la entrevista y en las tasas de fecundidad por edad específica. En los países aquí estudiados, existe una diferencia de 2 a 4 puntos. Las dos versiones del C_i basadas en los datos de la DHS, la medición más exacta basada en la duración reportada de amenorrea y abstinencia, o aquella de la amenorrea solamente, difieren de la que tiene su base en la duración de la lactancia. En tres países, la estimación indirecta produce un C_i levemente más fuerte y, en uno, un C_i ligeramente menor. En Colombia y, específicamente, en Trinidad y Tabago, el efecto de usar solamente la información sobre lactancia produce un C_i mucho mayor; esto se debe aparentemente a una diferencia real entre la duración de la amenorrea reportada y la que se estimaría indirectamente. Una explicación posible de la diferencia en los datos es que el efecto de la lactancia en la infertilidad postparto varía dependiendo de la intensidad y la frecuencia de la primera.

En el cuadro 5 se muestran las tasas globales de fecundidad (TGF) observadas para los períodos inicial y final, así como el nivel de fecundidad estimado por el modelo para el período final. Esta TGF estimada se obtiene tomando la tasa de fertilidad total (TFT) de cada país,

[4] Esta definición se empleó en los análisis nacionales comparados de los datos de la encuesta WFS.

Cuadro 5

DIFERENCIAS ENTRE EL CAMBIO DE LA FECUNDIDAD OBSERVADA Y ESTIMADA, BASADAS EN EL MODELO DE BONGAARTS

País	TGF-observada			TGF-estimada[b]		Diferencia porcentual del cambio (Col 5 - Col 3)
	Inicial[a] (1)	Final (2)	Porcentaje de cambio (3)	Final (4)	Porcentaje de cambio (5)	(6)
Colombia	4.70	3.34	-28.9	2.86	-39.1	-10.2
Costa Rica	3.84	3.69	-3.9	3.25	-15.4	-11.5
Ecuador	5.32	4.33	-18.6	4.28	-19.5	-0.9
Haití	5.50	6.33	15.1	6.62	20.4	5.3
Honduras	6.40	5.60	-12.5	5.11	-20.2	-7.7
Jamaica	5.00	2.90	-42.0	3.65	-27.0	15.0
México	6.18	4.00	-35.3	3.94	-36.2	-1.0
Perú	5.57	4.60	-17.4	4.04	-27.5	-10.1
República Dominicana	5.71	3.81	-33.3	3.40	-40.5	-7.2
Trinidad y Tabago	3.38	3.10	-8.3	2.87	-15.1	-6.8

[a] Estas TGF incluyen todos los nacimientos, a fin de mantener la comparabilidad con la TGF de la encuesta final.

[b] Para el período final, la TGF se estima sobre la base de la tasa global de fertilidad (TF) derivada de la tasa global de fecundidad (TGF) y los índices C_m, C_c y C_i estimados para la encuestas inicial.

dada la TGF real y los tres índices del período inicial, y aplicándole los índices para el período final. Este mismo cuadro presenta el porcentaje de cambio entre la TGF observada y entre la TGF observada del período inicial y la tasa estimada para el período final. Hay que considerar que los cambios estimados en las TGF se refieren a diferentes períodos, por lo que no deberían hacerse comparaciones directas de estos cambios entre países.[5] Las diferencias entre el cambio observado y el cambio estimado están por debajo del 8 por ciento en seis de los diez casos para los que se disponía de información. En Colombia y Perú, las diferencias son levemente superiores (cerca del 10 por ciento), y en Costa Rica y Jamaica la diferencia es aproximadamente de 15 por ciento. Si bien una diferencia positiva sugiere que el modelo no está captando todo el efecto de los determinantes próximos, una diferencia negativa sugiere que el modelo no explica adecuadamente el impacto de los tres determinantes.

[5] El enfoque correcto es comparar las tasas *anuales* de cambio entre los países.

Los resultados del modelo de Bongaarts también pueden descomponerse para dar una idea aproximada de la contribución relativa de los determinantes próximos en el cambio del nivel de fecundidad. Estos resultados se presentan en el cuadro 6. La situación varía de país a país, pero es claro que la anticoncepción es el principal factor que explica el descenso de la fecundidad en los seis países mostrados, seguido igualmente de cambios en la lactancia y en el matrimonio. La contribución relativa de estos tres factores aumenta a más de 100 por ciento del cambio producido, lo que implica que la fertilidad creció durante este período.

Cuadro 6

DESCOMPOSICION PORCENTUAL DEL CAMBIO DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD ENTRE LAS ENCUESTAS WFS Y DHS, PARA LOS SEIS PAISES CON DATOS DE AMBAS ENCUESTAS

País	Total	Factores responsables				
		Matrimonio (1)	Anticoncepción (2)	No susceptibil. postparto (3)	Otros determinantes próximos[a] (4)	Interacción[b] (5)
Colombia	100	26.4	107.0	16.3	-58.6	8.9
Ecuador	100	-18.4	90.2	35.0	-6.3	-0.5
México	100	20.9	81.1	10.8	-4.4	-8.4
Perú	100	11.0	75.0	51.5	-36.2	-1.3
República Dominicana	100	38.4	88.8	9.5	-36.6	-0.1
Trinidad y Tabago	100	0.0	101.8	87.1	-96.0	7.1

[a] Otros determinantes próximos, vale decir, la fecundabilidad natural, la mortalidad intrauterina espontánea y la esterilidad permanente.

[b] "Una función compleja de la fecundidad proporcional cambia debido a los diferentes determinantes próximos", Bongaarts y Potter (1983), p. 107.

V. UN ENFOQUE ALTERNATIVO PARA ESTIMAR EL IMPACTO DE LOS DETERMINANTES PROXIMOS

Se ha propuesto un enfoque alternativo para estimar la contribución de los determinantes próximos en el nivel y en el cambio de la fecundidad; dicho enfoque se describe ampliamente en otros trabajos (véase, Moreno,

1991). Este modelo se deriva del trabajo de Rodríguez y Cleland (1988), quienes formularon el modelo de Page (1977) de fecundidad marital en el marco de los modelos lineales generalizados; y de Coale (1971) y Coale y Trussell (1974), quienes modelaron patrones de fecundidad por edad específica basados en las estructuras (por edad) de la fecundidad marital y las proporciones de las personas en unión. El nuevo modelo se basa en el supuesto común a todos estos modelos, de que en ausencia de un control deliberado de la natalidad, la fecundidad marital sigue un patrón por edad típico denominado fecundidad "natural" (Henry, 1961). Además, se supone que el control de la fecundidad da origen a un patrón distintivo de cambio de la fecundidad natural, el cual es función del tiempo transcurrido desde la primera unión. Las estimaciones de los parámetros del modelo lineal generalizado de fecundidad marital propuesto por Rodríguez y Cleland sirven, a su vez, para relacionar el grado de control de la fecundidad con las mediciones directas de sus determinantes próximos. Finalmente, en el nuevo modelo se supone que las tasas de fecundidad para todas las mujeres pueden ser generadas al combinar la experiencia en fecundidad de la mujer desde la primera unión y su conducta reproductiva antes de este suceso.

1. Tasas de fecundidad según edad

El primer supuesto del modelo se basa en la definición de Coale (1967) acerca de la fecundidad a cualquier edad, *a*, como la suma de dos componentes: la fecundidad de la mujer dentro de la (primera) unión por edad, $f_m(a)$, ponderada por la proporción de las en unión a esa edad, $g(a)$, y la fecundidad de la mujer antes de la primera unión, $f_{pm}(a)$, ponderada en forma similar por la proporción de solteras a cada edad, $[1-g(a)]$,

$$f(a) = g(a)\, f_m(a) + [1-g(a)]\, f_{pm}(a) \qquad (1)$$

Aunque sumar la expresión en (1) a través de todas las edades posibles produciría una estimación de la fecundidad total, la suma de estas tasas produce valores incorrectos de la fecundidad marital total, ya que falsea la tasa de reproducción según duración de la primera unión.

Una solución sería re-expresar la fecundidad por edad específica de la mujer en términos de la duración de la unión en la ecuación (1), y luego estimar la fecundidad total de las mujeres en unión sumando a

través de todas las duraciones de las uniones.[6] Esta solución requiere contar con las tasas de fecundidad marital por edad y duración del matrimonio, $f_m(a,d)$.

2. Fecundidad marital

La representación de la fecundidad marital por edad y duración desde la primera unión hecha por Rodríguez y Cleland (1988) resultó en la construcción de un modelo en el cual el logaritmo de la relación entre la fecundidad marital a una edad y duración dadas, y la fecundidad natural a esa edad es una función lineal del tiempo transcurrido desde la primera unión.

$$\log [f_m(a,d) / n(a)] = \alpha + \beta d \qquad (2)$$

donde n(a) es el patrón de la fecundidad natural por edad, α es un parámetro que representa el nivel de fecundidad natural y β un parámetro que representa la reducción de la fecundidad marital relativa a la fecundidad natural como función de la duración de la unión.

Esta especificación tiene ventajas considerables para describir las tasas de fecundidad en términos de determinantes próximos. En primer lugar, se podría re-expresar como una clase de modelos lineales generalizados, tales como los modelos estadísticos que permiten expresar eventos como una combinación lineal de factores o variables predictivas y un término de error para el cual se dispone de estimaciones de máxima verosimilitud de los parámetros, errores estándares y una estadística χ^2 de bondad de ajuste. Esta formulación implica que se podrían emplear criterios estadísticos bien conocidos para evaluar la magnitud del error implícito en la estimación de la fecundidad. En segundo lugar, ofrece una aproximación simple para la estimación de la fecundidad marital por edad como una función de la duración del matrimonio, a partir de la cual se puede calcular la fecundidad total al sumar (integrar) todas las duraciones. La tercera característica, y la más atractiva, es la posibilidad de representar los parámetros α y β como una función de los determinantes próximos de la fecundidad. Por ejemplo, Rodríguez y Cleland interpretaron estos parámetros como los componentes de espaciamiento y control, respectivamente, con índices I_α (o Indice α), del nivel de fecundidad natural, e I_β (o Indice β) de desviación del patrón

[6] Este concepto de un índice de fecundidad marital (sintético) fue empleado por primera vez por Westoff y Ryder (1977)

de edad de la fecundidad natural causada por las prácticas de espaciamiento o control entre las mujeres en unión en la población bajo estudio. La interpretación de estos índices como medidas de los componentes de espaciamiento y control de la fecundidad marital es precisamente lo que hizo tan atractivo el modelo de Rodríguez y Cleland para vincular los determinantes próximos de la fecundidad a la fecundidad marital de una población, para luego ser usado en la ecuación (1). De hecho, el nuevo modelo propone predecir las tasas de fecundidad empleando una regresión lineal de los índices α y β en las mediciones de los determinantes próximos de la fecundidad.

3. Fecundidad premarital

El otro término de la ecuación (1), $f_{pm}(a)$, se refiere a la fecundidad de la mujer antes de su primera unión, o fecundidad premarital. Frecuentemente, se considera que este componente es poco importante y se desconoce cómo varía la fecundidad antes del matrimonio según la edad o el tiempo transcurrido desde la primera relación. En las etapas exploratorias del estudio se descubrió que, al menos en América Latina, la fecundidad premarital bien podría representar entre un 10 a 15 por ciento de la fecundidad total de las poblaciones en las que se realizaron las encuestas WFS y DHS. Además, la suma de las tasas de fecundidad premaritales parecían ser una función del número de años transcurridos entre la edad media a la menarquia y la primera unión, con una tasa de reproducción probablemente determinada en gran parte por la frecuencia de la relación sexual. Los escasos datos disponibles muestran que el uso de métodos anticonceptivos en estas poblaciones era poco significativo antes de la primera unión y, por lo tanto, la fecundidad en esas edades se podía considerar como no controlada (Singh y Wulf, 1990). A fin de ser coherente con el modelo de fecundidad marital propuesto, se adoptó la misma expresión para estimar la fecundidad marital total que para calcular la fecundidad premarital, suponiendo que $\beta = 0$ (por tanto, independiente de la duración de la unión), y $\alpha = 1.3539$ (representando un nivel de fecundidad natural que es el 20 por ciento del total de la fecundidad natural máxima).[7] Esta formulación implica que la

[7] Este valor fue determinado empíricamente a partir de las encuestas WFS en América Latina y el Caribe, al considerar la relación de la fecundidad premarital total observada con las tasas acumuladas del patrón de fecundidad natural, *n(a)*, entre la edad a *la menarquia*, τ, y la edad media al matrimonio, μ. El patrón de fecundidad natural se toma de Coale y Trussell (1974). La tasa de fecundidad marital total (TFM) se deriva del patrón Coale-Trussell y es de 11.85 hijos por mujer.

fecundidad premarital varía según la edad de acuerdo con el patrón natural, por lo mismo que es difícil de verificar.[8] Sin embargo, para los fines de ajustar las tasas de fecundidad, la aproximación funciona muy bien.

4. Proporción de mujeres en unión

El tercer componente de la ecuación (1), el patrón de la proporción de mujeres en unión en cada edad, g(a), ha sido representado exitosamente por Coale (1971) y Coale y McNeil (1972) en términos de tres parámetros, los que luego fueron replanteados por Rodríguez y Trussell (1980) como la edad media a la (primera) unión, su desviación estándar, y la proporción final de mujeres que llegaron a la (primera) unión. En las etapas exploratorias del modelo aquí propuesto, el uso de las estimaciones de las proporciones de unidas (empleando el modelo de nupcialidad de Coale) dio como resultado una pérdida sustancial de bondad de ajuste de la fecundidad total. Por esta razón, las proporciones observadas de unidas a cada edad se usan como los coeficientes de ponderación en la ecuación (1).

5. Tasa global de fecundidad

En resumen, el modelo propone medir la fecundidad total como una combinación de las tasas de fecundidad premarital y marital, donde la última se puede interpretar en términos de un componente de espaciamiento y un componente de control.

$$TGF = 0.25 \int_0^{\mu} [1-g(a)]\, n(a)da + \int_{\mu}^{50} g(y)\, n(y) \exp\{\alpha + \beta(y-\mu)\}dy. \quad (3)$$

A su vez, los determinantes próximos de la fecundidad estarán estrechamente vinculados a la tasa de fecundidad total a través de su ralación con los índices α y ß.

Por último, expresando la fecundidad total en términos de la edad a la unión y las proporciones de unidas, así como, los factores de espaciamiento y control, es posible descomponer los cambios en las tasas a través del tiempo. Existen técnicas estadísticas bien conocidas para este propósito (Kim y Strobino, 1984; Nathanson y Kim, 1989). Más aún, es

[8] Por ejemplo, la fecundidad premarital virtualmente carece de importancia en China, India y los países musulmanes. Por esa razón, el nivel de fecundidad natural total máxima, α, sería cercano a cero en estas sociedades.

posible descomponer el elemento de espaciamiento para identificar un efecto que es aproximadamente el mismo que el de la infertilidad postparto.[9] En este artículo, presentamos un resumen de los resultados derivados de este nuevo modelo, que permitan la comparación con las estimaciones de Bongaarts de la contribución de los determinantes próximos.

El cuadro 7 compara la contribución relativa de los tres principales determinantes próximos en la variación de la fecundidad, según el modelo Bongaarts y el nuevo modelo propuesto. Los resultados que se presentan se basan en el efecto principal de cada factor, así como el cambio en la TGF debido a la variación observada en un factor determinado considerando constantes los otros dos. Ambas estimaciones ignoran los errores en la medición de las variables concomitantes. Esta comparación sólo fue pósible para los seis países que cuentan con encuestas WFS y DHS.

En el cuadro 7, presentamos la contribución total y porcentual en el cambio de la TGF atribuible al matrimonio, la anticoncepción y la infertilidad postparto, según los modelos de Bongaarts y el nuevo.[10]

Los resultados parecen confirmar las afirmaciones de Reinis (publicación en prensa) acerca de que el primer modelo parece haber exagerado el efecto del matrimonio. Mientras el procedimiento de Bongaarts siempre predice un descenso de la fecundidad debido al retraso del matrimonio (salvo en el caso de Ecuador), el nuevo modelo sugiere aumentos de la fecundidad a causa de este factor en Ecuador, Perú y Trinidad y Tabago. El impacto del uso de anticonceptivos es menor según el modelo de Bongaarts, que según el nuevo modelo en Ecuador, México y Perú, lo que indica que este último recoge los cambios de la fecundidad atribuibles a uso de anticonceptivos no solamente para fines de control, sino también de espaciamiento. Finalmente, el impacto previsto de la infertilidad postparto es, según el enfoque de Bongaarts, por lo menos el doble en todos los países, en contraste con el modelo aquí propuesto.

[9] Se basa en un modelo del componente de espaciamiento (Indice α), en el cual este índice se define como una función de la proporción de mujeres de paridez 4 que usan anticonceptivos para espaciar la eficacia del uso, y la duración media de la lactancia, en meses.

[10] En el nuevo modelo, las cifras presentadas corresponden a la contribución total y porcentual del cambio *estimado* en la fecundidad total entre las encuestas WFS y DHS, debido a las variaciones en los determinantes próximos y no al cambio *observado* en la fecundidad. Esto podría ser una limitación del nuevo modelo, ya que la descomposición propuesta sólo se puede efectuar en el cambio estimado de la fecundidad total, el que está sujeto a importantes fuentes de error.

Cuadro 7

COMPARACION ENTRE EL MODELO DE BONGAARTS Y EL NUEVO, RESPECTO DE LA CONTRIBUCION TOTAL Y PORCENTUAL EN EL CAMBIO PREVISTO DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD ENTRE LAS ENCUESTAS WFS Y DHS DEBIDO AL MATRIMONIO, EL USO DE ANTICONCEPTIVOS Y LA NO SUSCEPTIBILIDAD POSTPARTO. MODELOS DE EFECTOS PRINCIPALES

País	Cambio en la TGF	Matrimonio	No susceptibilidad pos-parto	Anticoncepción	Interacciones
Colombia					
Bongaarts*	-1.36	-0.36	-0.22	-1.45	0.68
		(26.4)	(16.3)	(107.0)	(-49.7)
Moreno	-1.36	-0.28	-0.08	-1.14	0.14
		(20.6)	(5.9)	(83.8)	(-10.3)
Ecuador					
Bongaarts	-0.99	-0.18	-0.35	-0.89	0.07
		(-18.4)	(35.0)	(90.2)	(-6.8)
Moreno	-0.71	0.20	-0.11	-0.82	0.02
		(-28.2)	(15.5)	(115.5)	(-2.8)
México					
Bongaarts	-2.17	-0.45	-0.23	-1.76	0.27
		(20.9)	(10.8)	(81.1)	(-12.8)
Moreno	-1.62	-0.14	-0.08	-1.56	0.16
		(8.6)	(4.9)	(96.3)	(-9.8)
Perú					
Bongaarts	-1.21	-0.13	-0.62	-0.91	0.45
		(11.0)	(51.5)	(75.0)	(-37.5)
Moreno	-1.37	0.15	-0.24	-1.39	0.11
		(-11.0)	(17.5)	(101.5)	(-8.0)
República Dominicana					
Bongaarts	-1.90	-0.73	-0.18	-1.69	0.70
		(38.4)	(9.5)	(88.8)	(-36.7)
Moreno	-1.44	-0.41	-0.07	-1.06	0.10
		(27.7)	(4.9)	(73.6)	(-6.2)
Trinidad y Tabago					
Bongaarts	-0.28	0.00	-0.24	-0.29	0.25
		(0.0)	(87.1)	(101.8)	(-88.9)
Moreno	0.32	0.15	-0.31	0.47	0.01
		(46.9)	(-96.9)	(146.9)	(3.1)

( ) Las cifras entre paréntesis se refieren a los cambios porcentuales.

*Según el modelo de Bongaarts, los resultados se basan en el C_m al momento de la entrevista y en el C_i estimado con información sobre la duración de la lactancia. La columna de interacciones combina "otros determinantes próximos" y un término de "interacción" (véase el cuadro 6, columnas 4 y 5).

VI. DISCUSION

1. Resultados del modelo de Bongaarts

Los resultados del modelo de Bongaarts sugieren que el aumento en el uso de anticonceptivos es la principal causa del sustancial descenso de la fecundidad ocurrido en América Latina entre la década de los 70 y la de los 80. Comparativamente, la variación en la duración de la lactancia y en los patrones maritales explicaba sólo parcialmente el cambio de la fecundidad. En tres de los seis casos estudiados aquí, el matrimonio contribuyó más que la lactancia, y en los otros tres la lactancia fue más importante (véase el cuadro 6).

Para interpretar los resultados a partir del modelo de Bongaarts, es importante recordar que cada índice mide el efecto de un determinante próximo de la fecundidad, suponiendo que los otros determinantes permanecen constantes. Esto puede llevar a algunas dificultades de interpretación, puesto que los cambios de un índice pueden realmente provocar variaciones en otro. Por ejemplo, si aumenta la edad al matrimonio, ello puede verse acompañado de un mayor uso de anticonceptivos entre las mujeres no unidas, las que, según el modelo de Bongaarts, no están expuestas al riesgo de embarazo. Por el contrario, si aumentare la edad al matrimonio y no creciere la proporción de mujeres no unidas que tienen relaciones sexuales, el nivel de uso entre las mujeres unidas debería aumentar para que el índice de anticoncepción permaneciere invariable.

Los resultados presentados anteriormente acentúan también la importancia del hecho que, en los análisis del cambio de la fecundidad, los índices procedentes de diferentes fuentes, por ejemplo, de encuestas, deberían ser comparables. Los resultados variarán significativamente si la definición para construir los índices difieren entre encuestas. Tal variación podría surgir debido a la limitación de los datos o porque no es posible calcular los índices directamente a partir de las cintas de datos y para ello se emplean las estimaciones publicadas. A la luz de nuestra experiencia en los análisis presentados, recomendamos utilizar los grupos de índices más comparables para analizar los cambios entre dos períodos, aun cuando esto signifique renunciar a mediciones más exactas tanto de una como de otra encuesta.

2. Resultados del modelo alternativo

El nuevo modelo estima la contribución de cada componente del cambio –matrimonio, espaciamiento y control– en las tasas globales de fecundidad. [11] Sin embargo, como se analiza en otros trabajos (véase, Moreno, 1991), las estimaciones de los factores de espaciamiento y control no se pueden comparar directamente con los índices de Bongaarts, ni tampoco constituyen efectos *multiplicativos*. Sólo el efecto del matrimonio es directamente comparable con el efecto de un cambio en el índice C_m. La razón es que el componente de espaciamiento (Indice α) está correlacionado con el uso de métodos anticonceptivos. Por esta razón, se necesita calcular un efecto "puro" atribuible a la infertilidad postparto. [12]

El modelo alternativo muestra que la mayor parte del cambio en las tasas de fecundidad se debe al aumento en el uso de anticonceptivos (véase el cuadro 7). En todos los países, este factor explica al menos el 70 por ciento de los cambios en las tasas y, en casos como Ecuador y Perú, el solo cambio en el uso de anticonceptivos para el control y el espaciamiento habría contribuido a un descenso mayor en la fecundidad que los cambios observados en las tasas. En todos los países, la no-susceptibilidad postparto contribuyó sólo en forma marginal a disminuir la fecundidad, excepto en Trinidad y Tabago. Finalmente, los cambios en la edad al matrimonio y la proporción de mujeres en unión contribuyen a reducir la fecundidad en Colombia, México y República

[11] Esta descomposición se mide como la suma de un *efecto principal*, es decir la diferencia en las TGF debida al cambio observado en los factores correspondientes, manteniendo constantes los otros dos; y la suma de una combinación lineal de cuatro *interacciones*. En el caso de este modelo –de tres factores–, existen tres interacciones de segundo orden y una de tercer orden. Las primeras se calculan como las diferencias en las TGF debidas al cambio en dos de los componentes a la vez, manteniendo constante el tercer factor, mientras que la última se calcula como la diferencia en las tasas de fecundidad cuando se cambian simultáneamente los tres componentes.

[12] El efecto estimado del factor de espacimiento fue descompuesto en sus subcomponentes: la duración de la lactancia materna, el uso de métodos anticonceptivos con fines de espaciamiento, y la eficacia del uso. La contribución de los dos últimos debería agregarse a la del uso de anticonceptivos con propósitos de control -el índice ß; esta nueva estimación sería más comparable con la del modelo de Bongaarts. A su vez, el efecto atribuido a la lactancia materna podría compararse más correctamente con la contribución del índice C_i. Para simplificar los cálculos, esta descomposición se efectuó sólo para determinar el efecto principal del componente de espaciamiento. La consecuencia de concentrarse en el efecto principal de un factor específico, como el espaciamiento, será sobrestimar (en términos absolutos y porcentuales) su contribución al cambio de la fecundidad en una cantidad que depende de la magnitud de las interacciones.

Dominicana, y el modelo sugiere aumentos de la fecundidad a causa de este factor en Ecuador, Perú y Trinidad y Tabago.

3. Comparación de los resultados de los dos modelos

Los resultados presentados anteriormente sugieren que el modelo de Bongaarts estima un mayor impacto del matrimonio que el nuevo enfoque. Mientras que los resultados del primer modelo muestran que el cambio en el matrimonio provocó un aumento de la fecundidad sólo en un país, el nuevo modelo sugiere aumentos de la fecundidad debidos a este factor en tres países: Ecuador, Perú y Trinidad y Tabago. En éstos, la edad al matrimonio descendió o se mantuvo invariable. El impacto del uso de anticonceptivos es menor en el modelo de Bongaarts que en el nuevo en Ecuador, México y Perú, lo que sugiere que en estos países el último modelo recoge los cambios de la fecundidad atribuibles al uso de anticonceptivos no sólo con fines de control (componente de control), sino también con fines de espaciamiento. Finalmente, según el enfoque de Bongaarts, el impacto previsto de la infertilidad postparto es por lo menos el doble en todos los países que según el modelo aquí propuesto. En suma, ambos modelos concuerdan en que la mayor parte del descenso de la fecundidad entre mediados de los 70 y de los 80 en América Latina y el Caribe sería atribuible a un aumento en la proporción de mujeres que usan métodos anticonceptivos a fin de controlar el número de hijos o para espaciar sus nacimientos. Sin embargo, si consideramos los otros dos determinantes (matrimonio y no-susceptibilidad postparto), pensamos que los resultados del nuevo modelo describen mejor su contribución al cambio de la fecundidad.

En ambos enfoques los resultados deben considerarse con cautela, puesto que estos modelos intentan explicar el impacto de los determinantes próximos en el cambio de las tasas de fecundidad *por período* y no en las tasas de fecundidad por cohorte. Es probable que la importancia relativa de los tres factores medidos aquí considerados sería algo diferente si pudiere estimarse su contribución al cambio de la fecundidad de una cohorte. Otra limitación de los resultados de ambos modelos para las regiones de América Latina y el Caribe es la omisión de la contribución del aborto inducido al descenso de la fecundidad. Estimaciones indirectas del nivel de aborto en los tres países aquí estudiados (Brasil, Colombia y Perú) muestran que este factor es importante, y es probable que el aborto también sea significativo en otros países latinoamericanos y del Caribe (Singh y Wulf, 1991).

La lección más importante de este análisis es que, dado lo intrincado de la reproducción humana, los modelos propuestos para evaluar la importancia de los más relevantes factores limitantes de la fecundidad generan resultados que deben ser considerados sólo como aproximaciones básicas a los efectos reales.

BIBLIOGRAFIA

Balkaran, S. y B. Ferry (1984), *Socioeconomic Differentials in Breastfeeding*, Londres, Encuesta Mundial de Fecundidad, inédito.

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

—— (1982), "The Fertility-inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables", *Studies in Family Planning*, 13.

Bongaarts, J. y R. G. Potter (1983), *Fertility, Biology and Behaviour*, Nueva York, Wiley.

Casterline, J. B. y otros (1984), *The Proximate Determinants of Fertility*, serie World Fertility Survey Comparative Studies, No. 39. Voorburg, International Statistical Institute.

Coale, A. J. (1967), *Factors Associated with the Development of Low Fertility: An Historic Summary*, Conferencia Mundial de Población, Belgrado, 1965, Proceedings, vol. II.

—— (1971), "Age Patterns of Marriage", *Population Studies*, 25.

Coale, A.J. y D. R. McNeil (1972), "The Distribution by Age at First Marriage in a Female Cohort", *Journal of the American Statistical Association*, 67.

Coale, A. J. y T. J. Trussell (1974), "Model Fertility Schedules: Variations in the Age Structure of Childbearing in Human Populations", *Population Index*, 40.

Davis, K. y J. Blake (1956), "Social Structure and Fertility: An Analytic Framework", *Economic and Development and Cultural Change*, 4.

Ferry, B. y D. Smith (1983), *Breastfeeding Differentials*, serie World Fertility Survey Comparative Studies, Nº 23. Voorburg, International Statistical Institute.

Gaslonde, S. y A. Bocaz (1970), *Método para medir variaciones en el nivel de fecundidad*, Serie A, Nº 118, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía.

Henry, L. (1961), "Some Data on Natural Fertility", *Eugenics Quarterly*, 8.

Hobcraft, J. y R. J. Little (1984), "Fertility Exposure Analysis: A New Method for Assessing the Contribution of Proximate Determinants of Fertility Differentials", *Population Studies*, 38.

Kim, J. y D. M. Strobino (1984), "Decomposition of the Difference between two Rates with Hierarchical Factors", *Demography*, 21.

Menken, J. (1984), *Estimating Proximate Determinants: A Discussion of Three Methods Proposed by Bongaarts, Hobcraft and Little, and Gaslonde and Carrasco*, documento presentado al Seminar on Integrating Proximate Determinants into the Analysis of Fertility Levels and Trends, IUSSP y WFS, Londres, 1984.

Moreno, L. (1991), "An Alternative Model of the Impact of the Proximate Determinants on Fertility Change: Evidence from Latin America", *Population Studies*, 45.

Naciones Unidas (1987), "Fertility Behaviour in the Context of Development: Evidence from the World Fertility Survey", serie *Population Studies*, Nº 100.

Nathanson, C. y Y. J. Kim (1989), "Components of Change in Adolescent Fertility 1971-1979", *Demography*, 26.

Page, H. (1977), "Patterns Underlying Fertility Schedules: A Decomposition by Both Age and Marriage Duration", *Population Studies*, 30.

Reinis, K., "The Impact of the Proximate Determinants of Fertility: Evaluating the Bongaarts and Hobcraft-Little Methods of Estimation", *Population Studies* (en prensa).

Rodríguez, G. y J. Cleland (1988), "Modelling Marital Fertility by Age and Duration: an Empirical Appraisal of the Page Model", *Population Studies*, 42.

Rodríguez, G. y T. J. Trussell (1980), "Maximum Likelihood Estimation of the Parameters of Coale's Nuptiality Schedule from Survey Data", *World Fertility Survey Technical Bulletins*, 7. Voorburg, International Statistical Institute.

Singh, S. y D. Wulf (1990), *Today's Adolescents, Tomorrow's Parents: A Portrait of the Americas*, Nueva York, The Alan Guttmacher Institute.

—— (1991), "Estimating Abortion Levels in Brazil, Colombia and Peru, Using Hospital Admissions and Fertility Survey Data", *International Family Planning Perspectives*, 17.

LA TRANSICION DE LA FECUNDIDAD EN AMERICA LATINA

Juan Chackiel
Susana Schkolnik
(CELADE)

RESUMEN

América Latina tenía altas tasas de fecundidad en la década de los 50 y comienzos de los 60 comenzando, a partir de entonces, un pronunciado descenso en muchos países de la región. No obstante, existe todavía una gran heterogeneidad, ya que hay países que se encuentran en una etapa muy avanzada de la transición, incluso con tasas menores a las de reemplazo, mientras que otros están recién al comienzo del proceso.

En este artículo se analiza el comportamiento de la fecundidad en el período 1950-1990, clasificando a los países según la etapa en que se hallan en este proceso de cambio. Se examina también el descenso de la fecundidad según la edad de las mujeres, encontrándose que éste se produce con mayor fuerza en las mujeres mayores de 30 años, probablemente por la expansión de los programas de planificación familiar.

Se incorporaron al análisis las tendencias observadas de la fecundidad según grado de urbanización, nivel de instrucción alcanzado por las madres y estrato ocupacional de los jefes de hogar. Se comprueba que la transición comenzó primero en las zonas más urbanizadas y en los estratos medios y altos. Sin embargo, se observa también un descenso importante de la fecundidad en zonas rurales y sectores de bajo nivel educativo en aquellos países en que los sectores más privilegiados ya

han alcanzado niveles bajos. En los países con transición más incipiente el descenso ya ha comenzado en las áreas urbanas, aunque con una tendencia a la estabilización, mientras aún no comienza claramente el cambio en las áreas rurales y en los sectores sociales más desfavorecidos.

(TENDENCIAS DE LA FECUNDIDAD) (FECUNDIDAD DIFERENCIAL)

(BAJA DE LA FECUNDIDAD)

FERTILITY TRANSITION IN LATIN AMERICA

SUMMARY

Latin America was a high fertility region during the 1950s and beginning of the 1960s. A transition to lower fertility was observed since then in many countries. There is, however, a great deal of heterogeneity among them: while some countries are in an advanced stage of the fertility transition –some even with fertility rates under the replacement level– others are still at the beginning of this process.

In this article fertility behaviour is analyzed between 1950 and 1990, and Latin American countries are classified according to the stages of the transition process. The analysis of fertility decline by age of women indicates that the decrease was more pronounced in women 30 years and over, due principally to a broader access to family planning services.

Differences in fertility behaviour by level of urbanization, education and occupation were also analyzed. It is shown that the fertility transition began in the more urbanized areas and middle-high socio-economic strata. In the last two decades, however, an important decline in fertility is also observed in rural areas and low educational groups in those countries where high socio-economic groups have already attained low fertility levels. In countries where fertility decline is more recent, this process has already started in urban areas although some show a trend towards stabilization. Declines have not been detected as yet in the rural areas or among the poor in this last set of countries.

(FERTILITY TRENDS) (FERTILITY DECLINE)
(DIFFERENTIAL FERTILITY)

INTRODUCCION

En la década de los 50 y comienzos de los 60, América Latina era la región de mayor crecimiento de población en el mundo, con una tasa media anual de 2.8 por ciento. Este alto crecimiento se debía a los importantes descensos de la mortalidad que ocurrían en varios países de la región, mientras que la fecundidad permanecía en niveles altos e, incluso, en muchos países, mostraba un aumento. En esos años la tasa global de fecundidad era, en promedio, de 6 hijos por mujer aunque en varios países alcanzaba a más de 7 hijos.

A partir del segundo quinquenio de la década de los 60, comienza a observarse en algunos países el proceso de transición de la fecundidad que poco a poco se va extendiendo a casi toda la región. En 20 años se llega a una fecundidad un 34 por ciento más baja, lo que sólo implica una reducción de aproximadamente un 22 por ciento en la tasa de crecimiento, debido a la muy joven estructura por edades de su población y a la continuación de la baja de la mortalidad.

Este proceso de cambio en la fecundidad se ha dado en forma muy diferente en los distintos países de América Latina y al interior de éstos. En el período 1960-1965 el rango de variación de la tasa global de fecundidad entre países era de 2.9 a 7.4 hijos por mujer, lo que se ampliaba mucho más si se consideraban subpoblaciones con condiciones de vida extremadamente opuestas.

Este artículo tiene por objeto describir la forma en que ha evolucionado la fecundidad desde 1950 hasta nuestros días, mostrando la diversidad de patrones observados en los países. Se documenta la etapa en que éstos se encuentran en el proceso de transición y los cambios en la fecundidad total y por grupos de edades. Para mostrar, además, la heterogeneidad dentro de los países, se analiza el comportamiento diferencial de la fecundidad de acuerdo con el grado de urbanización, el nivel de instrucción alcanzado por las madres y la condición socio-ocupacional de los jefes de hogar.

I. MEDICION Y FUENTES DE DATOS

Para examinar la situación actual y los cambios en el tiempo de la fecundidad se utilizarán aquellos indicadores que, con mayor facilidad, permiten visualizar la situación de los países y efectuar comparaciones entre ellos. Estos son, la tasa global de fecundidad, las tasas de fecundidad por grupos de edades y el número de nacimientos anuales, en especial, los que corresponden a los grupos de mayor riesgo de la salud: mujeres menores de 20 años y mayores de 34.

Este documento se basa, entre otras fuentes, en las estimaciones y proyecciones elaboradas conjuntamente por organismos nacionales y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), que se encuentran actualmente vigentes. Las estimaciones se elaboran sobre la base de información proveniente de los censos de población, estadísticas vitales y encuestas, cuyos datos son evaluados y procesados con metodologías adecuadas a cada caso, incluyendo los métodos indirectos de estimación. El uso de la información proveniente de estas estimaciones, evaluadas y corregidas, se justifica fundamentalmente por las deficiencias que tienen en la mayoría de los países de América Latina las estadísticas vitales. Estas adolecen generalmente de omisiones y falta de homogeneidad de los registros, tanto en el tiempo como entre los países.

Muchos de los países no cuentan con estimaciones recientes de fecundidad, por lo que en esos casos los indicadores utilizados en los últimos años provienen de la variante "media" de las proyecciones de población.

Otra información básica utilizada en este documento es la que se deriva de los resultados de los estudios nacionales de la Encuesta Mundial de Fecundidad y de la Encuesta Demográfica y de Salud así como de estudios específicos realizados en el marco del proyecto Investigación de la Fecundidad mediante el Método de los Hijos Propios en países de América Latina (IFHIPAL), del CELADE, con datos provenientes de los últimos censos de población. Esta información servirá de apoyo en algunos casos para verificar las cifras derivadas de las estimaciones y proyecciones de población y permitirá, asimismo, examinar ciertas tendencias diferenciales de la fecundidad según categorías geográficas y socioeconómicas al interior de algunos países.

II. TRANSICION DE LA FECUNDIDAD EN AMERICA LATINA

Para la región en su conjunto, la información utilizada permite inferir que en el lapso que va desde 1950-55 a 1985-90 se ha producido un descenso importante de la fecundidad, cuyo ritmo es variable según los países.

El cuadro 1 muestra los valores de la tasa global de fecundidad, para la región en su conjunto y los respectivos países. Se observa que la tasa global de fecundidad alcanzó niveles promedio de 6 hijos por mujer hasta el quinquenio 1960-65. En 1985-90, el número medio de hijos por mujer descendió a 3.4 hijos previéndose, de acuerdo con una hipótesis media de descenso de la fecundidad en el futuro, que puede llegar a 2.8 hijos hacia fines del siglo.

Cuadro 1

AMERICA LATINA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR QUINQUENIOS, SEGUN PAISES. 1950-2000

Países	Quinquenios									
	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000
América Latina	**5.9**	**5.9**	**6.0**	**5.6**	**5.0**	**4.4**	**3.9**	**3.4**	**3.1**	**2.8**
Argentina	3.2	3.1	3.1	3.1	3.2	3.4	3.2	3.0	2.8	2.7
Bolivia	6.8	6.7	6.6	6.6	6.5	6.2	5.5	5.0	4.6	4.1
Brasil	6.2	6.2	6.2	5.3	4.7	4.2	3.8	3.2	2.8	2.4
Colombia	6.8	6.8	6.8	6.3	4.7	4.1	3.5	2.9	2.7	2.5
Costa Rica	6.7	7.1	7.0	5.8	4.3	3.9	3.5	3.4	3.1	3.0
Cuba	4.1	3.7	4.7	4.3	3.5	2.1	1.9	1.8	1.9	2.0
Chile	5.1	5.3	5.3	4.4	3.6	2.9	2.8	2.7	2.7	2.6
Ecuador	6.9	6.9	6.9	6.7	6.1	5.4	4.7	4.1	3.6	3.2
El Salvador	6.5	6.8	6.9	6.6	6.1	5.7	5.0	4.5	4.0	3.6
Guatemala	7.1	6.9	6.9	6.6	6.5	6.4	6.1	5.8	5.4	4.9
Haití	6.3	6.3	6.3	6.0	5.8	5.4	5.2	5.0	4.8	4.6
Honduras	7.1	7.2	7.4	7.4	7.4	6.6	6.2	5.6	4.9	4.3
México	6.8	6.8	6.8	6.7	6.4	5.0	4.3	3.6	3.2	2.8
Nicaragua	7.4	7.4	7.4	7.2	6.8	6.4	6.0	5.6	5.0	4.5
Panamá	5.7	5.9	5.9	5.6	4.9	4.1	3.5	3.1	2.9	2.7
Paraguay	6.8	6.8	6.8	6.4	5.7	5.1	4.8	4.6	4.3	4.1
Perú	6.9	6.9	6.9	6.6	6.0	5.4	4.7	4.0	3.6	3.2
República Dominicana	7.4	7.4	7.3	6.7	5.6	4.7	4.2	3.8	3.3	3.0
Uruguay	2.7	2.8	2.9	2.8	3.0	2.9	2.6	2.4	2.3	2.3
Venezuela	6.5	6.5	6.5	5.9	5.0	4.5	3.9	3.5	3.1	2.9

Fuente: América Latina: CELADE, Proyecciones de Población vigentes.

Con fines descriptivos se ha clasificado la fecundidad en cuatro niveles según los valores de la tasa global de fecundidad. Los rangos de variación son: baja, hasta 3 hijos por mujer; media baja, de 3.1 a 4.4; media alta, de 4.5 a 5.4; y alta, de 5.5 y más. Cabe mencionar, sin embargo, que estos límites son arbitrarios y la asignación de los países a cada uno de los grupos puede ser flexible.

Un fenómeno interesante se refiere al hecho que en varios casos, independientemente de los niveles de la tasas globales de fecundidad previos al descenso de la misma, se observaba un aumento en las décadas del 50 y del 60. Esto podría estar ligado a las mejorías en las condiciones de vida de la población que, antes de cambiar su patrón reproductivo, permitió aumentar el número de hijos tanto por las mejores condiciones de salud de la mujer como por las mayores posibilidades económicas para solventar la crianza de los niños.

El cuadro 2 muestra que de los países con fecundidad alta en 1950-55 sólo quedan tres que mantienen esta característica en 1985-90 (Guatemala, Honduras y Nicaragua). Otros cuatro (Bolivia, El Salvador, Haití y Paraguay) han pasado a ser países de fecundidad media alta y, de los once restantes que integraban este grupo de alta fecundidad, ocho de ellos (Brasil, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela) tienen ahora fecundidad media baja, en tanto que un país tiene una fecundidad baja (Colombia). Los otros países que tienen una fecundidad baja presentaban en el pasado una situación más heterogénea en cuanto al nivel de su fecundidad. Entre los países que tenían en el pasado fecundidad media alta se

Cuadro 2

AMERICA LATINA: PAISES SEGUN NIVELES DE FECUNDIDAD EN 1950-55 Y EN 1985-90

Nivel de fecundidad 1950-55	Nivel de fecundidad 1985-90			
	Alta	Media alta	Media baja	Baja
Alta	Guatemala Honduras Nicaragua	Bolivia El Salvador Haití Paraguay	Brasil - Costa Rica Ecuador - México Panamá - Perú República Dominicana Venezuela	Colombia
Media alta				Chile
Media baja				Argentina - Cuba
Baja				Uruguay

Fuente: Cuadro 1.

encuentra Chile, mientras que entre los que tenían baja y media baja, se cuentan Argentina, Cuba, y Uruguay.

El gráfico 1 permite apreciar que aún hay nueve países que en 1985-90 poseen una fecundidad de 4 hijos o más.

Esta situación revela que, en la actualidad, la mayoría de los países de la región ha pasado a mostrar signos inequívocos de haber entrado en la fase de transición de la fecundidad y que los procesos que este descenso ha desencadenado provocarán en el futuro cambios importantes en el crecimiento y estructura por edad de sus poblaciones.

Las estimaciones de fecundidad en algunos países tienden a ser coincidentes con aquellas que provienen de las encuestas demográficas y de salud realizadas últimamente, dado que en varios casos han servido como información base –junto con otras fuentes– para la revisión de las proyecciones. En general, las encuestas estarían reflejando una realidad reciente sobre hechos no previstos, al menos en su intensidad, acaecidos en un pasado más cercano, por lo que motivan constantes revisiones de las proyecciones nacionales de población.

Clasificación de los países según el nivel de la fecundidad

Para facilitar la descripción del comportamiento de la fecundidad, los países de América Latina, a partir del cuadro 2, se han clasificado en grupos según el nivel alcanzado por la tasa global de fecundidad en el quinquenio 1985-90 y el nivel observado en 1950-55, a comienzos del período en estudio.

Grupo 1: Fecundidad baja

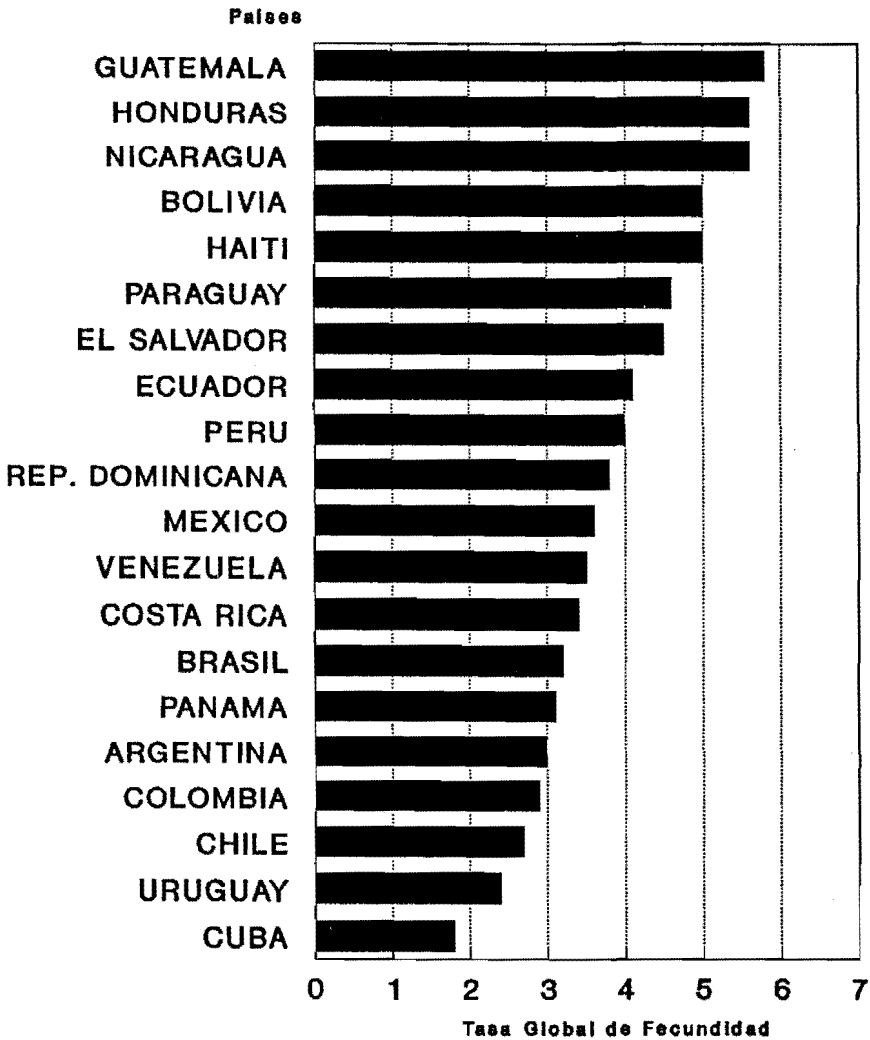
En este grupo pueden distinguirse tres subgrupos según el nivel de la fecundidad a comienzos del período en estudio:

a) En este subgrupo se encuentran Argentina y Uruguay, países donde el descenso de la fecundidad se ha iniciado con mucha anterioridad al período en estudio, hacia fines del siglo pasado. A mediados de este siglo ambos países ya tenían una tasa global de fecundidad similar a la que tienen actualmente (3.2 y 2.7 hijos por mujer, respectivamente, en 1950-55).

b) En Cuba y Chile, por su parte, recién se aprecia el descenso de la fecundidad después del período 1960-65. En el primer caso, de una tasa global de 4.7 hijos por mujer ha pasado a ser el país de menor fecundidad en la región, por debajo del nivel de reemplazo (1.8), lo que puede conducir en el futuro a un crecimiento negativo de su población. En Chile se observa también una caída acentuada de la fecundidad, desde

Gráfico 1

AMERICA LATINA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD POR PAIS, 1985-1990



Fuente: Cuadro 1.

un nivel de 5.3 hijos por mujer en ese mismo quinquenio a 2.7 en 1985-90.

c) Dentro de este grupo Colombia es el que más se destaca por el descenso de la fecundidad en el período, pasando de un extremo al otro de la clasificación. Este país ha transitado desde un nivel de fecundidad de casi 7 hijos por mujer al comienzo del período hasta 2.9 en 1985-90.

Grupo 2: Fecundidad media baja

En este grupo se encuentra el mayor número de países y los que se destacan por un importante descenso de la fecundidad en los últimos 40 años ya que, de una fecundidad de seis y siete hijos por mujer en 1950-55 han pasado a niveles que oscilan entre tres y cuatro hijos. Este grupo está formado por Brasil, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela. Entre todos estos países sobresalen los casos de Costa Rica y República Dominicana ya que a pesar de tener tasas muy elevadas al comienzo del período (6.7 y 7.4 hijos por mujer, respectivamente), muestran, aproximadamente a partir de 1965-70, un descenso más acentuado que los restantes países, lo cual hace que el descenso entre 1950-55 y 1985-90 haya sido de casi un 50 por ciento. En este grupo se encuentra un alto porcentaje de la población de América Latina.

Grupo 3: Fecundidad media alta

Este grupo está constituido por Bolivia, El Salvador, Haití y Paraguay, los cuales pasaron de un promedio de alrededor de 7 hijos por mujer a menos de 5. En estos países, con excepción de Bolivia, la disminución de la fecundidad se inició entre los quinquenios 1965-70 y 1970-75 aunque con diferentes ritmos de descenso. En el caso de Bolivia, podría decirse que recién en el quinquenio 1975-80 se advierte con claridad la tendencia al descenso. En Haití, según una encuesta reciente, se ha sugerido la posibilidad de un aumento en los últimos años (Cayemittes y Chahnazarian, 1989).

Grupo 4: Fecundidad alta

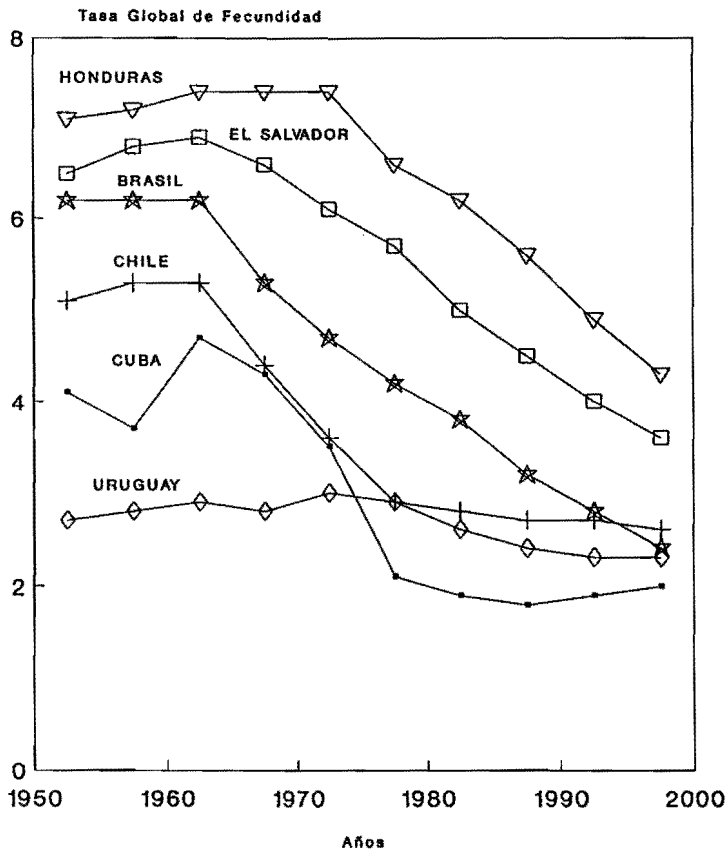
En este grupo se encuentran Guatemala, Honduras y Nicaragua, países que si bien han disminuido su fecundidad en el período, han tenido un descenso aún menor que el grupo anterior. En cuanto al momento en que se inició el descenso, también es más tardío que en los demás casos. Se puede decir que en Nicaragua la fecundidad comienza a disminuir a partir de 1970-75; en Honduras esto se advierte en 1975-80, y en Guatemala recién en 1980-85 se observa algún cambio significativo en

este indicador a nivel del total del país. Se prevé, sin embargo, que hacia fines del período, en el quinquenio 1995-2000, estos países lleguen a tener un nivel de fecundidad que aquí se ha denominado "media alta", con valores inferiores a 5 hijos por mujer.

A modo de síntesis, el gráfico 2 muestra los diferentes tipos de cambio de la fecundidad entre 1950 y el año 2000 en cada uno de los grupos de países. Además de observarse las distintas etapas de la transición en que se ubican los países, se puede ver claramente el fenómeno ya mencionado de aumento de la fecundidad en la década de los 50 y de los 60, independientemente de los niveles de aquella.

Gráfico 2

AMERICA LATINA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD EN PAISES SELECCIONADOS, 1950-2000



Fuente: Cuadro 1.

III. LA ESTRUCTURA POR EDAD DE LA FECUNDIDAD EN AMERICA LATINA

1. Situación actual y cambios entre 1950-55 y 1985-90

Tomando como referencia los quinquenios 1950-55 y 1985-90 se analizan las tasas de fecundidad por edad según grupos quinquenales dentro del período fértil de las mujeres, entre los 15 y los 49 años. En el cuadro 3 se pueden observar estas tasas para los veinte países de América Latina. En general, la tasas de fecundidad por edad se presentan según tres patrones típicos: cúspide temprana, con el máximo entre los 20-24 años; cúspide tardía, con el máximo entre los 25-29 y cúspide dilatada, con un máximo que se extiende entre los 20-29 años, con tasas muy similares en los grupos quinquenales de 20-24 y 25-29 años. En el gráfico 3 se muestran los patrones de fecundidad por edad de países seleccionados de acuerdo con el nivel de la tasa global de fecundidad en el quinquenio 1985-90.

En cuanto a los cambios en el tiempo, se observa que hay un cierto número de países (siete) que ha mantenido la estructura por edad de la fecundidad, por lo menos en lo que se refiere a la edad cúspide. Ellos son: Haití, Paraguay y Perú (tardía); Guatemala, Nicaragua y Uruguay (dilatada) y Venezuela (temprana). Entre los restantes trece países, que son los que han cambiado la estructura de su fecundidad en este lapso de aproximadamente 35 años, se encuentran aquellos que han pasado de cúspide dilatada a temprana (Costa Rica, Cuba, Panamá y República Dominicana); los países que han cambiado de cúspide tardía a temprana (Ecuador, El Salvador, Honduras y México), y los países que han cambiado de cúspide tardía a dilatada (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia y Chile).

Los cambios del patrón de la fecundidad son, en definitiva, la consecuencia del patrón por edades del uso de anticonceptivos. Podría decirse, en consecuencia, que para algunos países hay cierta asociación entre el nivel y la estructura de la fecundidad donde el descenso de ésta conlleva un rejuvenecimiento de la estructura por edad de la misma. Es el caso, por ejemplo, de Costa Rica y República Dominicana. Las tasas de fecundidad por edad indican también que el aporte a la fecundidad total de las mujeres entre 20 y 29 años ha aumentado en la casi totalidad de los países de América Latina.

Cuadro 3

AMERICA LATINA: TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD, SEGUN PAISES. 1950-55 Y 1985-90

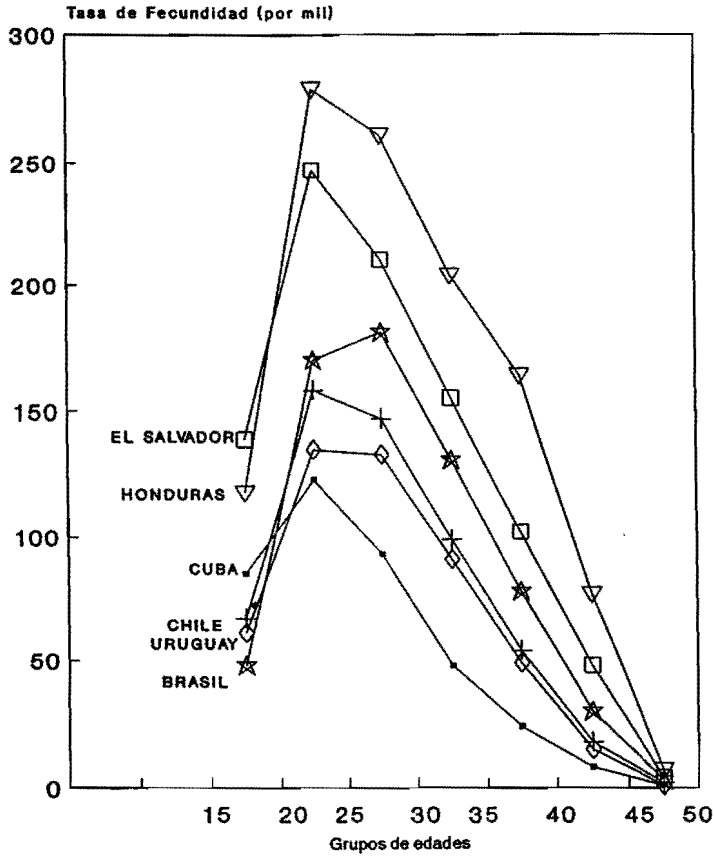
(Tasas por mil)

Países		Grupos de edades							
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TGF
Argentina	1950-55	62	160	172	128	76	26	7	3.2
	1985-90	71	158	162	115	63	20	4	3.0
Bolivia	1950-55	100	275	307	281	222	120	46	6.8
	1985-90	86	237	247	197	138	73	23	5.0
Brasil	1950-55	83	264	302	251	189	98	44	6.2
	1985-90	48	170	181	131	78	30	3	3.2
Colombia	1950-55	128	287	323	280	214	92	28	6.8
	1985-90	74	159	146	104	63	27	7	2.9
Costa Rica	1950-55	119	334	331	261	203	83	15	6.7
	1985-90	98	182	165	123	75	26	3	3.4
Cuba	1950-55	67	234	231	158	90	33	7	4.1
	1985-90	85	123	93	48	24	8	1	1.8
Chile	1950-55	84	224	255	212	148	77	20	5.1
	1985-90	67	158	147	99	54	18	2	2.7
Ecuador	1950-55	140	294	320	278	213	105	32	6.9
	1985-90	83	222	206	153	101	44	11	4.1
El Salvador	1950-55	142	314	332	263	162	64	15	6.5
	1985-90	139	247	210	155	102	48	4	4.5
Guatemala	1950-55	174	313	321	280	209	93	27	7.1
	1985-90	133	276	277	229	157	70	13	5.8
Haití	1950-55	77	207	284	273	217	132	71	6.3
	1985-90	55	196	240	214	162	96	36	5.0
Honduras	1950-55	151	305	320	286	212	116	21	7.1
	1985-90	118	279	261	204	164	77	7	5.6
México	1950-55	115	300	322	287	200	100	26	6.8
	1985-90	93	209	177	126	82	28	5	3.6
Nicaragua	1950-55	170	353	356	273	211	95	29	7.4
	1985-90	169	270	260	201	140	56	14	5.6
Panamá	1950-55	145	283	278	208	136	63	23	5.7
	1985-90	91	185	159	105	62	22	5	3.1
Paraguay	1950-55	95	283	324	293	222	119	24	6.8
	1985-90	79	196	216	191	144	74	16	4.6
Perú	1950-55	130	283	317	278	205	113	45	6.9
	1985-90	72	188	203	161	121	45	10	4.0
República Dominicana	1950-55	166	335	340	300	211	107	22	7.4
	1985-90	79	216	195	140	85	28	8	3.8
Uruguay	1950-55	60	150	148	104	60	20	4	2.7
	1985-90	61	135	133	91	49	15	1	2.4
Venezuela	1950-55	155	330	308	239	167	70	24	6.5
	1985-90	79	191	177	125	78	34	8	3.5

Fuente: CELADE, Proyecciones de Población vigentes.

Gráfico 3

AMERICA LATINA: TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD EN PAISES SELECCIONADOS, 1985-1990



Fuente: Cuadro 3.

2. La fecundidad adolescente

La fecundidad de las menores de 20 años o fecundidad adolescente constituye un caso de especial interés por las consecuencias sociales de este fenómeno y, sobre todo, por su impacto negativo sobre la salud de las madres jóvenes y de sus hijos, lo cual induce a examinarla con mayor detenimiento.

Recientemente se ha puesto de manifiesto la creciente preocupación de los países y los organismos internacionales por el alto número de embarazos y de nacimientos entre adolescentes, en un contexto de cambio de actitudes y conductas respecto al sexo, una mayor exposición a las

enfermedades de transmisión sexual y un aumento de la edad al primer matrimonio, lo cual puede conducir, a su vez, con mayor frecuencia que antes, al empleo del aborto como método para terminar con embarazos no deseados.

Para tener un panorama general de la fecundidad en la adolescencia, en el cuadro 4 se presentan las tasas de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años en América Latina provenientes de las estimaciones y proyecciones de población y que deben considerarse sólo como una aproximación al fenómeno, dado que estas estimaciones no han tenido como objetivo el estudio específico de este aspecto de la fecundidad y se basan en fuentes que únicamente brindan un orden de magnitud del fenómeno.

Como puede verse, en Latinoamérica el rango de variación de la tasa de fecundidad en 1985-90 de este grupo de edad va de 48 por mil en Brasil, país de fecundidad media baja, a 160 por mil en Nicaragua, país de fecundidad alta. En general, las tasas de los países de fecundidad alta o media son mucho más elevadas que las de los países de fecundidad baja, con la excepción de Haití que registra una baja tasa, la segunda después de Brasil. Entre los que exhiben tasas más altas, superiores a 100 por mil, se encuentran Guatemala, Honduras, y El Salvador. Las tasas más bajas, menores o cercanas a 70 por mil se encuentran en Argentina, Chile, Perú y Uruguay.

En cuanto a la evolución de las tasas entre 1950-55 y 1985-90, la información indica que la mayoría ha descendido continuamente entre los dos quinquenios, en proporciones variables que van del 1 por ciento en Nicaragua al 52 por ciento en República Dominicana. Cabe señalar, sin embargo, como excepciones, la evolución que corresponde a Argentina, Cuba y Uruguay, donde se ha producido, en contra de lo esperado, un aumento en la tasa específica de fecundidad en estas edades. En el caso de Cuba, el aumento ha sido claro a partir de 1960, inmediatamente después de la revolución, pero en la actualidad este valor se ha reducido manteniendo una tendencia oscilante (Comité Estatal de Estadísticas, 1987), contrario a lo que muestran las cifras del cuadro 4.

Respecto a los nacimientos anuales correspondientes a este grupo de edades se observa que, no obstante el descenso general de las tasas, éstos han aumentado en número absolutos en todos los países, aunque a distinto ritmo. Nicaragua experimentó el mayor aumento relativo (sobre 200 por ciento), en tanto que Uruguay sólo tuvo un incremento del 17 por ciento. La mayoría de los países registró un crecimiento de entre 60 por ciento (Colombia, Chile) y 130 por ciento (Costa Rica, Paraguay).

Cuadro 4

AMERICA LATINA: INDICADORES DE LA FECUNDIDAD PARA LA POBLACION FEMENINA DE 15 A 19 AÑOS, SEGUN NIVEL DE FECUNDIDAD RECIENTE Y PAISES. 1950-55 Y 1985-90

Nivel de fecundidad reciente y países	Población femenina de 15 a 19 años				
	Tasa de fecundidad (Por mil)		Porcentaje de variación	Nacimientos anuales (Número en miles)	
	1950-55	1985-90	1950-55 / 1985-90	1950-55	1985-90
Fecundidad baja					
Argentina	62	71	14.5	49	92
Colombia	128	74	-42.2	79	125
Cuba	67	85	28.9	19	47
Chile	84	67	-20.2	25	41
Uruguay	60	61	1.7	6	7
Fecundidad media baja					
Brasil	83	48	-42.2	241	343
Costa Rica	119	98	-17.7	6	14
Ecuador	140	83	-40.7	24	45
México	115	93	-19.1	168	439
Panamá	145	91	-37.2	6	11
Perú	130	72	-44.6	53	79
República Dominicana	166	79	-52.4	21	29
Venezuela	155	79	-49.0	41	75
Fecundidad media alta					
Bolivia	100	86	-14.0	15	31
El Salvador	142	139	-2.1	15	40
Haití	77	55	-28.6	12	18
Paraguay	95	79	-16.8	7	16
Fecundidad alta					
Guatemala	174	133	-23.6	29	60
Honduras	151	118	-21.9	12	31
Nicaragua	170	169	-0.6	10	33

Fuente: CELADE, Proyecciones de Población vigentes.

En relación con lo anterior debe tenerse presente, sin embargo, que la población de mujeres jóvenes de 15-19 años en América Latina pasó de 7.9 millones en 1950 a 20.6 millones en 1985, y se estima que será de 25.3 millones en el año 2000. Esto explicaría que, no obstante la declinación de las tasas específicas de fecundidad por edad, haya habido un aumento en el número de nacimientos provenientes de estas mujeres.

En 1985 ellas representaban aproximadamente un quinto del total de mujeres en edad fértil en América Latina y un 20 por ciento de ellas pertenece a países de baja fecundidad.

Como se advirtió, sin embargo, estos datos no reflejan la magnitud del fenómeno en el momento actual con el grado de precisión deseado, ni permiten tampoco identificar inequívocamente la dirección de las tendencias más recientes respecto de las cuales no se dispone, en general, de cifras fidedignas (Wulf, 1986).

Entre los pocos países de la región para los que se conocen estudios sobre la fecundidad adolescente, interesa mencionar el caso de Brasil, donde se ha encontrado que la tasa de fecundidad entre adolescentes parece haber aumentado levemente entre 1970 y el período 1981-86 (Henriques y otros, 1989). Para otros países, como Panamá y República Dominicana (Wulf, 1986), datos provenientes de encuestas realizadas en hospitales, que indican un aumento en la proporción de nacimientos de madres adolescentes, podrían estar señalando un fenómeno similar al de Brasil si esta tendencia se confirmara.

Datos comparativos de Perú indican, por su parte, que si bien la tasa de fecundidad de las jóvenes de 15-19 años permaneció casi igual en los últimos 15 años, la tasa de fecundidad de las adolescentes urbanas declinó mientras que aumentó entre las jóvenes rurales de 115 a 137 por mil (Ferrando y otros, 1989).

Puede mencionarse también que, aun cuando la magnitud de la fecundidad adolescente no haya cambiado significativamente en algunos países o su cambio haya sido menor que el que experimentaron las mujeres de mayor edad, es probable que pueda estar ocurriendo otro tipo de fenómenos, como el aumento en el número de embarazos no deseados, la mayor incidencia de abortos o, como lo que se ha observado en el caso de Chile, el aumento en la proporción de mujeres menores de 20 años que han dado a luz fuera del matrimonio (Wulf, 1986).

IV. EFECTOS DE LOS CAMBIOS DE LA FECUNDIDAD EN LA MAGNITUD DE LOS NACIMIENTOS

Las cifras de nacimientos anuales, presentadas en el cuadro 5, permiten inferir que no obstante el descenso de la fecundidad y debido a la joven estructura por edades de la población, el número de nacimientos ha aumentado en América Latina de aproximadamente 7 millones a 12

Cuadro 5

AMERICA LATINA: NACIMIENTOS TOTALES ANUALES Y PORCENTAJE DE NACIMIENTOS POR GRUPO DE EDADES DE LAS MUJERES EN QUINQUENIOS SELECCIONADOS, SEGUN NIVEL DE FECUNDIDAD RECIENTE Y PAISES

Nivel de fecundidad reciente y países	Total nacimientos anuales (en miles)			Porcentaje de nacimientos según grupos de edades de las mujeres [a]					
				Edades centrales 20-34 años		Edades de alto riesgo			
						15-19 años		35 años y más	
	1950-1955	1985-1990	1995-2000	1950-1955	1985-1990	1950-1955	1985-1990	1950-1955	1985-1990
Fecundidad baja									
Argentina	458	669	698	75.2	73.7	10.7	13.7	14.2	12.7
Colombia	607	802	802	69.1	74.0	13.1	15.5	17.9	10.5
Cuba	182	182	181	76.4	69.8	10.2	26.1	13.4	4.1
Chile	239	301	309	70.7	76.5	10.4	13.6	19.0	9.8
Uruguay	49	54	54	75.1	74.4	12.2	13.8	12.7	11.9
Fecundidad media baja									
Brasil	2 590	3 801	3 474	71.7	78.8	9.3	9.0	19.1	12.2
Costa Rica	45	82	87	72.8	73.1	12.5	16.8	14.7	10.2
Ecuador	166	321	335	67.3	73.9	14.3	13.9	18.4	12.2
México	1 333	2 400	2 466	71.0	72.0	12.6	18.3	16.3	9.7
Panamá	36	62	63	69.6	72.1	17.1	18.5	13.3	9.4
Perú	384	636	670	67.3	72.8	13.8	12.4	19.0	14.8
República Dominicana	129	213	208	68.7	76.4	16.5	13.8	14.8	9.8
Venezuela	263	519	539	70.4	73.9	15.5	14.4	14.1	11.7
Fecundidad media alta									
Bolivia	138	248	274	69.0	71.5	10.6	12.4	20.4	16.1
El Salvador	100	172	192	72.3	66.2	14.9	23.5	12.8	10.2
Haití	148	224	258	64.1	71.2	8.3	8.0	27.6	20.7
Paraguay	69	139	161	70.9	71.9	10.5	11.7	18.7	16.4
Fecundidad alta									
Guatemala	164	350	415	68.1	69.9	17.4	17.1	14.5	13.0
Honduras	78	189	217	68.1	70.1	15.3	16.5	16.6	13.4
Nicaragua	65	150	176	69.6	67.2	16.0	22.0	14.4	10.8

Fuente: CELADE, Proyecciones de Población vigentes.

[a] El porcentaje de nacimientos se refiere al cociente entre los nacimientos de las edades en estudio y el total de nacimientos en cada país.

millones entre 1950-55 y 1985-90. Esto ha significado un incremento considerable en números absolutos en la mayoría de los países, aunque durante algunos períodos intermedios los nacimientos pueden haber disminuido.

Cuba es el único país donde el descenso de la fecundidad se tradujo en una estabilización, y acaso disminución, en el número de nacimientos. Otro país donde el aumento ha sido escaso es Uruguay, debido a una fecundidad en descenso desde comienzos de siglo combinada con una estructura por edades envejecida y, en las últimas décadas, fuertemente afectada por la emigración internacional. En los restantes países el incremento en el número de nacimientos se encuentra entre el 50 y el 100 por ciento, aproximadamente.

El hecho que el descenso de la fecundidad esté asociado a un rejuvenecimiento de su estructura por edad tiene importantes consecuencias en el aporte de nacimientos según las edades de las madres. Se observa un desplazamiento de la fecundidad, y los nacimientos correspondientes, desde las edades extremas hacia las edades centrales y, por lo tanto, menos problemáticas desde el punto de vista de los posibles riesgos para la madre y el niño.

En el cuadro 5 se muestra también la proporción de nacimientos según diferentes grupos de edades de las mujeres, habiéndose agrupado los países de América Latina según el nivel de su fecundidad en el quinquenio 1985-90. Para este fin se han dispuesto las edades en tres grupos: las menores entre 15 y 20 años o fecundidad adolescente; las mujeres de 20 a 34 años, que constituyen las edades centrales de la fecundidad, y las de 35 y más años o de edad avanzada para la fecundidad. El primero y el último grupos constituyen grupos de alto riesgo de morbilidad y mortalidad tanto de la madre como del niño y, por esta razón, es de interés observar su comportamiento en forma separada.

Como es de esperar, en todos los casos la mayor contribución a la fecundidad total proviene de las edades centrales: 20 a 34 años. Esta oscila entre 66 y 76 por ciento en 1950-55 y entre 69 y 78 por ciento en el quinquenio 1985-90 mostrando que, en general, hay una mayor concentración de la fecundidad en estas edades, con el transcurso del tiempo y el descenso de la fecundidad. Las excepciones a esta regla la constituyen Argentina, Cuba, El Salvador y Uruguay, países en los que, por el contrario, se observa un descenso en el porcentaje de nacimientos provenientes de las mujeres en estas edades.

No obstante esta mayor concentración de la fecundidad en las edades centrales, una proporción relativamente alta de los nacimientos aún proviene de los grupos de mujeres que han sido calificados como de alto riesgo: las menores de 20 años y las mayores de 34. La proporción de nacimientos aportados por estas mujeres que, en 1950-55, oscilaba entre aproximadamente un 25 y un 35 por ciento, en la actualidad se ha reducido pero en la mayoría de los países todavía se encuentra entre el 25 y el 30 por ciento.

Aunque esta diferencia no es muy marcada, se puede señalar, sin embargo, que cuanto mayor es el nivel de la fecundidad mayor es el aporte de las mujeres en los extremos del período reproductivo a la fecundidad total o al número total de nacimientos. La procreación comienza muy temprano y se extiende más allá de la primera juventud, lo cual conduce a la formación de familias más numerosas. El cambio en los factores sociales y económicos que favorecen el descenso de la fecundidad afecta a las más jóvenes en el sentido de que postergan la maternidad, y a las de edad más avanzada en que la terminan más temprano y posiblemente han completado el número deseado de hijos.

El grupo de mujeres de alto riesgo está formado por dos sectores muy diferentes entre sí. Si se comparan éstos en cada uno de los períodos seleccionados se observa que la contribución de las mujeres de 35 años y más es, en el período 1950-55, en la mayoría de los casos superior a la de las mujeres más jóvenes y que lo contrario se observa en 1985-90, ya que su aporte relativo a la fecundidad total ha disminuido ostensiblemente con el descenso de la fecundidad, independientemente del nivel actual en los países.

V. DIFERENCIAS EN NIVELES Y TENDENCIAS DE LA FECUNDIDAD

El nivel promedio de la fecundidad de un país oculta una gran heterogeneidad interna, producto de la inserción diferencial de las personas y de los grupos sociales en la estructura de la sociedad. Por este motivo es de particular interés examinar el comportamiento de esta variable al interior de los países, partiendo de la información que ha podido recolectarse de diferentes fuentes, [1] ya que la importancia de los diferenciales es crucial para comprender el proceso de transición.

[1] Esta información proviene de los estudios realizados dentro del marco del proyecto Investigación de la Fecundidad por el Método de los Hijos Propios para América Latina (IFHIPAL) del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), y de la Encuesta Demográfica y de Salud (Institute for Resource Development/Westinghouse).

La información disponible se refiere a los diferenciales de fecundidad (expresados en la tasa global de fecundidad) según algunas variables seleccionadas, tales como: grado de urbanización, años de educación de la mujer o del jefe del hogar y estratos ocupacionales. Aunque la información proveniente de los diferentes estudios no es estrictamente comparable, ya que tanto los criterios de selección de los datos como las características de los países difieren, es válida para proporcionar una idea de conjunto de las diferencias mencionadas y de los cambios que puedan haberse producido en la fecundidad en diferentes grupos. Para mayor comparabilidad se han agrupado los países provenientes de fuentes similares, lo que se puede apreciar en los cuadros 6 y 7. En el cuadro 6 se presenta información de Chile, Cuba, Guatemala, Honduras, Panamá y Paraguay. En el cuadro 7 los datos corresponden a Colombia, Ecuador, El Salvador, Perú y República Dominicana.

1. Residencia urbano-rural

La residencia urbano-rural es posiblemente uno de los diferenciales más estudiados. En este caso la información disponible ha puesto de manifiesto que las variaciones en el tipo de lugar de residencia están relacionadas con variaciones en la fecundidad: en todos los países estudiados se observa un menor nivel de fecundidad cuanto mayor es el grado de urbanización del área considerada. En efecto, como regla general, se ha visto que las mujeres urbanas tienen menos hijos que las rurales. Esta diferencia es variable y va desde sólo 1 hijo por mujer en Chile y Cuba hasta alrededor de 4 en Honduras y Paraguay.

Como puede verse en el gráfico 4, si bien siempre se observan diferencias entre la fecundidad urbana y rural, estas diferencias son menores en los países en que el proceso de transición está más avanzado.

En Chile y Cuba, países en los que el descenso ha sido más pronunciado y que tienen en la actualidad una fecundidad total calificada como baja, se observa claramente que ha habido una tendencia a la convergencia –en niveles bajos– de la fecundidad urbana y rural. En estos dos países el descenso de la fecundidad ha sido de 23 y 47 por ciento, respectivamente, en las ciudades capitales y de 39 y 54 por ciento en las zonas rurales.

En los países cuya fecundidad es aún intermedia, como Panamá, Paraguay y República Dominicana, se observa que hubo cambios tanto en lo urbano como en lo rural, aunque éstos son, en general, de menor magnitud que los anotados para Chile y Cuba, y recién se comienza a

Cuadro 6

AMERICA LATINA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA, AÑOS DE ESTUDIO Y ESTRATOS OCUPACIONALES, OBTENIDAS A PARTIR DE ESTIMACIONES DEL PROGRAMA IFHIPAL

Variables geográficas y socioeconómicas	Chile		Cuba		Guatemala		Honduras [c]		Panamá		Paraguay [c]	
	1970	1980	1967 [a]	1977	1967 [b]	1976	1969-70	1979-80	1967	1976	1969	1979
Total	**3.9**	**2.7**	**4.3**	**2.3**	**6.3**	**6.3**	**7.4**	**6.3**	**5.4**	**4.1**	**6.0**	**5.1**
Lugar de residencia												
Capital	3.1	2.4	3.2	1.7	4.3	3.9	4.5	3.8	4.2	2.8	3.1	2.7
Ciudades principales	3.2	2.5	3.6	2.1	4.9	4.5	-	-	4.9	3.2	4.4	3.9
Resto urbano	4.1	2.7	-	-	6.0	5.6	6.2	5.3	6.1	3.9	5.5	4.4
Rural	5.9	3.6	5.9	2.7	7.1	7.1	8.0	8.2	6.5	5.4	7.4	6.6
(Diferencia) *	(2.8)	(1.2)	(2.7)	(1.0)	(2.8)	(3.2)	(3.5)	(4.4)	(2.3)	(2.6)	(4.3)	(3.9)
Años de estudio							8.0 [h]	8.0 [h]				
0-3	5.3	3.4	6.3	3.2	7.0	6.9	7.2 [i]	7.3 [i]	6.6	6.1	6.8	5.7
4-6	4.4	3.1	4.1	2.9	4.5	4.5	6.0	5.9	5.9	4.5	5.6	5.3
7-9	4.0	2.6	2.9	2.0	-	-	-	-	-	-	4.1	3.9
10 y más	3.0	2.3	2.5 [d]	1.6 [d]	-	-	-	-	-	-	3.2	3.1
7 y más	-	-	-	-	g	3.3	3.7	3.5	g	2.8	-	-
(Diferencia)*	(2.3)	(1.1)	(3.8)	(1.6)	g	(3.6)	(4.3)	(4.5)	g	(3.3)	(3.6)	(2.6)
Estratos ocupacionales												
Bajo agrícola asalariado	6.4	3.9	6.3	2.9	6.9	7.1	8.1	8.6	7.0	5.5	7.9	7.0
Bajo agrícola no asalariado	5.6	3.5	5.8	2.3	7.1	7.2	8.2	8.4	6.9	6.3	-	-
Bajo no agrícola no asalariado	2.9	2.7	4.9 [e]	2.1 [e]	6.0	5.3	6.2	5.4	5.4	3.7	4.7	4.6
Bajo no agrícola asalariado	4.4	3.0	4.5 [f]	2.0 [f]	5.6	4.8	-	-	5.4	3.6	-	-
Medio	2.8	2.3	3.6	1.9	4.0	3.8	4.5	3.8	3.9	2.8	3.5	3.2
Alto	2.8	1.9	-	-	-	-	-	-	-	-	2.6	3.0
(Diferencia)*	(3.6)	(2.0)	(2.7)	(1.0)	(2.9)	(3.3)	(3.6)	(4.8)	(3.1)	(2.7)	(5.3)	(4.0)

Fuente: CELADE, Proyecto IFHIPAL.

*Es la diferencia entre la tasa más alta y la más baja de cada variable.

[a] Estratos ocupacionales correspondientes al año 1965. [b] El lugar de residencia corresponde al año 1969. [c] Los años de estudio corresponden al jefe del hogar. [d] Se refiere a educación media y superior. [e] Comprende trabajadores estatales y asalariados privados en ocupaciones productivas de bienes. [f] Comprende trabajadores estatales y asalariados privados ocupados en la esfera de los servicios. [g] Sin información. [h] Se refiere a la categoría 0 año de estudio. [i] Se refiere a la categoría 1-3 años de estudio.

Cuadro 7

AMERICA LATINA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA Y NIVEL DE INSTRUCCION PARA PAISES CON INFORMACION DISPONIBLE EN ENCUESTAS DEMOGRAFICAS Y DE SALUD

Variables geográficas y socioeconómicas	Colombia		Ecuador	El Salvador	Perú	República Dominicana	
	1981-83	1984-86	1982	1980	1983	1980-82	1983-85
Total	**3.7**	**3.2**	**4.3**	**4.4**	**4.1**	**4.3**	**3.7**
Lugar de residencia				3.3[a]			
Urbana	3.1	2.6	3.5	3.8[b]	3.1	3.5	3.1
Rural	5.1	4.8	5.5	5.9	6.3	5.9	4.8
(Diferencia)*	(2.0)	(2.2)	(2.0)	(2.6)	(3.2)	(2.4)	(1.7)
Nivel de instrucción							
Sin educación	5.6	5.1	6.4	6.0	6.6	6.5	5.3
Primaria	4.5	3.9	5.2	-	5.0	5.1	4.3
1-3	-	-	-	5.2	-	-	-
4-6	-	-	-	3.9	-	-	-
7-9	-	-	-	3.5	-	-	-
Secundaria	2.7	2.5	3.1	2.5[c]	3.1	2.8	2.9
Superior	1.6	1.4	2.3	-	1.9	2.2	2.1
(Diferencia)*	(4.0)	(3.7)	(4.1)	(3.5)	(4.7)	(4.3)	(3.2)

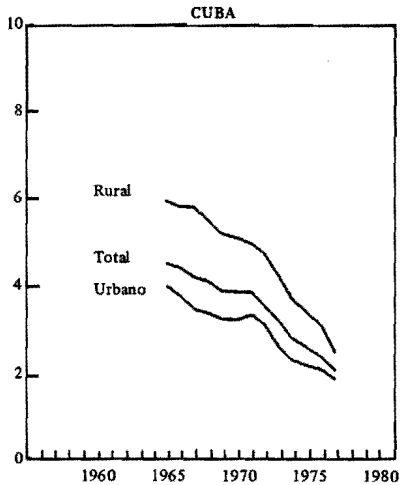
Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 1985-1988.
*Es la diferencia entre la tasa más alta y la más baja de cada variable.
[a] Se refiere al Area Metropolitana.
[b] Se refiere al Resto Urbano.
[c] Se refiere a los niveles Medio y Superior.

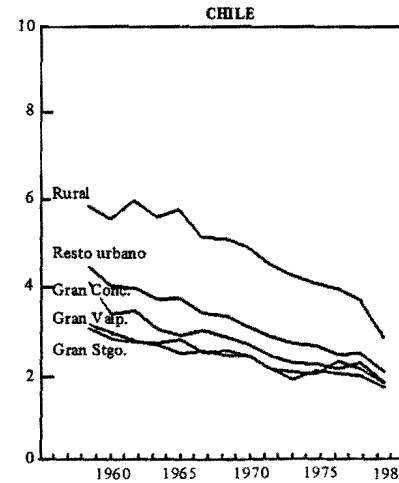
perfilar la tendencia a la convergencia ya mencionada. En estos países la fecundidad urbana ha descendido entre un 11 por ciento en República Dominicana y un 33 por ciento en Panamá y la rural, en cambio, entre un 6 por ciento en Colombia y un 19 por ciento en República Dominicana. En estos países, si bien el proceso de transición se encuentra más avanzado en las zonas urbanas, podría esperarse para los próximos años cambios más importantes en las rurales, por lo menos en aquellos países donde la fecundidad urbana ya ha alcanzado niveles bajos.

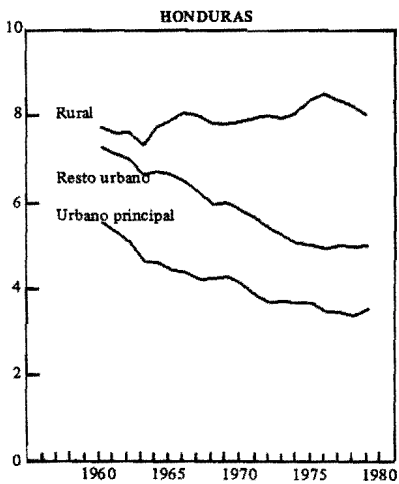
En el otro extremo, en los países que mantienen una fecundidad elevada, como son los casos de Guatemala y Honduras, se observa que ha habido sólo un descenso de la tasa en las ciudades capitales –entre aproximadamente 10 y 15 por ciento–, mientras que en las zonas rurales aún no se advertían cambios en su nivel. El hecho que el descenso de la

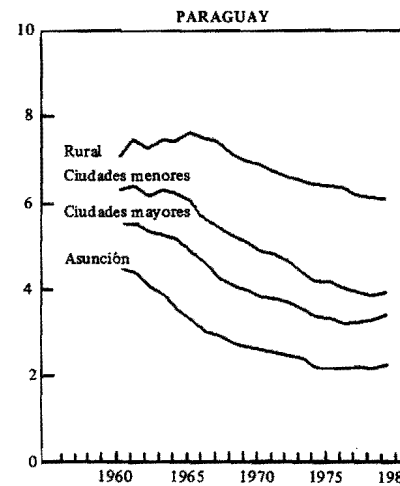
Gráfico 4

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGUN GRADO DE URBANIZACION EN PAISES SELECCIONADOS DE AMERICA LATINA, 1960-1980









Fuente: CELADE, Proyecto IFHIPAL.

fecundidad total sólo pueda atribuirse al descenso de la fecundidad urbana da como resultado que, contrariamente a los casos mencionados, en lugar de disminuir, aumenten las diferencias urbano-rurales de la fecundidad.

2. Nivel de instrucción

La evidencia empírica acumulada muestra invariablemente una relación inversa entre fecundidad y educación, tan pronunciada como la observada según el lugar de residencia. Las mujeres más instruidas tienen claramente una fecundidad mucho menor que las mujeres sin instrucción que puede, en muchos casos, llegar a ser hasta una tercera o cuarta parte de ésta.

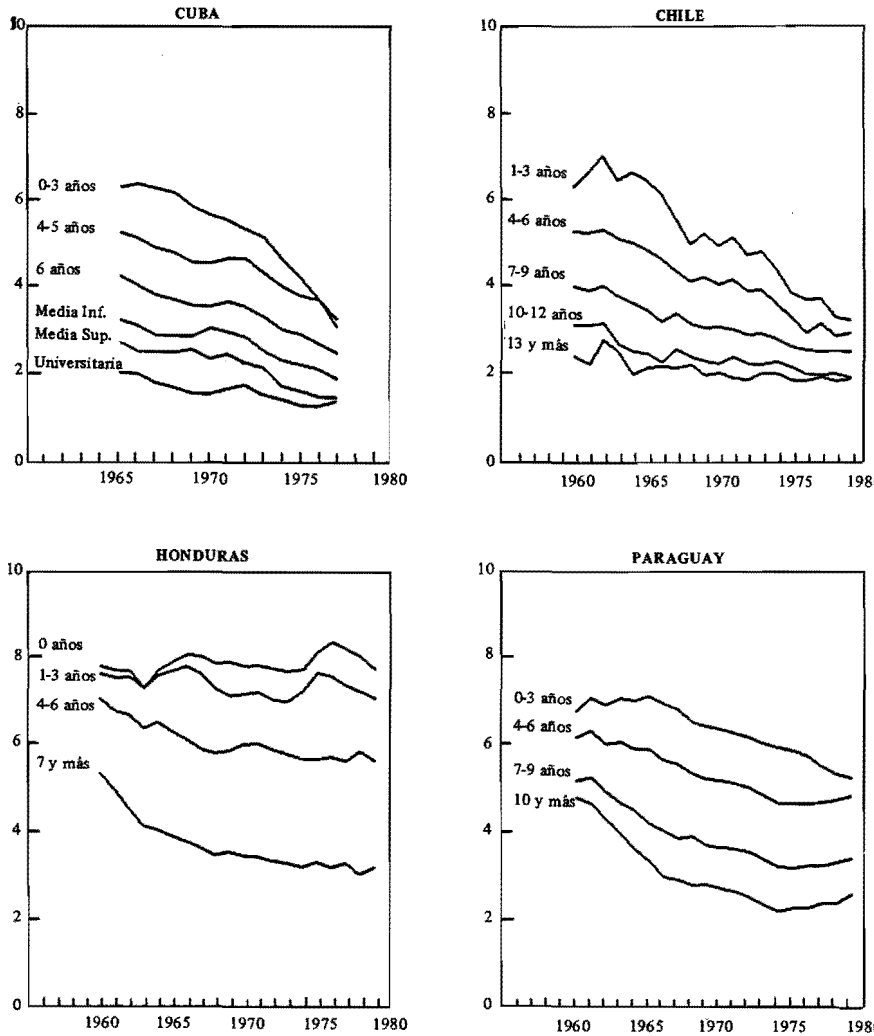
Con respecto a los cambios de la fecundidad en el tiempo según diferentes niveles de instrucción de las mujeres, se observa en el gráfico 5 que, como en el caso del lugar de residencia, en los países de baja fecundidad el comportamiento reproductivo de todos los grupos de mujeres ha tendido a confluir. En Chile y Cuba la fecundidad de las mujeres más instruidas ya era baja hacia 1960. En consecuencia, el descenso en los últimos veinte años se ha dado principalmente en los grupos con menor educación. En el caso particular de Cuba, las mujeres con educación universitaria tienen ya en la década del 60 una fecundidad por debajo del valor de reemplazo.

También en Paraguay, como ejemplo de país de transición intermedia, la fecundidad en los grupos con menor instrucción ha comenzado a descender. En los países de transición incipiente, como Honduras, en cambio, aún no se percibía este fenómeno hacia 1980 dado que sólo el grupo de mujeres con 7 años y más de instrucción había comenzado a descender su fecundidad.

El cuadro 8 muestra que en América Latina hay países en los que la proporción de mujeres expuestas a mayores riesgos en el embarazo y parto, como producto de un nivel de instrucción bajo y de una fecundidad elevada, puede ser abrumadoramente grande, como es el caso de Guatemala con un 70 por ciento de las mujeres en edad fértil en estas condiciones. También es grave la situación de países como Honduras o Paraguay, con más del 45 por ciento de las mujeres en edad fértil sin instrucción o con menos de 3 años de estudio, y que tenían a comienzos de la década del 80 una fecundidad de entre 6 y 8 hijos. La mayor parte de estas mujeres tenía también la característica de residir en áreas rurales o semirurales, dependientes en gran parte del trabajo agrícola.

Gráfico 5

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGUN GRUPOS OCUPACIONALES EN PAISES SELECCIONADOS DE AMERICA LATINA, 1960-1980



Fuente: CELADE, Proyecto IFHIPAL.

Cuadro 8

AMERICA LATINA: DISTRIBUCION RELATIVA DE MUJERES SEGUN NUMERO DE AÑOS DE ESTUDIO APROBADOS Y POBLACION FEMENINA ESTUDIADA PARA PAISES CON INFORMACION DISPONIBLE EN PROGRAMA IFIIIPAL

Número de años de estudio y población femenina estudiada	Chile 1982	Cuba 1979	Guate-mala 1981	Hondu-ras 1983	Panamá 1980	Paraguay 1982
Años de estudio						
0-3	11.0	15.5	70.4	57.3	16.6	45.0
4.6	26.1	37.8	16.8	23.0	34.5	35.0
7-9	24.0	43.4 [a]	-	-	-	8.0
10 y más	33.3	3.3 [b]	-	-	-	12.0
7 y más	-	-	12.8	19.6	48.6	-
Ignorado	5.6	-	-	0.1	0.3	-
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Población estudiada (tramos de edades)	15-64	15-49	15-49	15-64	15-49	15-64

Fuente: CELADE, Proyecto IFHIPAL.
[a] Se refiere a enseñanza media.
[b] Se refiere a enseñanaa universitaria.

Se ha señalado que no obstante la asociación observada entre fecundidad y educación no es necesariamente la educación, por sí misma, la que afecta la fecundidad sino su relación con otras variables (United Nations, 1986). Si bien esto puede ser cierto, y la educación ejercer un efecto indirecto sobre la fecundidad a través de la postergación del matrimonio y la edad a la que se tiene el primer hijo, también parece serlo el hecho que las mujeres con mayor educación están también más expuestas a un mayor caudal de información, tienden a darle menor valor a la fecundidad alta y tienen aspiraciones sociales y económicas muchas veces incompatibles con familias muy numerosas.

3. Estratos ocupacionales

Entre los diferenciales examinados posiblemente el que tiene que ver con los estratos ocupacionales sea el más difícil de comparar entre países, debido a las diferencias tanto de la estructura productiva como de la conceptualización de los estratos en cada país.

No obstante estas limitaciones, es significativo observar que los niveles más elevados de fecundidad –ya sea alrededor de 1980 o de 1970–

corresponden a los grupos de trabajadores agrícolas, que pueden ser pequeños agricultores independientes o asalariados rurales. Los grupos que corresponden a los estratos bajos urbanos –obreros y artesanos, trabajadores por cuenta propia, oficinistas, trabajadores en servicios, choferes– tendrían una fecundidad intermedia en tanto que los estratos medio (en algunos casos corresponde a medio alto) y alto son los que tienen el menor número de hijos por mujer. Estos dos últimos estratos, que en algunos casos se encuentran agrupados, incluyen principalmente a los patrones en diferentes ocupaciones, profesionales, administradores, gerentes, funcionarios de gobierno, técnicos, etc.

En cuanto a la evolución de la fecundidad en los diferentes grupos ocupacionales, los países presentan diferencias que son similares a las observadas según lugar de residencia y nivel de instrucción y, posiblemente, un reflejo de aquéllas. En los países donde la fecundidad es más baja el descenso ha afectado a todos los estratos, y con mayor intensidad, en los últimos 20 años, a los estratos bajos, tanto agrícolas como no agrícolas, dado que en los estratos altos y medios la fecundidad ya tenía un nivel relativamente más bajo hacia 1960.

En los países de fecundidad intermedia, como Paraguay, el descenso de la fecundidad que fue menor y se dio en todos los estratos aunque con mayor intensidad en los sectores alto y medio urbanos. Finalmente, en países como Honduras, de alta fecundidad relativa, sólo disminuyó la fecundidad entre los estratos ocupacionales urbanos y entre los agrícolas asalariados y parece haber aumentado en los estratos bajos agrícolas no asalariados.

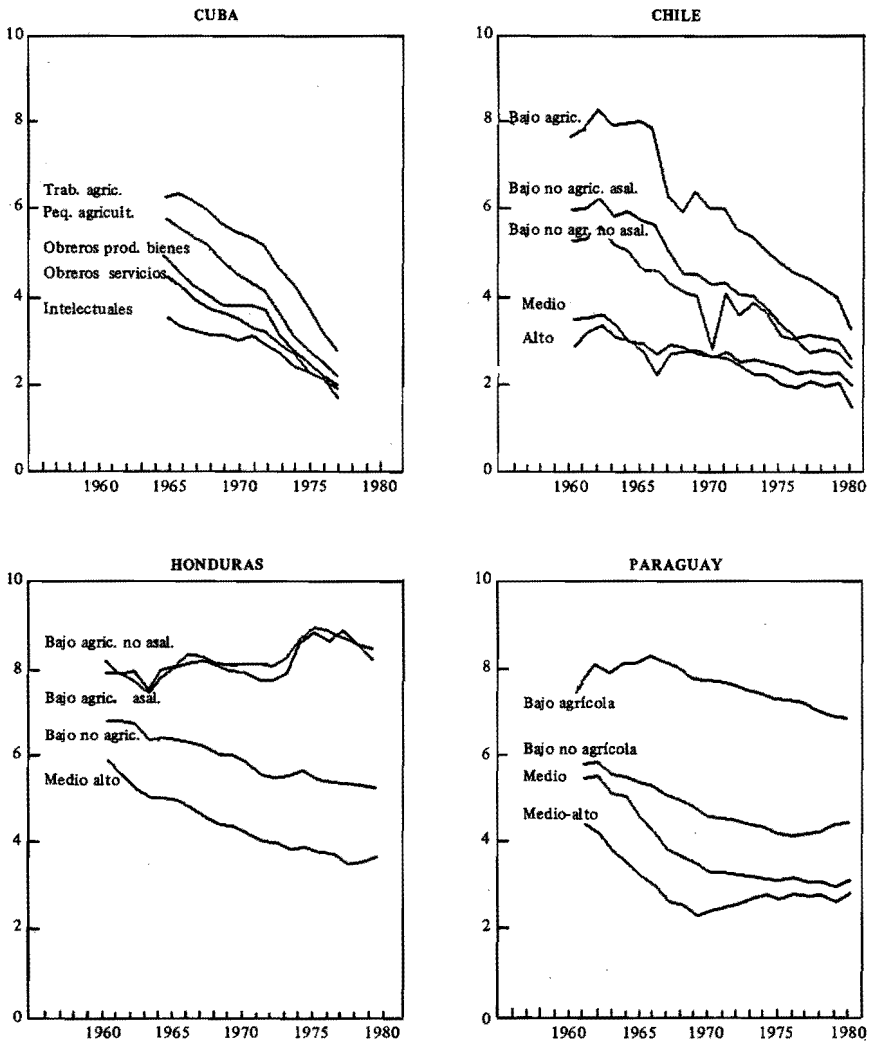
VI. CONCLUSIONES

En la mayoría de los países de América Latina la década del 50 se caracterizó por una elevada fecundidad de alrededor de 6 hijos por mujer como promedio de la región. Este nivel se mantuvo hasta mediados de la década de los 60 –incluso con un ligero aumento en algunos países– período en el cual comenzó un descenso de la tasa global de fecundidad conducente a un valor de 3.6 hijos por mujer en 1985-90.

La transición observada en la región es, sin embargo, muy variable de un país a otro. Tomando en consideración la fecundidad actual, se clasificó a los países según su fecundidad promedio en: baja (hasta 3 hijos: Argentina, Colombia, Cuba, Chile y Uruguay), media baja (entre 3.1 y 4.4 hijos: Brasil, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú,

Gráfico 6

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGUN GRUPOS OCUPACIONALES EN PAISES SELECCIONADOS DE AMERICA LATINA, 1960-1980



Fuente: CELADE, Proyecto IFHIPAL.

República Dominicana y Venezuela), media alta (entre 4.5 y 5.4 hijos: Bolivia, El Salvador, Haití, Paraguay) y alta (5.5 hijos y más: Guatemala, Honduras, Nicaragua).

El descenso de la fecundidad no fue similar para todos los grupos sociales dentro de los países. No sólo se ha dado en forma más pronunciada en las mujeres de más de 30 años sino que se encuentra mucho más avanzada en las áreas urbanas, sobre todo en las grandes ciudades, y particularmente entre las mujeres con mayor educación y de los sectores altos y medios. Los países más avanzados en la transición muestran una cierta tendencia a la estabilización de la tasa global de fecundidad en estos grupos, mientras que ya se observa cómo se han incorporado al proceso de cambio los sectores sociales más bajos, rurales y con menor educación.

En cuanto al impacto del descenso de la fecundidad sobre el número absoluto de nacimientos se observa que, a pesar de la baja de la fecundidad, en general los nacimientos continúan aumentando. Esto se debe al alto contingente de mujeres en edad fértil, producto de las altas tasas de fecundidad predominantes en el pasado. Es importante hacer notar, sin embargo, que sobre el total de nacimientos, ha disminuido el aporte porcentual de los que provienen de mujeres en edades de alto riesgo para la salud de la madre y el niño, es decir los correspondientes a las mujeres menores de 20 años y mayores de 34.

BIBLIOGRAFIA

Cayemittes, M. y A. Chahnazarian (1989), *Survie et sante de l'enfant en Haití*, Institut Haitien de l'Enfance, Puerto Príncipe.

CELADE (1988), *Boletín Demográfico Nº 41*, Año XXI, Santiago, Chile.

—— (1990), *Boletín Demográfico Nº 45*, Año XXIII, Santiago, Chile.

Comité Estatal de Estadísticas (1987), *Anuario Demográfico de Cuba 1985*, La Habana.

Cuba (1981), *Cuba: el descenso de la fecundidad 1964-1978*, Comité Estatal de Estadísticas y CELADE, La Habana.

Chile (1989), *La transición de la fecundidad en Chile. Un análisis por grupos socioeconómicos. 1950-1985*, Instituto Nacional de Estadística y CELADE, Santiago, Chile.

Demographic and Health Surveys (1989), *Newsletter*. Winter.

Ferrando, D., S. Singh, D. Wulf (1989), *Adolescentes de Hoy, Padres del Mañana: Perú*, The Alan Guttmacher Institute, Nueva York.

Guatemala (1984), *Guatemala: las diferencias socioeconómicas de la fecundidad, 1959-1980*, Dirección General de Estadística y CELADE, San José, Costa Rica. (Serie A, Nº 1045).

Henriques, M. E., N. Silva, S. Singh y D. Wulf (1986), *Adolescentes de Hoje, Pais do Amanha: Brasil*, The Alan Guttmacher Institute, Nueva York.

Honduras (1986), *Fecundidad. Diferenciales socioeconómicos de la fecundidad, 1960-1983*, Dirección General de Estadística y Censos, Consejo Superior de Planificación Económica, CELADE y Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, Serie A, Nº 1047, San José.

Panamá (1984), *Panamá: el descenso de la fecundidad según variables socioeconómicas y geográficas, 1965-1977*, Ministerio de Planificación y Política Económica y CELADE, Serie A, Nº 1046, San José.

Paraguay (1988), *Paraguay: Diferenciales geográficos y socioeconómicos de la fecundidad, 1960-1979*, Dirección General de Estadística y Censo, CELADE, UNFPA y Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, Asunción.

Wulf, D. (1986), "Embarazo y alumbramiento en la adolescencia en América Latina y el Caribe: una conferencia memorable", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, Número Especial de 1986, Nueva York.

Anuncio a los suscriptores

Queremos informarles a nuestros suscriptores que el Consejo Editorial de *Notas de Población* ha tomado algunas determinaciones respecto del alza en los costos de producción de la revista, que se ha venido registrando en el último año. Con el objeto de compensar el citado aumento, y con el ánimo de no trasmitir estas alzas al precio de adquisición para nuestros suscriptores, se ha decidido que a partir de 1992, se editarán dos números de *Notas de Población* anuales, los que aparecerán en los meses de junio y diciembre de cada año. Esto permitirá alivianar la carga de costos fijos asociados a la producción y envío de cada número, sin que esto perjudique la cantidad o calidad de los artículos contenidos en cada volumen anual.

Este nuevo calendario de publicación tendrá efecto a partir del número 55, primero del año 1992. Asimismo, los términos de suscripción quedan establecidos de la siguiente manera: el valor de la suscripción anual se mantendrá en US$20, y para los que no sean suscriptores, el costo de cada número individual pasará a ser de US$12.

OFERTA de CD - ROM

USE CDS/MICROISIS para RECUPERAR INFORMACION sobre POBLACION EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE: LA BASE de DATOS BIBLIOGRAFICOS de DOCPAL en CD-ROM

Solicite su CD-ROM de la base de datos de DOCPAL
(producido en colaboración con BIREME)

---------- Recortar o fotocopiar ----------

Deseamos recibir, sin costo, en CD-ROM la base de datos bibliográficos de DOCPAL
Sírvase enviar el CD-ROM a:

Unidad _____

Institución _____

Dirección _____

_____

Su nombre _____

Título _____

Sírvase indicar la alternativa que corresponde a su institución

____ Disponemos de un lector CD-ROM: _____ Fabricante _____ Modelo_____

____ Esperamos obtener un lector CD-ROM alrededor de _____ (mes/año).

Tenga a bien devolver este formulario a:

Red IPALCA (PROLAP - CELADE)
DOCPAL / CELADE
Casilla 91
Santiago, Chile

Nota: Puede utilizarse cualquier lector CD-ROM que opere con la "Microsoft driver extension", como es el caso de los modelos que produce Hitachi, Sony, Phillips, etc.

---------- Recortar ---------- docdroma, cue -------- CELamc55-----

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA
LATIN AMERICAN DEMOGRAPHIC CENTRE

PUBLICACIONES PERIODICAS
PERIODICAL PUBLICATIONS

Boletín Demográfico

Edición bilingüe, contiene estimaciones y proyecciones de población, tasas de natalidad, de mortalidad, etc., de la región

Demographic Bulletin

Bilingual publications, containing population projections and population estimates, birth and mortality rates, etc., of the region

Suscripción anual (2 números) / Annual subscription (2 issues): US$10
Valor por cada ejemplar / Single issues: US$6

Notas de Población

Presenta estudios y resultados de investigaciones, eventos que se están desarrollando y, además, comentarios de libros y documentos de actualidad

Population Notes

It presents studies and research results, events that are being carried out and, furthermore, comments on books and recent documents.

Suscripción anual (3 números) / Annual subscription (3 issues): US$20
Valor por cada ejemplar / Single issues: US$8

Resúmenes sobre Población en América Latina

Resúmenes sustantivos en español de la literatura: citas bibliográficas con títulos en español e inglés; índices temáticos, geográficos y de autores.

Latin American Population Abstracts

Substantive abstracts in Spanish of current literature; bibliographic citations with titles in Spanish and English; convenient subject, geographic and author indices.

Suscripción anual (2 números) / Annual subscription (2 issues): US$20
Valor por cada ejemplar / Single issues: US$12

CELADE
Edificio Naciones Unidas, Avenida Dag Hammarskjöld
Casilla 91, Santiago, CHILE

Aportado Postal 5249
San José, COSTA RICA

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA
LATIN AMERICAN DEMOGRAPHIC CENTRE

PAQUETES PARA MICROCOMPUTADOR
MICROCOMPUTER PACKAGES

REDATAM-Plus (REcuperación de DATos para Areas pequeñas por Microcomputador)
REDATAM-Plus posibilita el almacenamiento, tanto de los microdatos de uno o más censos y/o encuestas como también de datos agregados sobre áreas geográficas, en forma comprimida, sin pérdida de información, en una base de datos jerárquica que para censos completos pueden tener varios millones de casos. Está optimizado para permitir que los usuarios rápidamente seleccionen cualquier área(s) de interés de un país hasta el tamaño de una manzana de una ciudad y luego, sin asistencia de un programador, producir para las áreas seleccionadas cualesquier tabulaciones cruzada y otros resultados para cualesquier variables que existan en los datos originales, y todo ello en forma rápida y bajo costo en un microcomputador común IBM compatible.

PRECIOS:

US$ 75: América Latina y el Caribe: Instituciones gubernamentales y educacionales, instituciones no gubernamentales sin fines de lucro (ONGs) e instituciones internacionales. (En Chile US$ 60).

US$ 90: Otros países en desarrollo: Instituciones gubernamentales, educacionales, ONGs e instituciones internacionales.

US$ 75: Países desarrollados: ONGs.

US$ 250: Instituciones comerciales de cualquier país y todas las instituciones (excepto ONGs) en países desarrollados.

Se hacen descuentos a talleres y seminarios; favor indicar fechas probables, tiempo que se dedicará a REDATAM-Plus, lugar donde se efectuará, número de participantes y las instituciones que patrocinan el taller.

REDATAM-Plus (REtrieval of DATa for small Areas by Microcomputer)
REDATAM-Plus stores the original microdata of one or more censuses and/or surveys, as well as aggregate statistics, in highly compressed form without loss of information, in a hierarchical database which for entire censuses may involve millions of individual houses, households and persons. The software is optimized to allow users to quickly select any ad-hoc small areas of interest down to city blocks from an entire country and then, without programmer assistance, to produce any cross-tabulations and other results for any variables in the original data, rapidly and at low cost, on an ordinary IBM compatible microcomputer.

PRICES:

US$ 75: Latin America and the Caribbean countries: Governmental and educational institutions, non-profit non-governmental institutions (ONGs) and international institutions. (In Chile US$ 60).

US$ 90: Other less developed countries: Governmental, educational, ONGs and international institutions.

US$ 75: Developed countries: ONG's.

US$ 250: Commercial institutions anywhere and all (except ONG's) in the developed countries.

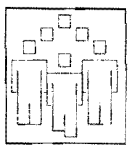
Discounts are available for workshops and seminars; please indicate the likely dates, time to be devoted to REDATAM-Plus, place where it will be held, number of participants and the institutions sponsoring the workshop.

PANDEM

(Paquete para **AN**álisis **DE**mográficos por **M**icrocomputador). Versión 2.00 en español e inglés. Manual del Usuario en uno u otro idioma.
PANDEM permite efectuar cálculos demográficos y estimaciones indirectas de mortalidad y fecundidad con un una alto grado de comunicación entre el usuario y el paquete.
Precio del paquete: US$20.

*(Package for **DE**mographic **AN**alysis by **M**icrocomputer). Version 2.00 in English and Spanish, with User's Manual in either language.*
PANDEM allows the preparation of demographic calculation and indirect estimation of mortality and fertility, with a high degree of communication between the user and the package.
Price of the package: US$ 20.

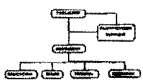
PRODEM



(**PRO**yecciones **DEM**ográficas). Versión 1.00 con documentación en español.
PRODEM permite elaborar y desagregar proyecciones de población para los diferentes niveles geográficos de un país a través del uso de métodos demográficos y matemáticos. Por su lógica de construcción, puede ser operado por cualquier usuario con conocimientos básicos en demografía y en el uso de microcomputadores.
Precio del paquete: US$20.

*(**DE**mographic **PRO**jections). Version 1.00 with documentation in Spanish.*
PRODEM permits the elaboration and disaggregation of population projections for the different geographic levels of a country via the use of demographic and mathematical methods. Due to the logic of its construction, it can be operated by any user who has basic knowledge in demography and the use of microcomputers.
Price of the package: US$20.

LRPM/PC



LRPM/PC

(Modelo de Planificación a Largo Plazo originalmente desarrollado por la oficina del Censo de los Estados Unidos). Versión 1.0 en español e inglés. Manual del Usuario en español. Manual en inglés incorporado en los diskettes de distribución del programa.
LRPM/PC está compuesto de ocho módulos interconectados para el desarrollo de proyecciones de población, migración rural/urbana, subpoblaciones especiales (ej.: población en edad escolar, etc.), macroeconómicas y proyecciones de la demanda de inversión y de consumo gubernamentales en los sectores de educación, salud y vivienda.
Precio del paquete: US$20.

(Long- Range Planning Model for Microcomputers, Originally developed by the U. S. Bureau of the Census). Version 1.0 in Spanish and English, with User's Manual published only in Spanish. English documentation incorporated in program distribution diskettes.
ILRPM/PC has eight interconnected modules: demographic, rural/urban migration, target population, educational demand, public health demand, housing demand, family planning and macroeconomic projections.
Price of the package: US$20.

PREVIO (Preceding Births Technique to Estimate Infant Mortality)
PREVIO permits the estimation of infant mortality from easy collected data using the "Preceding Births Technique". Information on the survival of previous children can be gathered, for example, in hospital interviews with women who just have given birth. The menu-driven program facilitates the creation of the questionnaire and corresponding database as well as the entry and analysis of the data.
Version 1.0 of this program with a manual and a small data set for demonstration purposes can be obtained in one of the three languages: Spanish, English and French.
Price of the package: US$ 20.

PREVIO (Método del Hijo Previo para Estimar la Mortalidad Infantil)
PREVIO permite la estimación de la mortalidad infantil a partir de datos que han sido fácilmente obtenidos mediante el "Método del Hijo Previo". Se puede obtener, por ejemplo, información sobre la sobrevivencia del hijo previo a través de entrevistas a mujeres que recién han dado a luz en hospitales o instituciones similares. El programa "menu-driven" facilita tanto la creación de un cuestionario con su correspondiente archivo para la base de datos, como la entrada de la información y análisis de los resultados.
La versión 1.0 de este programa, con su manual correspondiente, y un pequeño archivo de datos para fines demostrativos puede ser obtenido en tres idiomas: Español, Inglés y Francés.
Precio del paquete: US$ 20.

CELADE
Edificio Naciones Unidas, Avenida Dag Hammarskjöld
Casilla 91, Santiago, CHILE

Aportado Postal 5249
San José, COSTA RICA

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA
LATIN AMERICAN DEMOGRAPHIC CENTRE

LIBROS PUBLICADOS
BOOKS PUBLISHED

El Centro Latinoamericano de Demografía publica diversos libros de interés para docentes, investigadores y estudiosos de la demografía y ciencias afines

The Latin American Demographic Centre publishes a variety of books of particular interest to teachers, researchers and students of demography and related subjects

Alberts, Joop. Migración hacia áreas metropolitanas de América Latina. Un estudio comparativo. (E/24) US$ 5.00

Joop Alberts y Miguel Villa. *Redistribución espacial de la población en América Latina.* (E/28) US$ 20.00

Arretx, C., Mellafe R. y Somoza J. *Demografía histórica en América Latina. Fuentes y métodos.* (E/1002) US$ 10.00

Burch, Th.; Lira L.F. y Lópes, V. *La familia como unidad de estudio demográfico.* (E/1001) US$ 8.00

CELADE, Ed. *Los estudios demográficos en la planificación del desarrollo.* (E/12) US$ 10.00

CELADE, Ed. *Nuevas fronteras de la demografía.* (E/30) US$ 12.00

CELADE, Ed. *Métodos para proyecciones demográficas.* (E/1003) US$ 12.00

CELADE, Ed. *Efectos demográficos de grandes proyectos de desarrollo.* (E/1005) US$ 10

CELADE, Ed. *Población y planificación: Seminario sobre métodos y modelos para microcomputadores.* (E/32) US$ 3.

CELADE, Ed. *Información sobre Población para el Desarrollo en América Latina y el Caribe.* Informe del Seminario Conjunto CELADE/ PROLAP (E/33) US$ 6

CELADE, Ed. *Docencia en población en América Latina.* (E/34) US$ 10

Chesnais, J.C. *El proceso de envejecimiento de la población.* (E/35). US$ 10

Elizaga, J.C. y Mellon, R. *Aspectos demográficos de la mano de obra en América Latina.* (E/9) US$ 4.60

Elizaga, J.C. y Macisco J.J. *Migraciones internas. Teoría, método y factores sociológicos.* (E/19) US$ 10.00

Elizaga, J.C. *Dinámica y economía de la población.* (E/27) US$ 15.00

Elton, Ch. *Migración femenina en América Latina; factores determinantes.* (E/26) US$ 5.00

Gonnard, R. *Historia de las doctrinas de la población.* (E/3) US$ 4.00

Goodman, L.; Keyfitz N. y Pullum Th. W. *La formación de la familia y la frecuencia con que se dan diversas relaciones de parentesco.* (E/21) US$ 3.00

Hauser Ph.M. y Duncan Otis Dudley. *El estudio de la población.* (E/15) US$ 20.00

Herrera L. y Pecht, W. *Crecimiento urbano de América Latina.* (E/22) US$ 20.00

Keyfitz, N. *Introducción a las matemáticas de población.* (E/18) US$ 12.00

Lópes, V.F. *Métodos y técnicas de encuesta.* (E/25) US$ 5.00

Lotka, A.J. *Teoría analítica de las asociaciones biológicas.* (E/5) US$ 6.00

Lotka, A.J. *Demografía matemática; selección de artículos.* (E/11) US$ 10.00

Martine, G.R. *Formación de la familia y marginalidad urbana en Río de Janeiro.* (E/16) US$ 5.00

Ortega, A. *Tablas de Mortalidad.* (E/1004) US$ 12.

Smulevich, B. Ia. *Críticas de las teorías y la política burguesas de la población.* (E/10) US$ 8.80

Vallin, J. *Seminario sobre causas de muerte. Aplicación al caso de Francia.* (E/31) US$ 10.

Pinto A. V. *El pensamiento crítico en demografía.* (E/8) US$ 7.00

CELADE publica, además, una amplia gama de monografías y publicaciones conjuntas reseñadas en su catálogo de publicaciones, que puede solicitarse a la dirección indicada.

In addition, CELADE publishes a wide variety of monographs and joint publications listed in its catalog which can be requested from the address below.

CELADE
Edificio Naciones Unidas, Avenida Dag Hammarskjöld
Casilla 91, Santiago, CHILE

Aportado Postal 5249
San José, COSTA RICA

ALFABETA IMPRESORES

LC/DEM/G. 124/Corr.1
Marzo, 1993

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

NOTAS DE POBLACION

CORRIGENDA

CELADE

AÑO XX, Nº 55, SANTIAGO DE CHILE,
JUNIO 1992

CORRIGENDA

Página 111 dice:

Cuadro 1

FUENTES DE INFORMACION SOBRE NUPCIALIDAD

País	Censos de población (década)			Encuestas (década)		
	1950	1960	1970	1980	1970	1980

debe decir:

Cuadro 1

FUENTES DE INFORMACION SOBRE NUPCIALIDAD

País	Censos de población (década)				Encuestas (década)	
	1950	1960	1970	1980	1970	1980

Página 114 dice:

Cuadro 2

INDICES DE PROPORCION EN UNION, EN UNION CONSENSUAL, ADOLESCENTES EN UNION, CELIBATO Y SEPACION MARITAL

País	Censos de población (década)			Encuestas (década)		
	1950	1960	1970	1960	1970	1980

debe decir:

Cuadro 2

INDICES DE PROPORCION EN UNION, EN UNION CONSENSUAL ADOLESCENTES EN UNION, CELIBATO Y SEPARACION MARITAL

País	Censos de población (década)				Encuestas (década)	
	1950	1960	1970	1980	1970	1980

Página 122, dice:

Cuadro 3

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y PORCENTAJE DE CAMBIO EXPLICADO POR LAS VARIACIONES EN LA PROPORCION EN UNION

País	Tasa total de fecundidad				Cambio explicado en porcentaje (década)		
	1950	1960	1970	1980	1950	1960	1970

debe decir:

Cuadro 3

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y PORCENTAJE DE CAMBIO EXPLICADO POR LAS VARIACIONES EN LA PROPORCION EN UNION

País	Tasa total de fecundidad				Cambio explicado en porcentaje (década)		
	1950	1960	1970	1980	1950	1960	1970

Página 124, dice:

Cuadro 4

FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y PORCENTAJE DE CAMBIO EXPLICADO POR LOS CAMBIOS EN LA PROPORCION EN UNION

País	Tasa global de fecundidad				Cambio explicado en porcentaje (década)		
	1950	1960	1970	1980	1950	1960	1970

debe decir:

Cuadro 4

FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y PORCENTAJE DE CAMBIO EXPLICADO POR LOS CAMBIOS EN LA PROPORCION EN UNION

País	Tasa global de fecundidad				Cambio explicado en porcentaje (década)		
	1950	1960	1970	1980	1950	1960	1970